

様式 7

# アドバイス・レポート

平成30年3月13日

平成30年2月9日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた東九条のぞみデイサービス様につきましては、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. 労働環境への配慮</b></p> <p>昨年4月にリフト浴の機械が入れ替えられ、職員の身体の負担軽減につながっていました。有給休暇の取得率も高く、子育てのために時間短縮で勤務している職員もあり、職員の状況に応じた対応がとられ、働きやすい環境が整えられていました。</p> <p><b>2. 災害発生時の対応</b></p> <p>地域自治連合会と防災協定を結んでおり、マニュアルも作成され、学区防災訓練にも参加されていました。施設の訓練には消防団も参加されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 地域への情報公開</b></p> <p>法人が発行する機関誌「のぞみ」(年2回)に加え、事業所が「のぞみ通信(毎月)」を発行しており、地域住民へサービスの情報の広報は行われていましたが、情報の公表制度の内容の広報は不十分でした。</p> <p><b>2. サービス提供にかかわる記録と情報の保護</b></p> <p>日常のサービス記録は個人情報保護マニュアルに基づいて整備しており、利用者の状態を具体的に記録していました。また、職員会議内で個人情報に関する研修を実施していましたが、記録の持ち出しについての規定がありませんでした。</p> <p><b>3. 第三者への相談の機会の確保</b></p> <p>第三者委員を設置し重要事項説明書に記載や玄関に掲示していましたが、外部の人材による利用者の相談の機会はありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>1. 地域への情報公開</b></p> <p>利用者、地域に向けたサービスの内容についての情報公開に加え、事業所の基本情報など、介護サービス情報の公表制度を活用することを目的とし、ホームページからアクセスできる仕組みを作られてはいかがでしょうか。多くの方に事業所の取り組みを知って頂くことができ、利用につながるのではないのでしょうか。</p> <p><b>2. サービス提供にかかわる記録と情報の保護</b></p> <p>基本的には利用者の個人記録は事業所外への持ち出しを想定されていませんが、利用者の状態が急変し、緊急搬送が行われる際には持ち出すことも考えられます。個人情報保護の観点からも、是非持ち出しに関するマニュアルを作成されることをお勧めします。</p> <p><b>3. 第三者への相談の機会の確保</b></p> <p>外部の人材による利用者への意見・要望等の聞き取りをすることで、利用者が直接職員に言いにくいような意見も収集することが可能になるのではないのでしょうか。積極的に多趣のボランティアの受入をされていますので、外部の相談員をボランティアや退職者等に委嘱をされて取り組まれてはいかがでしょうか。その際、短時間の研修を実施して事業所の運営や相談業務の理解を深めてもらうことで、より利用者や家族の要望の効果的な聞き取りが可能にな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	2670500061
事業所名	東九条のぞみ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)	介護老人福祉施設・短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護・介護予防通所介護 居宅介護支援・介護予防支援
訪問調査実施日	平成30年2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。	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. 法人理念を事務所前に掲示し、各職員の名札の裏側に明記されていました。法人の機関誌「のぞみ」（年2回発行）に記載し、本人、家族、支援事業所などへの周知を図っていました。 2. 法人内で理事会や各種会議が設定されていました。事業所にて開かれる月1回の経営会議、運営会議、各種委員会（安全衛生・サービス向上・食事）や、毎日行われる介護・看護職員が出席する終礼ミーティングにて、現場の意見がまとめられ、意思決定の仕組みがありました。		
<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。	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	B
	(評価機関コメント)			3. 法人にて長期計画が策定されていました。また、単年度の計画は、法令遵守・事業運営・サービス向上・地域活動／広報・職場環境・その他に分けられ、前年度の振り返りや分析が行われ作成していました。 4. 通所介護にて接遇・研修・マニュアル整備・外部の視点・チームワーク・人材育成・職場環境の課題を設定していました。終礼ミーティングで意見を出し合い、半年ごとに評価していました。		
<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。	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. 施設長は外部で開催される経営関係の研修に参加していました。また法令遵守に関する研修は、月1回開催される内部研修にて、職員への周知が行われていました。法令は誰もがみることのできる書庫に準備されており、不明な時は法人事務所が同フロアにあるため、すぐに質問できる状態にありました。</p> <p>6. 毎日の終礼ミーティングに加え、全職員対象のヒアリングが年2回行われおり、職員が意見を伝えやすい仕組みがありました。仕事だけでなくプライベートな内容についても話しやすく相談できると、ヒアリングにて聞き取りました。</p> <p>7. 管理者は日々のミーティングに参加し、状況把握に努めていました。また、休日を含む不在時には携帯電話を所持し、常に連絡が取れる状態でした。</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。	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)		<p>8. 介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員の受験料負担、資格更新研修の費用負担がありました。</p> <p>9. 法人内で、新人・中堅・管理者に対しての研修が行われていました。また、自主勉強会として、月に1回内部研修を行っていました。</p> <p>10. 実習生の受け入れマニュアルは法人で整備していましたが、実習指導者に対する研修は行われていませんでした。</p>		

### (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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>11. 昨年4月にリフト浴の機械が入れ替えられ、職員の身体の負担軽減につながっていました。有給休暇の取得率も高く、子育てのために時間短縮で勤務している職員もあり、職員の状況に応じた対応がとられ、働きやすい環境が整えられていました。</p> <p>12. 法人にてメンタルヘルスの維持のための仕組みが確立しており、パワーハラスメント、セクシャルハラスメントについての規定はありましたが、マタニティハラスメントについてはの記載については、現在検討中でした。</p>		

### (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	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>13. 法人が発行する機関誌「のぞみ」の他、事業所が発行する「のぞみ通信」があり、地域住民へサービスの情報の広報は行われていましたが、情報の公表制度の内容の広報は不十分でした。</p> <p>14. 地域の医療施設と定期的なカンファレンスを行い、支援方針についての協議や情報共有は行われていましたが、事業所が持つ機能の還元は行われていませんでした。</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
<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. ホームページやパンフレットで事業所の情報を提供をしており、施設見学希望や問い合わせ、体験利用者の記録も業務日誌に記録していました。			
<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. サービス開始時の面接や契約時にパンフレットや重要事項説明書を用いて説明、同意を得ていました。			
<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。	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. アセスメントは統一した様式を使用し、ニーズや課題を明らかにするために終礼ミーティングで討議していましたが、定期的なアセスメントは実施できていませんでした。 18. サービス担当者会議に出席し、利用者・家族から生活への意向を把握し確認していました。個別援助計画やサービスの提供内容について同意を得ていました。 19. 利用者の身体的な状況に応じて、介護支援専門員等と意見交換し、計画の策定に当たってはサービス担当者会議に出席していました。個別援助計画は居宅介護計画書との整合性も図られていました。 20. 計画の見直しを行う手順等が定められ、適切にモニタリングがおこなわれていました。また入退院時、利用者の状態や、援助内容に変化がみられた時は、計画の見直しも基準通りに行われていました。			
<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. 利用者の体調不良時には主治医と直接連絡を取り合っていました。また退院後、再利用される際には退院サマリー（看護要約）も入手していました。			
<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。	A	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)		22. 業務内容について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順）を整備し、それに基づいてサービスを実施していましたが、マニュアルの見直しの基準が定められていませんでした。 23. 日常のサービス記録は個人情報保護マニュアルに基づいて整備しており、利用者の状態を具体的に記録していました。また、職員会議内で個人情報に関する研修を実施していましたが、記録の持ち出しについての規定がありませんでした。 24. 申し送りや業務日誌の特記事項を活用し、職員間の情報の共有を行っていました。 25. 送迎時の情報共有や連絡帳、サービス担当者会議にて利用者家族との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。	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. 感染症の研修にて、手指消毒の方法なども周知されていました。また希望者には、法人が予防接種の費用補助を行っていました。 27. 日々の環境整備は職員が担当し、事業所内は清掃が行き届き、整理整頓されていました。		
<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	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	B
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)		28. 事故防止・緊急時マニュアルがあり、緊急時の連絡網を整備していました。また車両にも運転マニュアルを配備し、緊急時に対応する仕組みがありました。 29. 事故発生時には事故報告書を作成し、事故の原因や対応方法についての分析はしていましたが、その分析結果をマニュアル等の評価・見直しには活用していませんでした。 30. 地域自治連合会と防災協定を結んでおり、マニュアルも作成され、学区防災訓練にも参加されていました。施設の訓練には消防団も参加されていました。		

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>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. 法人の理念のもと、職員会議や終礼ミーティングで日常業務の振り返りを行い、人権に配慮した勉強会や研修会、また、虐待防止法の研修会を実施していました。 32. 利用者個々のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供が行われているかを職員会議や終礼ミーティングで話し合い、新たにパーテーションの購入をする等、具体的な方策を講じていました。 33. 原則、利用申し込みは断らない方針でしたが、エリア外で調整が出来ない時は同一法人の他の事業所または近隣の事業所を紹介していました。		

(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	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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>34. 送迎時の情報共有や連絡帳の活用で本人、家族とのコミュニケーションの機会を設け、年1回のユーザーアンケートで意見や要望を把握していました。また、利用者の個別の面接や懇談会を定期的に開催していました。</p> <p>35. 年1回のユーザーアンケートで利用者や家族の意向を把握し、苦情に関しては、苦情解決のための実務マニュアルに沿って個々に対応していましたが、改善状況の公開は行われていませんでした。</p> <p>36. 第三者委員を設置し重要事項説明書に記載や玄関に掲示していましたが、外部の人材による利用者の相談の機会はありませんでした。</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。	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	A
(評価機関コメント)		<p>37. 毎年ユーザーアンケートを実施し、集計した結果は法人単位で分析が行われていました。設問を同じ項目にすることで、どのように改善したかを比較検討できる仕組みがありました。</p> <p>38. 南区の事業所連絡会に参加し、また、法人の近隣三施設学習会交流会で事業所とのサービスを比較検討していました。</p> <p>39. 年1回の施設内監査が行われ、適正なサービス向上への検証が行われていました。</p>		