

様式 7

アドバイス・レポート

平成 31 年 3 月 13 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成 31 年 1 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた〔京都市吉祥院老人デイサービスセンター〕様につきましては、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>1. 生活リハビリの視点から個別機能訓練の充実に取り組んでいます</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が住み慣れた地域で、在宅生活を継続できるように、複数の機能訓練指導員(理学療法士・作業療法士等)を配置して、利用者宅の訪問調査を行ない、居宅での生活状況(起居動作、ADL等の状況)を確認のうえ、利用者の状態に応じたりハビリや脳トレ、フィットケア(足湯)等のメニューを用意して、楽しく無理なくリハビリや運動、学習等に取り組み、健康の維持と自立した日常生活を営むことができるよう、日々のサービス提供に努めています。 ・「公文の学習療法」を取り入れた認知症の予防改善にも取り組んでいます。更に希望者には、生活リハビリの一環として、大阪・奈良・神戸などに家族同伴で出かける外出レクにも取り組んでいます。 <p>2. 職員研修制度が充実しています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体で定められている階層別の研修計画に基づき、事業所の年度研修計画が定められています。毎月開催する内部研修だけでなく、外部研修への参加(参加費用は事業所負担・年1回)を義務付けて、研修後には報告書の作成と伝達研修を実施し、研修内容の共有に努めています。 ・各種研修を通して職員の働く意欲の醸成と資格の取得や技術の習得向上を支援しています。 <p>3. 「地域社会に根ざし、地域の拠点となる取り組み」を推進しています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公設民営という立場を踏まえ、年中無休(元旦を除く)で通所介護事業を展開しています。長年に亘り、「健康教室」や地域行事への参加・支援を通じて、積極的に地域住民と関わり、事業所が持っている専門的な知見を、地域住民に提供するとともに、各種関係機関と協力体制を築き、高齢者の居場所づくりや「地域包括ケア」の実現に向けた取り組みを進めています。
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 「年度全体方針」は、半期の時点で総括し、見直すことが必要です</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「年度全体方針」と「個別項目計画書」に基づき、毎月開催する定例会議等で計画の進捗状況を把握されています。しかし、半期の時点で総括し、下半期の課題を見直す作業が不十分です。 <p>2. 事故・ヒヤリハットの集計結果の「統計的分析」が不十分です</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ヒヤリハットについては毎月の一人当たり提案件数の目標が定められています。ヒヤリハットの提案用紙は簡便で、誰でも提案しやすく工夫されています。更に、事故防止の取り組みについては、個々には事故報告書やヒヤリハットを分析し、防止策や改善策が講じられています。 ・しかし、1年間の事故報告やヒヤリハットの集計結果の「統計的分析」が不十分ではないでしょうか。また対前年度比で事故件数が減少しているのか増加しているのかも不明で、事故分析と対策の効果があつたのか無かつたかの把握が十分に出来ていないように思われます。 <p>3. 「利用者満足度調査」の結果分析と公表が不十分です</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年、「利用者満足度調査」を実施し、その調査結果を事業所内に掲示していますが、全職員による全体会議等での討議、検討と公表方法が不十分だと感じました。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 「年度全体計画」や「個別項目計画書」の半期での見直しが必要です</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月開催する定例会議等で計画の進捗や達成度をチェックしておられますが、年度の中間で上半期を振り返り、達成目標の確認を行なったうえで、課題を明確化して、下半期の取り組みにつなげることが必要ではないでしょうか。 <p>2. 事故・ヒヤリハットの「統計的分析」が必要です</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新年度目標を立てられるとき、前年度結果がどうであったかの振り返りが不十分に感じました。経年での傾向把握が必要ではないでしょうか。 ・1年間の事故及びヒヤリハットの事例を集計し、発生場所・曜日・時間帯、発生場面・要因等を分析のうえ図示化（見える化・5W1H）することで、なぜ事故やヒヤリハットが発生したのか理解することが出来ます。「統計的分析」を行なうことで、事故リスクの洗い出しと適切な予防対策を講じることが出来るのではないのでしょうか。是非、「統計的分析」に組み込み、その分析結果を事業報告書や広報誌等で公表してください。出来れば5年間くらいの事故件数等の推移が示されると、職員にとっても自分たちの改善してきた成果が見えて、

	<p>更なるやる気アップにつながるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 「利用者満足度調査」の結果分析と公表について</p> <p>・アンケート調査の結果分析は、各職種の職員が共同で分析・検討を行ない、改善策につなげる必要があります。そして、法人や事業所としてとりまとめた改善策を個人情報保護に配慮のうえ、利用者・家族だけではなく、HPや広報誌で開示されることが望まれます。積極的に利用者の声に耳を傾ける法人や事業所の姿勢が、今まで以上に利用者・家族や関係者に高く評価されるのではないのでしょうか。</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。

(様式6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670500152
事業所名	京都市吉祥院老人デイサービスセンター
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)	介護予防型デイサービス・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成31年2月14日(木)
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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。	A	A
(評価機関コメント)		①法人理念【仏・法・僧】「明るく・正しく・仲良く・謙虚な気持ちで業務遂行すること」を事務所内に掲示し、毎朝職員全員で唱和して、日々の介護に対する基本姿勢の徹底を図っています。また、HPや広報誌等に掲載して、利用者・家族や地域住民に法人理念や運営方針の周知を図っています。 ②毎月開催する「デイ会議」や「処遇改善委員会」等で討議のうえ、意見のとりまとめを行ない、改善策等を講じています。更に、自主点検表、法人内部監査、情報の公表、第三者評価の受診等を通じて、適正な事業運営が確保されています。		

(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。	A	A
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	A
(評価機関コメント)		③法人全体で「中長期計画」(3カ年計画)が策定されています。事業所では毎年度「全体方針」と「個別項目計画書(7項目)」を策定し、進捗状況を毎月開催する「デイ会議」等で点検しています。但し、半年毎の見直しは、特に行なわれていません。 ④「個別項目計画書(7項目)」の評価等は、毎月開催する「デイ会議」や「処遇改善委員会」の場で全職員で討議のうえ、自己点検表等で達成状況の確認を行ない、改善につなげています。		

(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組みを行っている。	A	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。	A	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年度初めの「全体会議」で職業倫理と法令遵守に関する研修会を実施しています。法令等はリスト化され、何時でも職員が閲覧できる場所に保管されています。 ⑥総括施設長や運営管理者は、毎月1回開催する「部署会議」(吉祥ホーム全体会議)に出席し、事業所の運営全般について討議しています。運営管理者は、年度初めの「全体会議」で運営方針を全員に周知するとともに、毎月「デイ会議」等で意見のとりまとめと必要な指示を伝達しています。 ⑦運営管理者は、事業所内で勤務し、日々の状況を把握しています。不在時や緊急時には、携帯電話で連絡が取れる体制が出来ています。		

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。	A	A
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		⑧職員採用は、有資格者や経験者の採用を心がけています。採用後は、個々の能力・経験に基づいて、キャリアアップが図れるよう計画的な研修制度が設けられています。又、定期的な部署異動を検討し、利用者対応や事業所の特色、地域性への理解を深め、職員のスキルアップを図っています。 ⑨法人全体で階層別に研修計画が定められています。内部研修は、一次研修、OJT制度の活用、中堅職員への二次研修及び三次研修の終了を目標として、計画的に取り組んでいます。又、外部研修への年1回の参加を義務づけて、各種資格の取得や最新の知識や技術の習得を目指しています。 ⑩実習生受け入れマニュアルに基づき、「中学生チャレンジ体験」や「大学生介護等体験」を受け入れています。		
(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、具体的な取り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。	A	A
		(評価機関コメント)		⑪職員ヒアリングからも職員の希望に配慮のうえ勤務表が作成され、職員の勤労意欲を引き出しています。育児休業・介護休業についても就業規則に定められ、法人として取得実績があります。職員の負担軽減につながる機器(「おんぶらっく」)の導入も進められています。 ⑫管理者による年2回の職員ヒアリングと法人本部にも業務上の悩みを相談できる仕組みがあり、ハラスメントに関する規定は事務所内に掲示されています。職員はストレスチェックを受診し、心身の体調管理に努めています。福利厚生制度も職員に周知されていました。休憩室は、設置されていますが、少し狭隘な印象を受けました。		
(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、利用者と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。	A	A
		(評価機関コメント)		⑬法人の理念や事業概要は、HPやパンフレットで開示されています。広報誌は毎月発行され、利用者や地域の関係者・居宅介護支援事業所等に配布されています。更に、地域向けの行事の際には、高齢者に関するお役立ち情報(健康・介護情報だけでなく、特殊詐欺や訪問販売等の被害防止)を配布して広報に努めています。 ⑭長年に亘り、介護予防教室(毎月1回開催)、地域3学区健康教室(各学区月1回開催)、イオンでの介護相談会(月1回開催)や「いきいきシニア教室」でフラワーアレンジメント等の文化教室を月1回開催しています。又、地域の幼稚園や保育園との交流、併設児童館との交流も行なっています。地域のイベントや行事等に積極的に参加することを通して、法人や事業所が持っている専門的な知見を地域の皆さんに還元しています。		

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サービス内容や事業所概要は、ホームページ、パンフレット、重要事項説明書、季刊誌等で分かりやすく説明しています。年度初めには職員紹介をはじめ、行事概要の案内も行なっています。 利用者の問い合わせには、その都度対応しています。見学希望者には、家族と一緒に昼食の試食体験をしていただいています。			
(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サービス開始に当たっては、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を用意し、保険外のサービスやその料金についても詳しく説明のうえ、利用者もしくは後見人等の同意を得ています。			
(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	A	
	(評価機関コメント)		⑰所定のアセスメント様式を用いて利用者・家族等と面接し、利用者の生活状況や心身状況を把握し、利用者等が望むサービス内容や生活像などを詳細に記録しています。毎月開催する「ケアプラン会議」には、運営管理者・相談員・看護師・介護職員等が参加し、複数の視点からニーズの把握、課題の抽出を行ない、アセスメントの見直しにつなげています。 ⑱通所介護計画の策定に当たっては、利用者及び家族の希望を尊重して目標を設定し、同意を得ています。サービス担当者会議には、利用者や家族の参加を得ています。特に、機能訓練カンファレンスを毎月1回開催し、現状ADLを把握のうえ、課題の改善を図り、利用者の意欲向上につなげています。 ⑲通所介護計画の策定に当たっては居宅介護計画に基づき、管理者、相談員、看護師、介護職員の合議により作成しています。また、利用者の主治医に意見照会を行ない、PT、介護支援専門員等より得られた情報や意見を計画に反映させています。 ⑳通所介護計画の見直しは、サービス実施基準に基づく管理表を用いて、3ヶ月ごとにモニタリングを実施、6ヶ月ごとに計画の見直しを行なっています。又、必要に応じ、計画の見直しを行なっています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		㉑入・退院時カンファレンスには、相談員やPT等が出席するよう努めています。入院時には施設での情報を医療機関に提供し、退院時には服薬等の医療情報を収集しています。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等と連携して支援しています。			

(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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。	A	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。	A	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)		<p>②業務マニュアルや手順書は、専門委員会組織の中で長年に亘って見直しが行なわれ、実用的で充実した内容となっています。運営管理者や先輩職員によるOJT、スーパービジョン体制の中で、サービス提供手法の指導にも活用されています。見直しに当たっては、苦情や顧客満足度調査の結果も反映するようにしています。</p> <p>③利用者のケース記録は、個別ファイルで管理され、サービス実施計画に基づいた援助が実施されているかを確認するチェック表があります。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する文書管理規定が定められ、夜間は鍵の掛かる書庫で保管されています。毎年個人情報保護に関する研修が行なわれています。</p> <p>④利用者の状況やサービス提供状況については、毎朝のミーティングで情報共有を図り、申し送りや引き継ぎは「相談員日誌」を活用しています。利用者の支援については、ケアプラン会議や機能訓練カンファレンス、中・重度カンファレンス等できめ細かく行なわれています。</p> <p>⑤利用者の家族等とは、サービス担当者会議や毎日の送迎時に、その都度、情報交換したり、連絡帳を活用、会えない場合は電話連絡するなどしています。</p>		
(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)		<p>⑥感染症マニュアルがあり、毎年最新情報を入手して見直しを行なっています。感染症対策の内部研修を行なうとともに、食中毒やインフルエンザ等の流行期前に最新情報を入手し、朝礼や回覧などで注意喚起しています。感染症利用者を受け入れる場合は、他の利用者と別にして一人送迎で対応し、施設内では単独で静養室を利用することで、二次感染の防止に努めています。</p> <p>⑦施設は公設民営でやや手狭な印象ですが、狭いながらも整理整頓が行き届いています。毎日の換気を業務に位置づけ、空気清浄機の導入、温・湿度管理を行ない、トイレ清掃は最低1日2回実施し、臭気対策を講じています。日々の清掃は職員が行ない、床面ワックス掛けは年2回業者委託で実施しています。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>㊸事故・緊急時対応マニュアルがあり、見直しも行なわれています。年間研修計画の中で心肺蘇生、AED使用方法など、消防署指導の下で実技訓練が実施されています。事故や緊急時の指揮命令系統が明確に定められ、意識障害や明らかな骨折、出血時は救急搬送での対応、その他の軽症時は送迎車搬送などの区分も定められています。毎月開催する「在宅会議」でも事故防止策を検討しています。</p> <p>㊹事故発生時には、速やかに対処した上で家族等の関係者に連絡・説明し、内容によっては保険者等にも連絡しています。所定の事故報告書で原因分析や防止策等が検討され、内容によってはマニュアルの改善策へつなげています。ヒヤリハットは簡便で提出しやすく工夫され、今年度は毎月1人2件の提出を目標に掲げ、事故防止に努めています。事故報告書やヒヤリハットで収集されたデータの「統計的分析」が不十分です。</p> <p>㊺災害時発生対応マニュアルがあります。地元・吉祥院地区の防災訓練に参加し、今年度は水害訓練を実施しました。毎年2回、同一建物2階の児童館との「合同消防訓練」を実施しています。</p>		

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)		<p>①高齢者虐待防止の指針、身体拘束禁止の原則が明示され、毎年「全体研修」で全職員に周知徹底を図っています。利用者の意思や人権に配慮し、個人の希望に寄り添ったサービス提供に努めています。</p> <p>②プライバシーや個人情報保護に関する研修を毎年全職員対象に実施しています。ベットでの排泄介助時はパーティションで、トイレは全て個室となっていて、羞恥心に配慮したサービス提供に努めています。</p> <p>③基本的に利用を断らない方針ですが、希望利用日に空きがない場合は、他の空きのある曜日の選択や法人内の他事業所等を紹介する体制が出来ています。</p>			
(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。	A	A	
	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。	A	A	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>④日々の送迎時に、家族と意見交換を行ない、利用者・家族の意向を聞き取るように努めています。毎年「利用者満足度調査」を実施し、集計結果を施設内に掲示しています。ご意見箱は、フロアーに設置されています。</p> <p>⑤事業所として意見、要望、苦情等を受け入れる体制が整備されており、苦情解決手順書、苦情解決委員会規定に基づいて、懇切に対応されています。</p> <p>⑥第三者委員は重要事項説明書に明記され、利用者・家族や関係者に周知されています。傾聴ボランティアを受け入れています。</p>			
(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	B	
	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。	A	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>⑦毎年「利用者満足度調査」を実施し、分析・検討を行ない、改善策を事業所内に掲示していますが、職員全体で改善策に取り組むことが不十分でした。</p> <p>⑧毎月開催する「デイ会議」・「ケアプラン会議」・「処遇改善委員会」・「中・重度カンファレンス」等職員のアイデアや意見を積極的に取り入れて、サービスの質向上に取り組んでいます。また、南区の介護事業所の集まり「認知症サポートネットワーク」に参加して、意見交換と情報収集に努めています。</p> <p>⑨毎月開催する「処遇改善委員会」で課題や業務の検証・見直しを行ない、改善策につなげています。法人の内部監査が年1回実施され、課題の洗い出しと改善策等を打ち出し、次年度の事業計画に反映させています。</p> <p>第三者評価は、3年に1度受診しています。</p>			