

様式 7

# アドバイス・レポート

平成30年12月18日

平成30年11月13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陶化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><b>1. 質の高い人材確保</b></p> <p>施設長会議にて法人内の人員体制の管理・整備を行っていました。また、資格取得促進として資格取得援助要綱にて費用負担等の支援をしていました。</p> <p><b>2. 労働環境への配慮</b></p> <p>就業状況や意向について毎年11月～12月に職員ヒアリングを実施し施設長会議にて法人全体のバランスを考慮した分析、検討をしていました。リフト浴や寝台浴、リフト付き送迎車を導入し職員の負担軽減につなげていました。</p> <p><b>3. 利用者の決定方法</b></p> <p>医療ニーズが高い方でも受け入れは断らないという基本的な考えのもと、利用に向けて個別の対応の検討と、職員体制やケア・福祉用具の活用などを整え実践していました。また、その対応が全体にも必要なことであれば全体として実践する等、ケアの見直しも随時行っていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. アセスメントの実施</b></p> <p>初回アセスメントは実施していましたが、定期的なアセスメントができていませんでした。</p> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>業務マニュアルは作成していましたが、見直しの基準を定めておらず、更新状況を確認する仕組みや更新日時の記載がないものがありました。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>第三者評価を3年に1回受診し、課題に対し日々のミーティングや職員会議で検討・対応していましたが、定期的な評価の実施や課題の明確化をしていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>1.アセスメントの実施</b></p> <p>初回のアセスメントだけではなく、定期的実施することで利用者の変化や要望に応じた個別援助計画を作成することができます。計画作成の手順のマニュアルは作成されていましたが、アセスメントが実際に実施されていることがわかるようにチェック表を作成するなどの仕組みづくりをされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2.業務マニュアルの作成</b></p> <p>マニュアルの見直し基準を定め、年1回見直すことで常に最新のマニュアルとなります。定例で行われている職員会議を活用し定期的に見直しをすることで、業務や手順の統一が図れ、利用者サービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3.評価の実践と課題の明確化</b></p> <p>事業計画は課題ごとに立てられていますので、定期的評価する仕組みをすることで、さらに課題を明確にすることができ、継続的に質を高めることにもつながります。</p> <p>事業計画を活かすためにも定期的な評価を実施する仕組みづくりをされてはいかがでしょうか。</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	2670500103
事業所名	京都市陶化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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	2018年11月27日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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。	B	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. 玄関に理念を掲示し、パンフレットにも掲載することで利用者や家族等に配布し周知を図っていました。 2. 理事会は定期的に開催していました。毎日の終礼ミーティングや毎月の職員会議にて職員の意見を反映する仕組みとなっていました。 また、「職務レベル一覧表」にて職務に応じた権限委譲や各責任を明確にしていました。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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。	B	B
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画は作成していましたが、中・長期計画はありませんでした。また、計画の策定や課題の明確化に対して職員の意向を反映させる仕組みがありませんでした。組織体制・運営の現状分析は毎月1回、施設長会議で行っていました。 4. 各職員の役割に応じて、現状把握や課題の検討を職員会議で行っていました。しかし、設定した課題を盛り込んだ計画は策定しておらず、達成状況の確認も出来ませんでした。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	B
	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。	B	A
	(評価機関コメント)		5. 施設長は法令遵守の観点での研修に参加していました。しかし、把握すべき法令のリスト化や調べられる体制、職員への周知は出来ていませんでした。 6. 施設長の役割と責任は、「職務レベル一覧表」にて文書化していました。また、ヒヤリングを年1回実施時に職員の意見を聞く機会を持っているほか施設長自らの評価・見直しをする為の方法として外部委託の職員アンケートの中に上司評価を入れ込み活用していました。 7. 施設長は、携帯電話を所持し常に連絡が取れる体制をとっており、緊急時に指示を出す体制となっていました。また、業務日誌で日々の状況把握をしていました。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		8. 施設長会議にて法人内の人員体制の管理・整備を行っていました。また、資格取得促進として資格取得援助要綱にて費用負担等の支援をしていました。 9. 法人全体で年間研修計画を立てていました。しかし、職員の「気づき」を促し学ぶ仕組みはありませんでした。 10. 実習受け入れに対する基本姿勢や受け入れマニュアルを定めていましたが、実習指導者に対する研修は実施していませんでした。			
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
	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。	A	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. 就業状況や意向について毎年11月～12月に職員ヒアリングを実施し施設長会議にて法人全体のバランスを考慮した分析、検討をしていました。リフト浴や寝台浴、リフト付き送迎車を導入し職員の負担軽減につなげていました。 12. メンタルヘルスの対応としてカウンセラーと直接連絡が取れるように周知していました。また、福利厚生として「共済会」を利用していました。			
<b>(3) 地域との交流</b>						
	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。	B	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		13. パンフレットを民生児童委員等に配布しているとともに、ホームページでも運営理念を地域に開示・広報していました。しかし、情報の公表制度を活用した情報開示は出来ていませんでした。また、地域行事に参加する体制も整っていませんでした。 14. 南区認知症サポートネットワークのメンバーとして認知症サポーター講座を開催していました。しかし、地域住民のニーズの把握が出来ていませんでした。			

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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. 設備やサービス内容を記載したパンフレットにて事業所の情報を提供していました。急な見学や利用相談にも対応し、お試し利用の様子を家族や介護支援専門員などと情報共有していました。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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. 重要事項説明書を用いてサービス内容や料金について説明し、同意を得ていました。また、必要に応じて併設の地域包括支援センターと連携し、成年後見制度等につなげる仕組みがありました。		
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
		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。	B	B
		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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		17. 初回アセスメントは実施していましたが、定期的なアセスメントができていませんでした。 18. 個別援助計画策定時に本人、家族から希望を直接聞き取り、その人らしい生活を重視した計画の策定に取り組み、同意を得ていました。また、サービス担当者会議にも出席し、本人・家族の意向を確認していました。 19. 主治医や介護支援専門員にファックスや電話で意見を照会し、個別援助計画を作成していました。 20. 必要に応じて計画を見直し、見直し基準は業務マニュアルにフローチャートを用いて記載されていました。		
<b>(4) 関係者との連携</b>						
		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. 退院時のサービス担当者会議に参加し、主治医や併設の地域包括支援センターと連携を取っていました。		
<b>(5) サービスの提供</b>						
		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。	B	B
		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	B
		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。	B	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。	B	A

	(評価機関コメント)	22. 業務マニュアルは作成していましたが、見直しの基準を定めておらず、更新状況を確認する仕組みや更新日時の記載がないものがありました。 23. 一人ひとりの個人ファイルを整備していました。しかし、個人情報保護についての教育や研修が実施出来ていませんでした。 24. 朝夕にミーティングを行い利用者の情報を共有していました。朝の申し送りでは前回利用時からの特記事項も共有し、継続的なかわりに努めていました。 25. 連絡帳及び送迎時に家族や関係職種と情報交換を行っていました。			
<b>(6) 衛生管理</b>					
	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。	B	B
	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. 平成25年3月発行の厚生労働省の感染対策マニュアルをもとにマニュアルを作成していましたが、マニュアルの更新や追記を証明する記載がありませんでした。 27. 事業所内の清掃は職員が行い、定期的な換気を行うことで臭気もありませんでした。		
<b>(7) 危機管理</b>					
	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	B
	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。	B	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. 緊急時のマニュアルと連絡網を整備していましたが、実践的な訓練や研修は実施していませんでした。 29. 事故とひやりハットの基準を定め、事故報告書・ひやりハット報告書を作成し、朝夕のミーティングや職員会議で事故対策の評価を行っていました。 30. 災害時マニュアルを作成し、年2回消防署立会いによる火災の避難訓練を実施していました。福祉避難所の指定を受けていましたが、地域と連携した災害時の訓練を実施していませんでした。		

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
<b>IV 利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		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. 日々のサービスの振り返りや法人内研修の伝達などを毎日のミーティングで行うことで、尊厳の保持に配慮したサービスの提供を行っていました。 32. プライバシーに関する研修に参加するほか、排泄支援時の声掛けや同性介助など具体的な援助方法は業務マニュアルに基づいて提供していました。 33. 医療ニーズが高い方でも受け入れは断らないという基本的な考えのもと、利用に向けて個別の対応の検討と、職員体制やケア・福祉用具の活用などを整え実践していました。また、その対応が全体にも必要なことであれば全体として実践する等、ケアの見直しも随時行っていました。
------------	---

(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。	A	B
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. ユーザーアンケート（利用者アンケート）を職員会議で利用者からの意見等を分析し回答を配布するなどの対応していました。個別面談等は随時行っていました。定期的な開催はできていませんでした。 35. 職員会議や日々のミーティングで検討し個別に対応していましたが、公開は出来ていませんでした。 36. 第三者委員の設置はありましたが、連絡先の記載がありませんでした。		

(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。	B	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. 年1回ユーザーアンケート（利用者アンケート）を実施することで、サービスの見直しや向上に役立っていました。 38. 法人内のブロック研修や職種別会議に参加し情報交換を行っていました。また、全職員が参加する職員会議や日々のミーティングで伝達研修を行うことで、サービスの向上に努めていました。 39. 第三者評価を3年に1回受診し、課題に対し日々のミーティングや職員会議で検討・対応していましたが、定期的な評価の実施や課題の明確化をしていませんでした。		