

アドバイス・レポート

平成 27 年 11 月 18 日

平成 27 年 10 月 19 日付けで第三者評価のお申込みいただいた『グランユニライフデイサービスセンター京都桂川』につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番12 ストレス管理) ベネフィットへの加入や会社負担による年2回の懇親会の開催など福利厚生については充実をしています。また、リラックスできるよう休憩室を整備しています。 ストレス対策としては産業医が配置されているほか、職員の不安やストレスなどが発見できるよう独自の内部通報制度が構築されていました。</p> <p>(通番22 業務マニュアルの作成) 各種業務マニュアルは整備されています。見直しの時期についても、定められており、見直した時期が記載されています。利用者満足度などの調査を行い、分析を行い具体案が反映される仕組みがあります。</p> <p>(通番31 人権等の尊重) 日々のミーティングの活用や利用者サービスに関するアンケートを実施して、組織的に日常業務を振り返り、検討を行う仕組みがあります。また、職員に対して、虐待、身体拘束に特化した研修を年2回実施していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番3・4 計画の策定) 「高齢者事業本部方針と戦略」及び「グランユニサービスの方向性について」として会社全体で経営等に関する方針は明確化されていましたが、介護サービスの質等にかかるデイサービス計画が策定されていませんでした。</p> <p>(通番20 個別援助計画等の見直し) 個別援助計画は適切に作成され定期的に見直しはされていましたが、3ヶ月に一度の見直しがされていませんでした。</p> <p>(通番34 意見・要望・苦情の受付) 意見箱を設置するとともに、満足度調査及び嗜好調査を実施して意見等を吸い上げる仕組みはありました。また、個別の相談に随時対応しているとともに入居者の有志の会はありましたが、利用者全体に関わる懇談会等は設置されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

グランユニライフデイサービスセンター京都桂川は、平成26年9月に設立された事業所です。

併設のサービス付き高齢者住宅の入居者を主な対象としたデイサービスセンターで、事業所内は木目調で統一されており落ち着いた空間となっています。

サービスの提供については自立支援を目的に機能訓練に力を入れておられます。プログラムとして午後からは集団体操や集団訓練を1時間、自転車マシンや歩行マシン、ノルディックポール等の個別訓練を1時間実施されています。

また、利用者の希望に応じて、利用時間が14時までの利用者、午後から来所される利用者などもおられ、利用時間も尊重した本人主体のサービスが提供されていました。

食事についても力を入れており、高級な食器、美味しいお米にこだわり、定食の他にサイドメニューも用意されています。また、意見や要望に応じていくために嗜好調査も年2回実施していました。

運営面においては業務マニュアルがしっかりと整備され、実態に合わせた見直しもされていました。また、虐待や身体拘束に特化した研修を年に2回行うなど人権意識の醸成にも力を入れておられました。

職員の労働環境については福利厚生が充実しており、とりわけストレス対策として産業医が配置されていることとあわせて職員の不安やストレスなどが発見できるよう独自の内部通報制度が構築されており、高く評価できます。

一方で、開設1年目ということもあり地域との関わりが今後の課題とされます。具体的には事業所の持っている専門性や機能の還元、災害発生時の連携など検討されてはいかがでしょうか。また、個別援助計画の定期的な見直し、第三者への相談機会の確保、自己評価の実施に課題が見られました。

今後は事業所が持っている機能を地域に還元するなど地域の高齢者福祉の拠点となりますよう期待します。

具体的なアドバイスを下記に記します。

- ・中長期計画の策定については、事業所として各業務レベルでの課題を設定するとともに、サービスの質の向上にかかる事業計画を策定されてはいかがでしょうか。

- ・個別援助計画見直しについては、利用者ごとにあわせると煩雑になる可能性があるため更新月を決めるなどされてはいかがでしょうか。

- ・苦情解決のシステムについて、責任者の明記及び第三者委員の選任をされることを望みます。また、有志の会にとどまらず利用者全体での懇談の場を設置することを検討されてはいかがでしょうか

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670701545
事業所名	グランユニライフデイサービスセンター京都桂川
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	2015年11月4日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1)組織の理念・運営方針						
	理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者(運営管理者含む)及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
	組織体制	2	経営責任者(運営管理者含む)は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	A	
	(評価機関コメント)		1)会社全体の理念及び事業所の理念があり、玄関に掲示されている。職員への周知については、朝礼時に唱和を行っている。また、理念の概要を携帯させている。 2)組織の運営システムや職務権限について明示されている。毎日のミーティングにおいて利用者の様子や課題について吸い上げている。また、利用者の要望については、月2回の通所カンファレンスで意見交換がなされている。こうした内容は、ケアサービス全体会議、エリア会議など上位会議にて検討され、現場の声を反映する仕組みがある。			
(2)計画の策定						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	B	B	
	業務レベルにおける課題の設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	B	
	(評価機関コメント)		3)「高齢者事業本部方針と戦略」として会社全体で方針が明確化されている。一方で、介護サービスの質の向上に向けた計画は確認できなかった。 4)「グランユニサービスの方向性について」では、サービス付き高齢者住宅の計画はあるが、事業所独自のものは確認できなかった。			
(3)管理者等の責任とリーダーシップ						
	法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B	A	
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	B	A	
	管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A	
	(評価機関コメント)		5)関係法令についてリスト化されており、職員も含めすぐに調べられる体制があった。職員に対して「コンプライアンス研修」を実施して徹底している。 6)職務権限が明文化されており、職員には配布している。管理者は種々の会議に参加している。また、管理者に対する評価のシステムがある。 7)緊急時連絡手順やマニュアルが整備されている。緊急時対応チャートが事業所内に掲示されている。管理者が携帯を所持するとともに常に日常業務の管理を行っている。緊急時にはオンコールにて対応している。			

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
II 組織の運営管理						
(1)人材の確保・育成						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	B	B
		実習生の受け入れ	10	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	B	A
		(評価機関コメント)		8)事業所の実施するサービスに沿った専門職を配置している。採用時の人物評価は人事考課の内容に沿った選考を行っている。資格取得に関する配慮としてはシフト調整と資格手当を実施している。 9)内部勉強会については計画的に実施している。外部研修についても参加できるようになっているが計画的な体系となっていない。 10)実習受け入れに関する基本姿勢及びマニュアルを整備している。実習指導者に対する研修を受けている。		
(2)労働環境の整備						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	B	A
		(評価機関コメント)		11)有給休暇の取得状況について管理者が把握している。育児、介護などの休業制度は整備されている。 12)福利厚生としてベネフィット会員に職員が加入している。年2回の懇親会は会社が費用負担を行っている。リラックスできるよう休憩室を整備している。産業医が配置されている。職員の不安やストレスなどが発見できるよう独自の内部通報制度がある。		
(3)地域との交流						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者や地域との関わりを大切にしている。	A	A
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		(評価機関コメント)		13)月に1回、和太鼓などのイベントを実施しており、自治会長や民生委員を通じて広報し地域住民の参加を募っている。また、ホームページにて事業所の情報を公開している。 14)サービス付き高齢者住宅の内覧会を実施し、介護相談会を開催している。一方で地域に対して介護に関する講習会や技術提供などが今後の課題である。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
III 適切な介護サービスの実施						
(1)情報提供						
		事業所情報等の提供	15	利用者(希望者含む)に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A
		(評価機関コメント)		15)事業所ガイドブックを作成している。ホームページで情報を提供しており、パンフレットや広報紙も発行している。随時、体験・見学に対応している。		
(2)利用契約						
		内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A
		(評価機関コメント)		16)重要事項説明書においてサービス提供内容や料金を明示している。利用者、家族に説明し、同意を得ている。成年後見制度の利用についてもリーフレットなどを設置し対応できるようにしている。		

(3)個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B
(評価機関コメント)		17) 所定のアセスメントシートで家族や本人から聞き取りを行い、身体や生活状況を把握し、情報を共有している。状態の変化時や介護認定再評価時などに再アセスメントを行っている。 18) 通所介護計画書の策定にあたっては本人、家族の希望を聞き取り同意を得ている。また本人、家族が出席するサービス担当者会議に参加している。 19) 通所介護計画書の策定にあたっては、介護サマリーなどの情報を得ている。サービス担当者会議には主治医などの専門職が参加しており、連携を図っている。 20) 個別援助計画は適切に作成され定期的に見直しはされているが、3ヶ月に一度の見直しが行われていなかった。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	B	A
(評価機関コメント)		21) 利用開始時に利用者のかかりつけ医や緊急時の連絡先を確認している。入退院時の医療機関との連携体制がとれている。		
(5)サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	標準的な実施方法(業務マニュアル・手順等)が整備されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	B	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	B	A
職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) 各種業務マニュアルは整備されている。見直しの時期について定められており、各マニュアルに見直した時期が記載されている。利用者満足度などの具体案が反映される仕組みがある。 23) 利用者の状況については適切に記録されている。機密文書管理規程において保管に関する明示および、期間が明示されている。 24) ミーティングや日々の申し送り、ケアカンファレンス会議にてスタッフ間での情報の共有を図っている。 25) 連絡帳や経過記録によって利用状況を適時家族に伝達している。また、写真等を活用して日常の様子分かるように工夫をしている。		
(6)衛生管理				
感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	27	施設(事業所)内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		26) 感染症予防のマニュアルを整備しているとともに更新を行っている。職員に対する研修を実施している。出入りの際の手洗いも徹底している。 27) 感染症に対応した空気清浄機を設置している。施設内の整理・整頓はできている。また、臭気対策としてふた付きバケツを設置し、パット等の処理は個装処理をしている。		
(7)危機管理				
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	30	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	B
(評価機関コメント)		28) 事故、急変時のマニュアルが整備され、緊急時対応チャートなどが掲示されている。ヒヤリハットに関する研修も実施されている。年2回の消防訓練をサービス付き高齢者住宅と合同で行っている。 29) 事故とヒヤリハットの報告を徹底するよう取り組んでいる。原因や対応方法について分析が行われ、マニュアルや事故防止の見直しが適切にされている。 30) 災害発生時の対応マニュアルが整備されている。しかし、地域との連携、特に水害を意識したマニュアルとはなっていない。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
		人権等の尊重	31	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		プライバシー等の保護	32	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
		利用者の決定方法	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		31)利用者アンケートを実施している。職員に対して、虐待、身体拘束に関する研修を年2回実施している。ミーティングにおいてサービスに不備がないか分析、確認を行っている。 32)コンプライアンス、接遇マナー研修を実施している。入浴は個室を基本としており、プライバシーへの配慮としてドア以外にカーテンを設置している。 33)サービス付き高齢者向け住宅に入居している方を中心に案内をしているが、外部からの受け入れにも対応している。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向(意見・要望・苦情)を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	B	B
		意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向(意見・要望・苦情)に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	B	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	B	B
		(評価機関コメント)		34)満足度調査及び嗜好調査を実施している。意見箱は設置している。個別の相談に随時対応しているとともに入居者の有志の会はあるが、利用者全体に関わる懇談会等はない。 35)マニュアルを整備し、苦情、要望の対応が苦情のシステムにより迅速に行われている。現時点では該当の公開ケースはない。 36)苦情解決のシステムが整備されている。重要事項説明書等に相談受付者、解決責任者が明文化されている。第三者の相談窓口として公的機関が明記されているが、第三者委員や外部人材の相談窓口が設置されていなかった。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	A	A
		質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	B	A
		評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	B	B
		(評価機関コメント)		37)顧客満足度調査、食事調査を定期的に行っている。意見に対して会議等で協議し、個別回答を行い、サービスの質の向上に努めている。 38)サービス付き高齢者住宅の会議においてサービス向上に関する検討が行われている。 39)サービスの質に対する検討は管理者、生活相談員を中心として実施している。しかし、自主点検以外の自己評価は実施していない。		

アドバイス・レポート

平成 年 月 日

平成 年 月 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（事業所名）につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

<p style="text-align: center;">特に良かった点と その理由(※)</p>	
<p style="text-align: center;">特に改善が望まれる点と その理由 (※)</p>	
<p style="text-align: center;">具体的なアドバイス</p>	

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。