

様式 7

アドバイス・レポート

令和元年 1 1 月 1 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

令和元年 5 月 1 7 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センターつるさんかめさんにつきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	通番 (9) 継続的な研修・OJT の実施 新人職員には採用時研修を行い、1 年間の研修カリキュラムが組まれています。また全職員を対象に年間研修計画を定め、法人全体の研修・各種委員会が担当するピア研修・事業所内での勉強会として法定研修を行っています。外部研修の情報は職員が閲覧できるように掲示し、参加の促しを行っており、職員の希望する研修を年 1 回まで法人費用負担で参加できる仕組みも作っているなど研修体制が充実しています。 通番 (13、14) 地域への情報公開、地域への貢献 事業所と地域の人々が良好な関係を構築し、地域に根ざした事業所となることが求められている中、商店街に近いという立地条件を最大限活かし、事業所新聞と、法人広報誌を利用者や家族に配布するだけでなく、商店街の広場 (801 広場) に置いてもらうなど、広く事業所を知っていただく取り組みを行っています。また、地域の方が利用できる「おせっかいカフェ」や「オレンジカフェ」により、事業所と地域との交流を深める取り組みもされています。さらに、事業所が主体となり地域住民や小学生、中学生を対象に認知症サポーター養成講座を開催、地域のお祭りでの「介護相談ブース」設置や「つるさん・かめさん」合同でのバザーの実施など地域の方が楽しみにしているイベントとなっているなど、地域貢献活動にも力を入れています。併設している皮膚科の玄関前がバス停となっており、敷地内に設置している雨よけベンチがあることで、地域のバス利用者からも喜ばれています。 通番 (21) 多職種協働 医療機関が経営母体となっており、医療依存度の高い利用者であっても受け入れることが可能となっています。医師との連携もスムーズにとれるなど事業所のメリットを最大限活かせる環境となっています。また利用者の担当
-----------------------------	--

	ケアマネジャーより、必要な情報をタイムリーに確認できる体制が整っており、さらに利用者が退院する際には、退院前カンファレンスに必ず参加し情報の提供・入手が適切に行え、職員全員で利用者の情報を共有しています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	通番（10） 実習生の受け入れ 実習生の受け入れについての目的・方針を定め、マニュアルに基づいて指導を行っています。実習生の指導は原則として管理職が実施していますが、実習指導者への研修を行うまでには至っていません。実習生の受け入れについての目的・方針は定めているため、より効果的な実習指導および福祉人材の育成のため管理職への研修実施が求められます。 通番（20） 個別援助計画等の見直し 多職種での専門的な意見を聞き個別援助計画に反映させています。また見直しについては利用者の状態変化時、または6ヶ月毎で実施されていますが、3ヶ月毎にモニタリングを実施し計画の達成状況を多職種間で確認していることは、ヒアリングや記録から確認することができませんでした。 通番（22） 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは確認できましたが、ここ数年間はマニュアルの修正変更や整備ができていない状態でした。業務の均一化と質の向上のためにもマニュアルに沿って職員を指導できる実用的なものとなるよう早急なマニュアルの整備が求められます。
具体的なアドバイス	通番（10） 実習生の受け入れ 実習生を指導する実習指導者（管理職）に対して、法人として組織立って研修を計画し、外部機関での指導者研修や内部研修に参加されることが望まれます。 通番（20） 個別援助計画等の見直し 個別援助計画は利用者の状況の変化に応じて計画を見直すことが求められていますが、計画を見直す期間が6ヶ月毎となっています。計画書の有効期間が6ヶ月としても、3ヶ月毎でのモニタリング・計画の見直しを検討されることが今後必要です。更に、個別援助計画を継続とするのか変更とするのか、職員間で出た意見や専門職から集約した意見・回答を根拠として記録することが必要です。そのためカンファレンスの内容を議事録として残すことが望まれます。 通番（22） 業務マニュアルの作成

	業務マニュアルは、業務の平準化や介護事故防止の観点から実態に沿ったマニュアルとして整備されることが必要であると考えます。そのため毎年すべてのマニュアルを、法人や管理者だけではなく、事業所職員全員で検討し、業務の手順などを決めておくことが求められます。
--	--

※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	2670100458
事業所名	デイサービスセンターつるさんかめさん
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	令和元年10月25日
評価機関名	特定非営利活動法人 あい・ライフサポートシステムズ

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。		B	B
	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)		事業所理念はパンフレットへ掲載し、フロアからも見える事務所スペースにも大きく掲示しています。また運営規程に運営方針を定め、利用者・家族にも周知をしています。理念に基づく研修カリキュラムに沿って、中途採用の職員にも研修を実施し、全職員が理念に沿ったサービス提供ができるよう、研修や管理者による面談を通じて理念浸透を図っています。理念に沿った様々な取り組みを行ってはいないものの、家族等への情報発信が連絡帳のみに留まっていることから、さらなる工夫が求められるところです。 職務階層を6つ（トップMG・MGリーダー・チームリーダー・上級・中堅・一般）に区分し、職務分掌規程を定め、階層毎の役割や権限を明示しています。各事業所の管理者が集まる管理者会議が月2回、つるさん・かめさん合同の運営会議が月1回実施され、情報の共有や落とし込みが図られています。また、職員の意見や提案なども会議や管理者との日常的な関りの中で反映されていることが職員ヒアリングでも確認できました。			
(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)		5カ年の長期目標・3カ年の中期目標・年間目標を定め、具体的なアクションプランに落とし込んでいます。年間目標については、会議の中で職員の意見を聞きながら目標設定と評価を行い、目標の共有化が図られています。昨年度はできなかったものの、今年度は利用者満足度調査を実施し、課題の抽出を行っています。 管理者会議には医師（理事長）・看護師も毎回参加し、医療面からの課題抽出と改善を行うための話し合いが行われています。また、ナース会議が四半期に一度実施され、リハビリ等の課題についても話し合われています。これらの会議の内容を踏まえた中長期の計画が策定され、半期毎の評価も実施されていることが確認できました。			
(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	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。		A	B

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)		福祉人材育成認証制度の認証を受けていることから、その際の法令面の研修や、介護保険制度の集団指導への参加、社労士による研修等、法令への理解を深める取り組みを行っています。また、入職時研修や集団指導資料の関係部分に付箋を貼るなど、職員が理解できるように促すとともに自身でも調べられるよう工夫されています。しかし、事業運営を行うにあたっての必要な法令をリスト化するなどの取り組みまでには至っていません。 組織図を明確にするとともに、職務分掌規程により、役割や権限を明確にしています。職員の意見は、日常的な関りの中での面談に加え、人事評価を含めた年2回の面談等で聴き取りを行い、上司からの一方的な話にならないよう配慮しています。現管理者着任後、離職率が下がっていることや職員ヒアリングからも、現管理者の信頼が厚い事は推察されますが、客観的な評価によって、さらに具体的な把握や見直しの機会を作られることが望まれるところです。 管理者は法人支給の携帯電話を24時間携帯しており、緊急時にも連絡がとれる体制になっています。万が一連絡が取れない場合にも、2名の副主任には連絡が取れるようにしています。日常的な業務についても、毎日の業務日誌の確認を行い、気付いたことは適宜直接話をするようにしています。		

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

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	B
(評価機関コメント)		有資格者を優先的に採用することを旨とし、福祉人材育成認証制度の取得・就職フェアへの出展・インターンシップ制度・紹介会社の活用など、様々な人材確保に対する取り組みを実施しています。資格取得の支援として、初任者研修・実務者研修は勤務扱いのうえ費用は法人負担とし、介護福祉士は合格者への受験費用負担も行っています。また、運転免許の取得費用の一部を法人負担としています。 新人職員には1年間の研修カリキュラムが組まれており、また全職員を対象に年間研修計画を定め、「ピア研修（任意）」「全体研修（義務）」に区分し、研修参加名簿及び研修報告書により実施状況の確認等を行い、適宜上司からのアドバイスを行っています。外部研修への参加の促しも行い、職員の希望する研修を年1回まで法人の費用負担で参加できる仕組みも作っています。また、法定研修は事業所会議後の勉強会にて実施し、職員の理解を深めています。 実習生の受け入れについての目的・方針を定め、マニュアルに基づいて指導を行っています。個人情報保護等の誓約は学校側との連携により、実習前に学校で取り扱っています。実習生の指導は原則として管理職が実施しますが、実習指導者への研修を行うまでには至っていません。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		勤務時間内に仕事を終わらせるために、業務の洗い出しによる無駄の削減を行い、残業はほぼゼロを実現し、有給休暇の取得も積極的に実施しています。職員の意向や要望は年2回の面談に加え、日頃の関りの中で確認するようにしており、他事業所の業務を知る事や人材交流を行うため、事業所間での人材入れ替えを行うなどの取り組みも実施しています。 毎年、職員のストレスチェックを実施し、高ストレス者へは契約している産業医の面談を受けられるようにしています。また内部では、直接上司に言い難いことなどは、管理者→事業マネージャー→シニアマネージャーといった上層部へ直接相談できる体制も取っています。福利厚生の一環として、年2回のスポーツ活動や日帰り旅行を実施するなど、福利厚生委員会を中心にした組織的な活動を行っています。ハード面の課題から十分な広さの休憩スペースは取れていませんが、一息つけるスペースの確保や休憩時間には外出により、リラックスする職員もいる等、ハード面の不足を補っています。		

(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)	毎月発行される事業所新聞と、3ヶ月に一度発行される法人広報誌「都の風」を利用者や家族に配布するだけでなく、商店街の広場（801広場）に置いてもらうなど、広く事業所を知っていただく取り組みを行っています。また、地域活動委員会による「おせっかいカフェ」や不定期に行われる「オレンジカフェ」により、地域との交流を深めています。さらには、事業所が主体となり認知症サポーター養成講座を開催するなど、地域貢献活動にも力を入れています。 毎年行われる地域のお祭りに「介護相談ブース」を設置し、地域の介護相談の受付を行っています。実際にお祭りの最中での相談はほとんどありませんが、事業所へ直接相談に来られる方も増えてきています。毎年行われていた「つるさん・かめさん」合同でのバザーは隔年に変更したものの、地域の方が楽しみにしているイベントとなっています。併設している皮膚科の玄関前にバス停があり、敷地内に雨よけベンチを設置していることで、地域のバス利用者からも喜ばれています。			

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)		事業所の情報は、法人のパンフレットや事業所独自のパンフレット、またホームページ等にわかりやすく掲載しています。ケアマネジャー、家族からの見学希望や体験利用にも柔軟に対応していることが見学対応記録からも確認できました。			
(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)		サービス利用に際しては、契約書・重要事項説明書を管理者よりわかりやすく説明を行い、同意を得ています。重要事項説明書の変更が生じた際には、利用者だけではなく、家族へも説明を行い納得いただいた上で同意を得ています。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		利用開始時は、事業所独自のアセスメント様式によりケアマネジャーからの情報を元に、自宅へ訪問し利用者・家族から心身の状況や生活状況・利用者の意向要望を直接聞き取り把握しています。アセスメントは利用者の状態変化時、または6ヶ月ごとの個別援助計画の見直し毎に実施しています。 個別援助計画の立案は6ヶ月毎に行われていますが、計画立案時のカンファレンス記録を確認することができませんでした。また送迎時や連絡ノートで把握した利用者・家族からの意向要望や、他職種から得られた意見等はカンファレンス議事録などから確認することができず、介護日誌や連絡ノートのみでの記載となっています。今後、個別援助計画が立案された根拠が記録からも説明できるように記録の重要性が求められることから、さらなる工夫が必要です。 サービス担当者会議や退院前カンファレンス、サマリーや主治医意見書等から医師・看護師・理学療法士・介護支援専門員等の専門的な意見を聞き個別援助計画に反映させています。個別援助計画の見直しは利用者の状態変化時、または6ヶ月ごとで実施されていますが、3ヶ月毎にモニタリングを実施し計画の達成状況を多職種間で確認していることは記録から確認することができませんでした。			
(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。	A	A	

	(評価機関コメント)	利用者の担当ケアマネジャーを中心として、必要な情報はタイムリーに確認できる体制が整っています。また利用者が退院する際には退院前カンファレンスに参加し、職員全員で利用者の情報を把握し多職種間で意見交換を行っています。			
(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	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。	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)		業務マニュアルは確認できましたが、ここ数年間はマニュアルの修正変更や整備ができていない状態でした。マニュアルに沿って職員を指導できる実用的なものとなるよう早急なマニュアルの整備が求められます。 利用者の状況やサービスの状況は、サービス提供記録として利用日ごとにバイタルや利用中の様子を記録し、個人ファイルとして保管され、夜間は鍵付き書庫にて管理しています。ただし記録にどのようなサービスが提供されていたのかまでは確認できませんでした。個別援助計画で立案された計画に則ってケアがどのように提供されているのか等、もう少し具体的な記載が求められます。 毎日行われるミーティングでは、利用者の心身の変化や得られた情報などを話し合い、情報共有を行っています。またその内容はミーティング連絡ノートで全職員に共有されるような仕組みとなっています。 サービス提供時の状況は、連絡帳に記載されており、送迎時に職員より直接家族へ詳しく伝えています。			
(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)		法人内に感染症予防委員会が設置され、委員会メンバーが中心となり感染予防マニュアルが定期的に見直されています。また委員会メンバーによる事業所内での勉強会が行われており、全職員が感染症予防についての理解が深められるようになっています。 事業所内の清掃は職員で行われ、テーブルや椅子などの備品まで消毒が行われています。特にトイレは1日2回の消毒・清掃が行われる等、臭気対策が徹底されています。収納スペースとしての確保が難しい中、利用者から見えないような配慮を行い整理整頓されていることが見学時に確認できました。			
(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)		事故・緊急時マニュアルがあり、組織図により指揮命令系統が明確となっています。また緊急時連絡網は、職員から見えやすい位置に掲示されています。 事故・緊急時の対応について、新人研修と全職員を対象に年1回の研修が行われています。 事故が発生すれば、事故当日のミーティングにて必ず話し合いを行い、事故の振り返りを行っています。また月に1度行われている事業所会議においても事故再発防止についての再検討を行っています。 火災対応マニュアルが整備されており、火災訓練が年2回行われています。そのうち1回は消防署立会いとなっていることが火災訓練報告書で確認できました。また昨年の台風での停電を経験し、新たに今年度より委員会を設置するなど、積極的に地域へ働きかけを行おうとしていることが伺えました。			

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
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)	利用者の楽しみである「食事」「入浴」等の基本的なサービス提供に重点を置きながら、人権やプライバシーに配慮され、利用者個人の尊厳を大切にしている取り組みとして勉強会を実施しています。法人内の各事業所からメンバーを選出し、構成された各種委員会（「事故防止対策委員会」「サービス向上委員会」「教育委員会」等）により、様々な研修が実施されています。職員が常に問題意識を持ち、適切なサービスの提供につなげ、不適切なケアや事故に繋がりにくい対応にも注意が行き届く体制となっています。 現在、利用申込の待機者はありませんが、今までも基本的に申し込みは断らず、重度の認知症の方や、医療依存度の高い方であっても可能な限り受け入れる体制となっています。				
	(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。	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)	利用者や家族からの意見・要望の把握は、「意見箱」「直接の聴き取り」「利用者アンケート」により行われており、積極的に利用者や家族の意見・要望を汲み上げる取り組みとなっています。玄関先に設置された「意見箱」に入った内容については、匿名性を保つ方法で玄関先のボードに一覧掲示されており、意見・要望・感謝の言葉が関係者全員に周知できる工夫がなされています。 出された意見・要望に対しては、毎日行われるミーティング、また月1回行われる運営会議で検討され、さらに事業所以外の意見を必要とする場合は、事業マネージャへも相談できる組織体制となっています。利用者や家族の苦情相談に対しては、重要事項説明書においてその対応方法を明記すると共に、その申立てや相談の外部窓口として「居宅介護支援事業所」「区役所の担当部署」「京都府の相談先2件」が明記されています。ただし、市民オンブズマンや介護相談員等第三者へ相談できる取り組みまでには至っていませんでした。				
	(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。	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	B	
	(評価機関コメント)	今年度「利用者満足度アンケート」を実施し、現在アンケート結果を法人本部において集計中です。集計結果がまとめられた後、事業所において多職種間で話し合い、次年度の事業計画となるような仕組みとなっており、事業所のサービスの質向上につなげています。職場環境や業務体制をより改善しようという取り組みもみられ、職員間で意見交換しやすいアットホームな雰囲気の中、良好な職場環境であることが職員ヒアリングからも伺えました。更なる職員の資質と利用者満足度の向上に繋がっていくことが期待されます。 月1回開催される運営会議において、サービスの質向上に向けた話し合いが行われ、緊急性の高い内容については、その日の事業所内ミーティングで検討されています。 アンケート結果は、職員のみならず、利用者や家族にも開示できるようにしています。年1回の自己評価結果と第三者評価結果から課題を明確にし運営会議にて検討、事業計画に反映させています。しかし3年前の第三者評価で指摘された業務マニュアルの整備については改善が確認できるまでには至っていません。				