

# アドバイス・レポート

平成 30 年 5 月 14 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 3 月 9 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サニリージ 楓はうす ）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

|                     |  |
|---------------------|--|
| 特に良かった点とその理由<br>(※) | <p><b>1) 管理者等によるリーダーシップ</b></p> <p>事業所の管理者は日頃から全職員への声掛けや短時間の意見交換など行い、積極的に職員育成や職員の健康管理など率先して行動しておられ、職員からの信頼も厚く、そのリーダーシップは高く評価されます。</p> <p><b>2) 利用者・家族の希望尊重</b></p> <p>周辺地域に日曜日営業を行う事業所がない中、日曜日も営業を行われ、日曜日利用を希望される利用者・家族にとって途切れない介護サービスを提供しておられました。</p> <p>担当者会議には基本的に利用者の出席があり、利用者からサービスに対する希望を聴取されておられました。また利用者及び家族に対し満足度アンケートを実施し、家族からの意見の汲み取りにも努力されており、結果は広報誌を通じて公表されておりました。ただ、ホームページ上にはアンケート結果が公表されていませんでした。広報誌を入手できない方が、利用者や家族からの事業所に対する評価が知りたいと思われる場合のためにも、アンケート結果のホームページ上での公表が望まれます。</p> <p>利用者の日常生活動作（ADL）の状態に応じた3タイプの入浴設備（個浴、リフト浴、機械浴）を設置され、お一人おひとりの状況に合わせた個別の入浴支援をされており、安心してサービスを受けられる体制となっています。</p> <p><b>3) サービスの提供</b></p> <p>ハード面に制限のある中で、様々な工夫があり、落ちついた雰囲気の中で利用者が過ごされておりました。「前のとこ（以前利用の事業所）よりゆっくり出来てええわ」と利用者からの声も聞く事ができました。利用者の好みに応じて選択できるレクリエーションを提供されるなど、個別のニーズに合わせた良い取り組みが行われておりました。</p> <p>また、楓はうすに初めて就業する方でもわかりやすいオリジナルのマニュアルを作成されておりました。その内容は始業前の業務従事に対する心構えに始まり、一般的な介護手順のみならず、各介護業務における事業所個別のルールなどについても理解しやすいように表記されておりました。送迎時に家族から聞き取った情報を各職員が（貼り剥がしが可能な）メモ用紙に記録し回覧ボードに貼付集約し、そのボードを見る事により当日利用者のサービス提供に必要な情報を一覧できるようにして、職員間での情報共有に工夫されるなど、サービスの質の向上に取り組んでおられました。</p> |
|---------------------|--|

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>1) 災害発生時等の避難訓練の実施</b><br/> 災害発生時等の緊急時避難訓練の実施が確認できませんでした。</p> <p><b>2) 労働環境への配慮</b><br/> 事業所建物の構造上 2 フロアでのサービス提供を行われていますが、職員体制の関係上、上下階へ職員の移動が頻回になり職員への負担がある様に感じられました。</p> <p><b>3) 事業所の自己評価の実施</b><br/> 自主点検は行われていましたが、施設（法人）独自の自主点検は行われていませんでした。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p><b>1) 災害発生時等の避難訓練の実施</b><br/> 事業所は防災マップ上からも「水害」や「土砂災害」は想定されないとのこと。ただ、火災や地震はどのような立地にあっても発生が想定されず。年に 1 回程度は「火災」又は「地震」を想定し、各フロアから地上階へ避難する手順を確認される目的で「避難訓練」を行われることが望ましいと考えます。特に階下からの火災発生の場合、どのようにしてどこへ避難するかを定め避難訓練を実施されることが望ましいと考えます。消防署の立ち会いのもと火災避難訓練を実施され、職員が消火器の操作訓練等初期消火の知識を会得することが必要ではないでしょうか。</p> <p><b>2) 労働環境への配慮</b><br/> 事業所の建物構造上 2 フロアでのサービス提供を行われています。各フロア相互の職員連携は、内線電話を用いておられましたが、職員体制の関係上、上下階への移動が頻回になり職員の負担感があるように感じられました。近年、福祉施設においては、少数の介護職員による利用者への見守り強化や、他職員の応援を求める際の効率化のため、インカム（小型携帯無線機）を採用される事業所が増えているようです。インカムを導入されれば、上下フロアの職員間の連絡において内線電話までの移動が省略でき、また送迎車到着時に 1 階の送迎出入口において、送迎担当職員から 2 階、3 階のインカムを携帯している全職員へリアルタイムに利用者の到着を周知できると思います。介護職員の労働環境改善と利用者の事故予防の目的で導入を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 事業所の自己評価の実施</b><br/> 自主点検表は、人員・設備・運営に関する基準及びサービスに要する費用の算定が法に抵触していないかを確認するための点検表ですので、サービスの質を振り返る目的で、別途事業所独自に評価項目を定めて自主的な点検を行われることが望まれます。第三者評価に用いるチェックシート等を活用され、毎年継続して自己評価されてもよろしい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                    | 2673100174           |
| 事業所名                     | デイサービスセンターサニーリッジ楓はうす |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所介護                 |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) |                      |
| 訪問調査実施日                  | 平成30年4月27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 |
| <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)理念はホームページや事業所内各フロアに掲示され、毎日のミーティングや年2回の管理者による職員面談時に確認されていました。2)法人内の管理者会議や事業所内での管理者面談において案件別に意志決定される仕組みを作っておられました。   |      |       |
| <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    | A     |
|                            | (評価機関コメント)        |     |    | 3)法人および事業所として中長期計画を定め、評価、見直しをされていました。4)個々の職員に対して年2回の自己評価を課し、管理者評価を実施し、課題達成に努力されていました。  |      |       |
| <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)        |     |    | 5)法人内、施設内研修の記録から法令遵守の姿勢が確認できました。6)管理者は、年2回パートを含む全職員にヒアリングを行われていました。ヒアリングシートには管理者に対する要望等を意見として記載できる欄を設け、職員からの管理者への信頼を確認されましたが、職員の匿名性は担保されていませんでした。7)管理者は、常時サービス提供現場において指揮されていました。 |      |       |

| 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>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。  | 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)資格取得のための貸付金制度を設け、職員の資格取得をサポートする体制が整えられていました。9)事業所会議の時間を活用し、定期的に研修を行い職員の質の向上に積極的に取り組まれています。10)実習依頼が無いため実習生は受け入れておられませんでした。実習生受け入れの研修はされていないとのことでした。 |      |       |
| <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)    |    | 11)有給休暇の管理や残業時間の把握を行い労働環境の改善に取り組まれています。12)職員の業務上の悩みやストレスに関しての相談先は医師である理事長が行われているとのことですが、相談者の匿名性を担保した相談先(外部機関等)の確保が望ましいと思われれます。                       |      |       |
| <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。   | 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)広報誌を通じて事業実施状況を地域へ発信されるほか、法人として年1回「地域交流感謝祭」を行われています。14)法人内の地域包括支援センターと事業所職員が協力して、介護相談などを行ない、法人傘下の事業所の技術や情報を地域に提供されていました。                           |      |       |

| 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>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、広報誌等で必要な情報を提供されていますが、受診事業所に関するホームページの情報更新が若干滞っているように感じました。 |      |       |
| <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)費用負担等については重要事項説明書等により説明、同意を得られています。また、成年後見制度を利用されている方も確認しました。            |      |       |

| (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)18)ケアプランマニュアルがわかりやすく作成され、個別援助計画の策定、実施、記録、見直しの各過程において一貫して展開されていることを確認しました。19)カンファレンスやモニタリング等も各種専門職と協働して行われています。20)個別援助計画の見直しは6ヶ月毎に行われていました。  |   |   |
| (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)乙訓医師会発行の在宅療養手帳を用い、利用者に関わる医療・介護関係機関との連携が図られています。   |   |   |
| (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 | 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。   | 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)サービス提供時の各業務における丁寧な手順書には、始業前の心構えについても盛り込まれわかりやすく作成されていました。23)サービスの提供状況等の記録は適切でした。24)送迎時に得た情報を送迎担当職員が、「本日の情報ボード」へ情報を書いたメモを貼り付け、ボードを見ることにより、当日の利用者情報を全職員が一目で共有できるよう工夫されていました。25)乙訓医師会発行の在宅療養手帳を用い、家族との情報交換を行われていました。 |   |   |
| (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)詳細な感染症マニュアルを確認しました。27)物理的に制約がある構造の事業所ではありませんが、整理整頓・衛生管理に配慮されていることを確認しました。   |   |   |
| (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 | 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。  | B | B |
| (評価機関コメント)        |    | 28)29)事故報告書やヒヤリハット報告書を確認しました。事故発生後は、その内容を全職員と共有し、事故の再発防止対策が行われていることが確認できました。30)火災発生時に対する訓練は行っておられませんでした。   |   |   |

| 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)プライバシー要綱に利用者の尊厳保持を謳っておられ、利用者の人権等について会議や勉強会においても確認されていました。32)同性入浴介助希望者には、希望に沿った入浴方法を提供され、静養のためのベッド利用の際にはパーテーションを設置されるなど、プライバシーへの配慮が確認できました。33)利用者の決定は公平・公正に行われていました。          |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |   |      |       |
|                         |     | 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    | 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。   | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | 34) サービス提供時や送迎時に、利用者、家族からの意見・苦情・要望等を汲み上げているとのことでしたが、個別の面談や定期的な懇談会の実施が確認できませんでした。35)36)（苦情を含む）投書箱を各フロアに設置し、利用者・家族アンケートを実施し結果の公開も行われていました。1回あたり2名、向日市から派遣される介護相談員を月2回受け入れておられました。 |      |       |
| <b>(3) 質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |   |      |       |
|                         |     | 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    | C     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | 37)利用者・家族アンケートを行われ、広報誌において結果を公開されていました。38)乙訓地域の通所事業者6事業所が参加する会議に出席し、他事業所の取り組みを検討されていました。39)自主点検以外の自己評価は行われておらず、第三者評価も5年振りの受診でした。  |      |       |