

アドバイス・レポート

平成 30 年 3 月 19 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 30 年 1 月 12 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（堀川こぶしの里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) 地域との交流</p> <p>「その人らしく生きる」という法人理念のもとに運営されており、堀川商店街の中で事業所運営がされていることを活かして、事業所として地域のお地蔵さんを預かったり、地域の理事を引き受けられたりされてきました。その中でご利用者がお地蔵さんの世話をされており、地域との交流がサービス運営の中でうまく作用している様子がわかりました。</p> <p>事業所前のバス停に椅子を置かれ、地域の環境整備に働きかけるなどもされていました。</p> <p>2) 個別状況に応じた計画策定と実施</p> <p>自立支援を意識した支援をされており、各テーブルに置かれた急須のお茶は、同席者にもお茶をいれるなど交流の効果も意識した工夫をされていました。自宅の花を定期的に事業所に持ってこられる方がおられたり、商店街に買い物に行く機会をもつなど個々のご利用者に応じた支援をされていました。</p> <p>3) 情報共有への工夫</p> <p>事業所独自の総括シートや、休憩室の様々な情報が記録された張り紙、情報共有のためのバインダーの使用など、活動の振り返りを促す様々な取り組みをされていました。これらの取り組みの結果として、地域との交流に力を注がれたり、個別の状況に応じたケアプランの作成につながっていると感じました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 事業計画の策定 事業計画は内容が具体的で職員も身近に感じられる内容で策定されていましたが、満足度調査を実施されておらず、ご利用者やご家族からの意見の把握、分析がされていない状況でした。</p> <p>2) 業務マニュアルの作成 マニュアルは作成されており見直しもされていましたが、マニュアルによっては更新時期も様々で、中には長期間の更新がされていませんでした。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価の受診が定期的にされていない状況でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 事業計画の策定 事業計画は、理念的なものだけでなく具体的であり、職員にとってもわかりやすいものになっていたのは非常に良かったのですが、満足度調査をされておらず、ご利用者やご家族の意向を分析し反映している状況が確認できませんでした。 意見を面と向かって言える関係だったとしても、やはり口に出しづらかったりするような思いも出てくるのではないかと感じます。ぜひ定期的な満足度調査を実施するなどしてご利用者の意向を把握し、分析と対応をしていければ、これまで以上に良い関係が築かれ、事業所の発展につながっていくものだと考えます。</p> <p>2) 業務マニュアルの作成 どんなによくできたマニュアルであっても、その内容を定期的に振り返らなければ、時代の変化に見合っていなかったり、職員への周知が薄れてきたりするものだと考えます。 マニュアルの更新機会を定期的にもつことで、内容に常に意識が及び、より実務的で役立つマニュアルになっていくのではないのでしょうか。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化 今回の第三者評価において、様々な取り組みをされているにも関わらず、具体的な取り組みの記載が少なかった状況がありました。第三者評価の受診を定期的にするすることで、事業所の取り組みを再確認することになり、事業所の強みを表現しやすくなるのではと考えます。ぜひ定期的な第三者評価の受診を検討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	2670200175
事業所名	堀川こぶしの里ディサービスセンター
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)	
訪問調査実施日	平成30年1月12日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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)「その人らしく生きる」という法人理念をもとに事業計画が立てられており、研修や広報誌、事業所内の掲示を通じて周知されていました。職員からのヒアリングからも理念への共感を確認することができました。2)業務担当表や組織図により組織体制を明確にしていることが確認できました。		
(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。	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。	A	A
	(評価機関コメント)			3)生活支援センター聚楽の中の事業所として、他の事業所と連携した事業運営をされており、協力関係も緊密に運営されていました。上半期、年度において事業計画の進捗を確認されており、課題の解決に向けて活動されていることが確認できました。アンケートを実施されておらず課題の把握や分析に課題があることが確認できました。4)事業所としての課題を設定されており、課題は具体的で分かりやすい内容になっていることが確認できました。休憩室に事業計画を掲示され、常に意識できるように取り組まれていました。		
(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組みを行っている。	A	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	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)法令を遵守するように会議内での周知を行っている事が確認できました。把握すべき法令について入職者への指導や会議内で指導されていることを確認しました。6)職員へのヒアリングを管理者、役職者を中心に行われており、事業所の中で管理者と職員が身近に話ができるようにしている環境を作られている事が確認できました。7)管理者の状況把握が機能するようにマニュアルの整備をされており実際に機能していることが記録から確認できました。事業所独自の個人総括シートの作成により、職員個々の取り組みを振り返り、マネジメントが行われている事が確認できました。		

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)	8)質の高い人材を確保育成するために法人単位での資格取得支援や対策講座を実施されていることが確認できました。9)本人の意向にそった研修受講をされるなど継続的な人材育成が出来るように取り組まれていました。10)実習担当を選任し、地域の学生の受け入れを行い、地域の同サービスの団体に加入し交換研修の受け入れをされていることを確認しました。実習担当者を選任されていますが、実習担当者に対しての研修は確認できませんでした。			
(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	A
		(評価機関コメント)	11)有給休暇や希望する休みがとりやすい環境であることが確認できました。12)法人単位でのカウンセリング体制を整えておられ、ストレス管理をされていることが確認できました。腰痛防止の学習会を開催されるなど職員の健康管理に取り組まれていました。			
(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)事業所が堀川商店街の中にあることを有効活用されており、商店街の理事にもなられており、地域のお地蔵さんを預かるなど地域に根差した事業所になるべく取り組まれている事が確認できました。14)地域のお祭りに主催者側として参加されており、近辺にあるインターナショナルスクールなども連携しながら地域のために活動されていることが確認できました。詩吟の会などサロンのような取り組みも積極的に推進されていることが確認できました。事業所前のバス停に椅子を設置するなど、地域に向けた環境整備にも取り組まれていました。			

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
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)ホームページやパンフレットを使用して情報提供をされていることが確認できました。			
(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)	16)ご利用者、家族、法定代理人に対して説明と同意を得てサービスを開始されている事が確認できました。請求を初めて行う際には、ご利用者やご家族に直接説明をするなどの工夫を実践されていました。			

(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)独自のアセスメントシートを使用し、ご利用者の状況把握をされている状況が確認できました。サービスを受ける中で自分自身の役割を感じていただけるように(お地蔵さんの世話や、自宅の花を持参する事など)工夫をされていました。また商店街に買物に出かける機会を持つなど個別のニーズに応じた対応をされていることが確認できました。18)ケアプランにはご利用者、ご家族の意向を反映して作成されていることが確認できました。19)必要に応じて医師などの専門家に必要なやり方を確認されていることが確認できました。20)毎月の会議を活用しモニタリングからのプランの見直しをされていましたが、計画に対しての記録が確認できずモニタリングがしにくい状況であることも確認できました。		

(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)		21)連絡帳を複数の事業所と共有することで、有効な情報共有が実践されている事が確認できました。		

(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。	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)		22)サービスを実施するにあたって各種マニュアルが整備されている状況が確認できました。更新はされていましたが更新時期が古いものもあり、一律の更新がされていないことが確認できました。23)記録はパソコンで管理され、個人のファイルは事業所に保管されており棚の中身がわからないようにするなど個人情報保護への配慮がされていました。研修については入職時の研修をされていることを確認しました。24)朝礼や会議により職員間の情報共有が実践されていることが確認できました。情報共有のためのバインダーやわかりやすい一覧表の作成など工夫が見られました。25)毎日の送迎時間を活用し、ご家族との情報共有に取り組まれました。懇談会も開催されていましたが、定期的な実施までは出来ていませんでした。		

(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)		26)感染症に関するマニュアルを整備されており、研修を行うことで対策と予防に取り組まれている事が確認できました。嘔吐があった際に対応できる準備がされていました。27)事業所内は臭いなども感じられず衛生管理に取り組まれていました。一方で限られた空間であるためだと思われるが、使用していない物品がサービス提供の空間に置かれた状態になっていました。		

(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。	B	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。	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	B
(評価機関コメント)		28)緊急時に対応していくためのマニュアルは整備されていましたが、研修や訓練の実施について確認することが出来ませんでした。29)事故対応マニュアルを整備し取り組まれています。実際にあった事故に対して更新時に反映するなどより効果的に再発防止につながる取り組みをされていることが確認できました。30)災害に対してのマニュアルを整備し、地域の訓練にも参加されていましたが、マニュアルは地域との連携が意識されたものにはなっていませんでした。		

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

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。	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)		31)虐待が疑われるケースを報告したケースがあるなど、人権の尊重に真摯に取り組まれている状況が確認できました。32)プライバシーに配慮されるように意識したマニュアル作成がされており、プライバシー保護に取り組まれていることが確認できました。事例を通じての会議内の勉強会も実施されている事が確認できました。33)利用者を断ったケースはないとのことでした。あったとしても必要な紹介など対応をしていかれることが確認できました。		

(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。	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	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)苦情報告書を作成されており、その内容が会議で検討、共有されていることが確認できました。35)苦情の対応についてマニュアルに定められており、法人の広報誌で苦情の数や種類、対応について公表をされていましたが、事業所単位での苦情内容や対応結果までは広報誌には掲載されていませんでした。36)第三者委員が設置されていることが確認できました。外部の人材による相談機会の確保については確認が出来ませんでした。		

(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	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。	B	B
(評価機関コメント)		37)利用者アンケートは実施されていましたが、1回/年という間隔では実施できていませんでした。38)事業所の職員だけでなく、厨房職員も入った会議を開催されているなど、質の向上に向けて積極的に取り組まれていることが確認できました。39)具体的かつ身近な内容で定められた課題と目標に対して質の向上に取り組まれている状況が確認されました。1回/3年以上の第三者評価受診については確認できませんでした。		