

アドバイス・レポート

平成 28年6月9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28年2月29日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたデイサービスまごの手西陣につきましては、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>【はじめに】 京都西陣の落ち着いた住宅地の中にあるマンションの一角に「まごの手西陣」がありました。診療所だったところを借上げ、改修を施し通所介護事業所として平成26年1月20日にスタートしております。平成28年4月以降は地域密着型通所介護事業所に移行していますが、開設後2年4ヶ月と比較的新しい事業所です。</p> <p>介護保険サービス事業所としてのデイサービスに行く、というよりも、友達のお家に遊びに行く、と言った感覚で利用して頂いています、と管理者さんは笑顔で話してくれました。定員10名と小規模ですが、年中無休でサービスの提供に当たり、地域のニーズにしっかりと応えています。利用者スタッフが家族のように接することを基本にした運営に心掛けており、家庭的な落ち着いた雰囲気は漂っていました。</p> <p>今回第三者評価の受診は初めてであり、事前の自己評価もチェック項目の読み解きに不慣れな点もあり、「B」「C」評価が多くありましたが、ヒアリングの中でチェックポイントの意図する点と実態を見極めた上で、評価の見直しを行ったところが数ヶ所ありました。</p> <p>通番11. 労働環境への配慮 職員の労働実態の確認・分析を社会保険労務士に委託し、対応策について常に助言を求める等、労働環境の維持、向上に努めています。有給休暇については有給休暇取得管理リストにて管理がなされていると共に、気兼ねなく取れる状況であることが職員へのヒアリングでも確認できました。又、育児休業についても出産予定日の近い職員もおり育児休業を取得する予定になっているとのことです。入浴介助の交代制や入浴補助椅子を導入する等、職員の身体的介護負担軽減に配慮がなされています。そして何よりも事業計画作成に関する職員からの意見反映や、日常的な課題の共有、役割と権限の明確化等、組織としての風通しの良い運営が、管理者を中心に実践されています。そのことが「働きやすい職場」として職員の働き甲斐や意欲に繋がっていることが職員のヒアリングでも確認できました。</p> <p>通番25. 利用者の家族等との情報交換 利用者の日々の状況を家族等との間で情報共有することは極めて大事との認識のもと、家族とは事業所来訪時、送迎時、電話、メール、等を通じて情報交換に努めています。また、サービス利用時の様子を毎回写真に撮り、その写真を家族等との連絡帳に必ず貼り付け、コメントを記載するなど、より丁寧な情報交換に努めていました。</p> <p>通番38. 質の向上に対する検討体制 サービス向上に関する検討は、毎月1回の全員参加による職員会議（含、サービス向上委員会）で行われ、その内容は記録に残されています。又、上京区に設置されている「ささえ愛の会」に積極的に参加し、他事業所との情報交換（2ヶ月に1回）や他事業所との職員の交換研修を実施するなど、サービスの質の向上に関する研鑽に努めています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番3. 事業計画等の策定 事業所運営に関する目標、地域に関する目標、職員に関する目標等、中間目標（上半期）、長期目標（年間目標）として単年度の事業計画を立て、上半期、下半期毎に達成度の確認を行っていますが、3～5年と言う長いスパンでの中長期計画は立てられていませんでした。</p> <p>通番20. 個別援助計画の見直し 「通所介護計画の見直し基準」に沿ってモニタリングを行い、評価した内容を次の計画書に反映する形で見直しが行われています。サンプリングした2名の利用者の援助計画書、モニタリング等確認しましたが、利用者の状態像に対する評価・分析が表面的な捉え方に終わっている点が見受けられました。</p> <p>通番36. 第三者への相談機会の確保 今のところ、第三者又は公的機関を経由しての苦情の実態が無いこと、又、市民オンブズマンや介護相談員等の外部人材の受け入れを行っていないことをもって自己評価「C」とされていましたが、第三者の相談窓口の設置や、利用者の目につきやすい方法（重要事項説明書等）での周知がなされていることをヒアリングの中で確認が出来ました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番3. 事業計画等の策定 開設後2年4ヶ月という新しい事業所として、まずはしっかりとした事業運営上の基盤を確立することが重要である、ということは十分理解することが出来ます。一方で、事業所として少し先を見通した将来目標を掲げることは、利用者やその家族の安心、更には職員の目標意識や仕事に対する意欲に繋がるものと思われる。3～5年と言う少し先を見た中長期の計画策定が望まれます。</p> <p>通番20. 個別援助計画の見直し 「通所介護計画の見直し基準」に沿ってモニタリングを行い、評価した内容を次の計画書に反映する形で見直しが行われていますが、利用者の意向や状態像、専門家の意見照会等を含め、更にきめ細かな見直し分析が望まれます。</p> <p>通番36. 第三者への相談機会の確保 第三者の相談窓口の設置や、利用者の目につきやすい方法（重要事項説明書等）での周知がなされています。そして今回、初めて第三者評価の受診と、段階を踏まえて着実に実績を積み上げてきています。今後更に、リスク管理の側面からも外部相談員等第三者の受け入れ体制の充実に取り組まれることを望みます。</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	2670200845
事業所名	デイサービスまごのて西陣
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
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	平成28年5月27日
評価機関名	NPO法人京都府認知症グループホーム協議会

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) 法人の理念を明文化し、パンフレットに掲載すると共に事業所玄関にも掲示しています。理念は職員の参画で作成されており、理念を基に年度毎の事業計画、基本方針、重点目標等を定め、日々のサービス提供に繋がるよう毎月の職員会議で話し合うなど職員に意識づけるような取り組みを行っている。利用者や地域に向けての広報誌やパンフレットにも分かりやすく記載されている。運営方針については事業運営規程に明記されている。また、家族や利用者を対象とした顧客満足度調査や個別相談会の実施、「声の箱」と称し、意向や思い、苦情等何でも記載してもらい相互理解に繋がるような取り組みをしている。 2) 組織体制については組織図により明確にされており、隔月の所長会議や毎月行われる職員会議、日々のミーティング等、職員の意見が反映される仕組みがある。事業所の運営上、社長の参加を得て行う所長会議が意思決定の場となっている。業務分掌に通所介護分掌と一般介護分掌等が明記され、業務内容表に所長や相談員等の役割と権限が明記されている。		
(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。	A	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	A
	(評価機関コメント)			3) 事業所運営に関する目標、地域に関する目標、職員に関する目標等、中間目標（上半期）、長期目標（年間目標）として単年度の事業計画を立て、上半期、下半期毎に達成度の確認を行っているが、長いスパンでの中長期計画は立てられていない。組織体制や運営の現状の分析を行い課題の解決に向けて具体的な改善策について職員会議で話し合い職員の意見を反映させている。 4) 年度初めに立てられた事業計画に基づいて業務を進めていくための課題や目標の設定を行い、職員の自己評価を基に所長が人事考課の面談を年3回実施し計画の進捗状況や課題の達成度の確認と共に見直しを行っている。		

(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)		<p>5) 介護保険関連法令については管理者が京都市集団指導に出席し全職員に伝達すると共に資料も閲覧できるようにしている。また、介護者の労働条件や安全衛生の基本、労務管理等の研修や社内外の研修にも参加し必要な法令について把握をしている。事業運営に関する各種法令については介護保険六法や実用六法(労働基準法等)等の書籍を置き、必要な項目に付箋をつけてすぐ調べられる体制を整えている。</p> <p>6) 管理者の役割と責任については業務分掌に明文化されている。職員との個別の面談以外にも職員会議やミーティング等に参加し職員の意見を聞く機会を持つと共に運営方針や事業計画等に反映させている。また、職員会議で事業計画の評価や見直しを行っている。管理者は年2回以上自己チェックシートを用い、自らの自己評価を行う仕組みがある。</p> <p>7) 管理者は業務日誌や申し送りノート、各種報告書等日々確認をし事業の状況を把握している。常に電話を携帯し連絡の取れる体制にあり、緊急時対応マニュアルや事故対応マニュアル、連絡網等を整備し緊急時に迅速に対応できる体制としている。</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
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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		8) 人柄重視の採用を基本とし、現任職員の中には介護福祉士取得者や介護職員初任者研修受講者もあり、入社後の資格取得を奨励し研修や受験等のための勤務変更や交通費、研修費、資料代等の費用負担の支援を行っている。 9) 事業計画の中で年間研修計画が定められ、職員会議の中で接遇マナー、身体拘束・虐待、感染症と食中毒、事故防止等定期的に研修を行っている。外部研修においては参加希望を募り、研修受講後は内部研修において内容を伝達している。其々の研修終了後は報告書を提出し、習熟度の確認をしている。 10) 実習生受け入れマニュアルを整備し、過去にはインターシップの学生を受け入れた経緯もあるが、実習指導者に対する研修などは実施されていない。		
(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。	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	B
		(評価機関コメント)		11) 職員の労働実態の確認・分析を社会保険労務士に委託し、対応策について助言をして貰う等、労働環境の維持、向上に努めている。有給休暇については気兼ねなく取れる状況であることが職員へのヒアリングで確認できた。有給休暇取得管理リスト表にても管理がなされている。育児休業についても出産予定日の近い職員もおり育児休業を取得する予定になっている。職員は入浴介助の交代制や入浴補助椅子を導入し介護の負担軽減を図っている。 12) 職員が業務上の悩みやストレスを解消する仕組みとして「こころタイム」というカウンセリングサービスがある。ゆっくりと寛げる独立した休憩室を完備しており、職員は業務から離れ十分な休息を取ることが出来ている。セクシャルハラスメントについては就業規則にて明示しており、パワーハラスメントについては書籍を置きいつでも見ること出来るようにしているが就業規則への記載は確認出来なかった。		
(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) 運営理念はホームページやパンフレット等に掲載すると共に事業所玄関にも掲示している。運営推進会議で事業案内や事業所の現況の説明をしたり、地域ケア会議に参加し事業所の現状を伝えたり地域の情報等も収集している。ボランティアについては募集要項を作成すると共に募集に関するパンフレットを掲示するなど受け入れ体制は出来ており今後に向けて更に取り組む予定である。 14) 上京区における在宅サービス事業者の集まりである「ささえ愛の会」や「オレンジカフェ」に参画し、その中で地域住民からの介護相談を受けるなど地域貢献している。また、近隣の地域ケア会議に参加し専門職からの話を聞き、地域の課題やニーズの把握に努めている。		

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
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)パンフレット、ホームページ等で事業所の情報提供が行われている。また、「新規利用相談記録」「見学者リスト」「申請リスト」を書面化し情報整理を行っている。見学に対しては随時対応し体験利用も行っている。			
(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)重要事項説明書に基づき説明が行われ同意を得ている。成年後見に関しては3名の方が契約しておられるとのこと。それぞれ「支援経過記録」を活用してサービス提供の記録を整備している。			
(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。	B	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。	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	B	
	(評価機関コメント)		17)利用者のニーズや課題を明らかにする“手続きを定め”という点でチェックが入らない、との理解であったが、「アセスメントシート」を活用して利用者の状況を把握し、主治医や訪問看護などと連携を図っている。また、アセスメントシートの書式に従ってニーズや課題が明確になるよう記録されている。 18)「通所介護計画書」を適宜更新すると共に、「サービス担当者会議議事録」により職員に伝達、情報共有を図っている。 19)「通所介護計画書」を作成するにあたり、「看護退院サマリ」「お薬の説明書」などを活用し主治医、訪問看護、訪問リハビリテーション、薬剤師等と連携し、個別援助計画に反映させている。 20)「通所介護計画見直し基準」に基づきモニタリングを行い、通所介護計画の見直しに反映しているが、サンプリングした2名の方の記録から、評価分析に具体性が欠ける点が見受けられた。			
(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)医師との連携体制が確保され、地域ケア会議等で関係機関と連携・支援体制が確立されている			

(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。	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。	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。	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)「個人情報・情報開示に関するマニュアル」「送迎に関するマニュアル」「介護賠償責任保険に関するマニュアル」「認知症に関するマニュアル」「職員倫理に関するマニュアル」「医療処置手順・ターミナルケアに関するマニュアル」「高齢者の疾病・心理に関するマニュアル」「介護保険の基本にかんするマニュアル」「移乗・体位変換・移動に関するマニュアル」「衣類着脱に関するマニュアル」「排泄に関するマニュアル」「環境整備・シーツ交換に関するマニュアル」「入浴に関するマニュアル」「食事に関するマニュアル」「口腔ケアに関するマニュアル」等が作成し、これらはチェックシートを用いて実施を確認している。また、サービス向上委員会等で苦情、事故を分析・検討して更新に反映している。 23)「ケース記録」の実行表に計画内容を記載、「記録に関するマニュアル」「個人情報・情報開示に関するマニュアル」等で職員に周知している。ケース記録等はカギ付きロッカーで保管している。 24)チェック項目の内、職員間の意見集約を行う“仕組みがある”という点にチェックが入らないのでは、ということであったが、「通所介護業務日誌」「申し送り一覧表」「バイタルチェック表」などで情報を共有し、随時カンファレンスを開催し意見集約を行っている実態を確認した。 25) 家族とは事業所来訪時、送迎時、電話、メール、そして連絡帳には毎回当日の写真を貼り情報交換を行っている。		

(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。	B	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)感染症に関する対象者はいないが「感染症・食中毒に関するマニュアル」を作成し、研修を行い職員に周知しており、仕組みが整っていることを確認しA評価とした。 27)清掃は外部委託せず随時職員が行っており、整理・整頓がなされている。トイレやフロア、送迎車の消臭対策としては「マタタコロ液」を使用している。		

(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。	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)「緊急時対応マニュアル」「送迎に関するマニュアル」を作成すると共に、内部研修や日々の申し送り等で職員に周知している。 29)保険者等に報告する事案は発生していないが、「事故防止委員会」で再発防止策を検討、対策を講じ「事故報告書」に記録している実態を確認しA評価とした。 30)「非常・災害対策に関するマニュアル」を作成し避難訓練を行っているが、地域との連携を意識したマニュアルが作成していない。		

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。	B	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。	B	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>31)利用者本位のサービス提供が運営規定で明確にされており、研修・申し送り・ミーティング等を通じ組織として振り返る仕組みが出来ている。また、「高齢者虐待に関するマニュアル」「身体拘束に関するマニュアル」を整備し研修も実施している。</p> <p>32)「プライバシー保護に関するマニュアル」を作成し、入浴介助、排泄介助、相談援助の対応について研修会等で職員に周知を図るとともに、サービス利用契約時に「肖像権に関する同意書」を貰い、広報物への掲載に配慮している。</p> <p>33)医療的処置の必要な方、事業所のハード面の制約等から、重度な方の受け入れは困難であり、他の事業所を紹介する等で対応している。体験利用も実施しながら、双方十分な理解の上で契約をしている。</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。	B	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		<p>34)利用者からの意見・要望を把握する為の「こえの箱」の設置や、アンケートによる顧客満足度調査(7項目・年1回)の実施等、利用者の意見・要望・苦情を吸い上げる取り組みは実践している。又、利用者の個別相談の機会を設け順次実施しているが、まだ全員の方まで至っていないことを持って自己評価「B」としていたが、取り組みの実態があることを評価した。</p> <p>35)利用者からの苦情、相談窓口については、重要事項説明書に明記され、新規契約時に説明をしている。実際の相談内容や苦情に対しては職員会議で検討し、今後のサービス提供に活かしている。苦情・意見・要望記録表で確認することが出来た。</p> <p>36)第三者又は公的機関を経由しての苦情の実績が無い、又、市民オンブズマンや介護相談員等の外部人材の受け入れを行っていないことをもって「C」評価としていたが、第三者の相談窓口の設置や、利用者の目につきやすい方法(重要事項説明書等)での周知がなされていることを評価した。</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	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。	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		<p>37)「相談・苦情対応に関するマニュアル」を作成すると共に、顧客満足度調査アンケートを年1回実施し、サービス向上委員会で検討、改善に繋げる仕組みが出来ている。</p> <p>38)サービス向上に関する検討は、毎月1回の全員参加による職員会議(含、サービス向上委員会)で行い、その内容は記録に残されている。又、上京区に設置されている「ささえ愛の会」に積極的に参加し、他事業所との情報交換(2ヶ月に1回)や職員の交換研修を実施する中で、サービスの向上に関する研鑽に努めている。</p> <p>39)開設して2年4ヶ月が経過。今回初めて第三者評価を受診された。今回の受診に当たって初めて自己評価を行ったが、運営に関する全体像が体系的に把握され、管理者はじめ職員にも良い刺激になった、(管理者談)とのこと。3年に1回の受診がなされていることをもって「B」評価とした。</p>			