

様式 7

アドバイス・レポート

平成30年12月10日

平成30年10月31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 きたえる～む長岡天神様につきましては、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
(※)

1. 質の高い人材の確保

人事管理に関する方針は就業規則で明確にし、事業責任者や管理者、リーダーが出席する「リーダー会議（事業所意思決定最高会議）」で随時人員配置などについて検討されていました。また新規採用時には面接と採用適性検査で判断し、結果を採用後の人材育成に活用されていました。さらに資格取得支援として、実務者研修や各種資格受験費用の全額事業所負担、取得時の報奨金制度、特別休暇制度（5日/年）の質の高い人材確保に取り組まれています。

2. 地域への貢献

乙訓地域に利用者の情報を関連事業所や家族などと共有できる「在宅療養手帳」の仕組みがあり、運用に関する委員を担い参画することで、地域の課題把握に努めていました。さらに定期的に行われる医師会主催の地域住民向け一般講座企画を担うことで地域貢献に取り組まれています。

3. 多職種協働

利用者にかかわる専門職の共通の情報共有ツールとなる乙訓医師会の在宅療養手帳委員会に参加し、「在宅療養手帳」を活用することにより、多職種と連携が図られていました。また利用者からは「事業所以外の機関とも連携を取ってしてくれるので、体調のことなどをわかってくれるから安心して利用できる」との声もありました。

特に改善が望まれる点とその理由（※）	1. 業務レベルにおける課題の設定 部門ごとの課題は設定されていませんでした。 2. 継続的な研修・OJTの実施 経験年数、階層、職種に分類された体系的な研修を実施されていましたが、実施した記録がありませんでした。 3. 業務マニュアルの作成 フランチャイズ本部策定のマニュアルがありましたが、見直しの規定がありませんでした。
具体的なアドバイス	1. 業務レベルにおける課題の設定 小規模事業所のため、ワンフロアに全ての専門職が協働しています。機能訓練指導員、看護職員、介護職員の役割は職務権限表、役割分担表でも明確に分けられていましたが、業務レベルにおける課題が設定されていませんでした。役割分担だけでなく、業務の課題を明確にされることで今以上の連携が強化され、サービスの向上につながるのではないのでしょうか。 2. 継続的な研修・OJTの実施 体系的な研修体制を構築して実施されていますので、実施した結果を事業所として記録に残し管理されてはいかがでしょうか。職員毎の過去に受講した研修を把握することで、今後の段階的成長を計画する手立てとなるのではないのでしょうか。 3. 業務マニュアルの作成 フランチャイズ本部策定のマニュアルは業務手順、記録の書式・記載方法等の内容が多くありました。マニュアルの更新について、更新の日付や、見直しにあった基準（年に1回の更新、満足度調査結果や苦情、自己の分析等を反映する）も作成されてはいかがでしょうか。本部作成のものに基づいた、事業所としてのマニュアルを作成すると、実務に即したマニュアルになり、より使用しやすいものになるのではないのでしょうか。

※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	2673000572
事業所名	デイサービスきたえる～む長岡天神
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11月14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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1. 理念・運営方針は事業所内に掲示、朝礼時に唱和されていましたが、ホームページやパンフレットへの記載がなく外部への周知はありませんでした。 2. 月1回開催されるリーダー会議（法人の各部門のリーダーが出席）に事業責任者が参加し、職員全員が参加する夕礼（毎日）・カンファレンス（月1回）、ランチミーティング（年2回）で話し合われた意見を運営に反映させる仕組みがありました。			
(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	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		3. 中・長期計画が作成されていませんでしたが、単年度の目標として、「3つのしんか」（進化・深化・真価）をスローガンに掲げ、充実した研修が行われていました。またお客様アンケートは年に2回実施し、目標設定に反映していました。 4. 部門ごとの課題は設定されていませんでした。			
(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。	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。	B	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. 経営責任者や運営管理者は法令遵守の観点での研修に参加していましたが、法令のリスト化はしていませんでした。介護に関する法令の変更時などは、フランチャイズ本部より法令に関する資料が送付され、夕礼やカンファレンス時に全職員へ周知していました。 6. 全職員を相互に評価するキャリアアップ評価を導入しており、職員だけでなく、管理者も評価する仕組みがありました。 7. 職員事務所は2階に設置されていましたが、1階の様子がわかるように吹き抜け天井で会話が聞こえるような工夫や、モニターで確認できました。また管理者不在時には、権限移譲できる案件が決まっており、適切に対応した記録がありました。
--	--	------------	--

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。	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	B
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. 人事管理に関する方針は就業規則で明確にし、事業責任者や管理者、リーダーが出席する「リーダー会議（事業所意思決定最高会議）」で随時人員配置などについて検討されていました。また新規採用時には面接と採用適性検査で判断し、結果を採用後の人材育成に活用されていました。さらに資格取得支援として、介護福祉士実務者研修や各種資格受験費用の全額事業所負担、取得時の報奨金制度、特別休暇制度（5日/年）の質の高い人材確保に取り組まれていました。 9. 経験年数、階層、職種に分類された体系的な研修を実施されていましたが、実施した記録がありませんでした。 10. 実習受入に関する基本姿勢は明文化し実習受入れをしていましたが、連絡窓口や実習方法などの詳細なマニュアルではありませんでした。		

(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。	B	B
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. 歩行訓練機器の安全装置設置による利用者見守りに要する負担軽減や、携帯端末による利用者状況の動画・写真記録で業務効率化を図るなど職員の負担軽減に取り組まれていました。有給休暇や時間外労働データの状況は事業所では把握していませんでした。 12. 人事考課360度評価（職員間、上長と部下間の評価）や職員向けのシャワールーム完備、どんな事由でも取得できる「ハッピー休暇制度」に取り組むことで職員のストレス軽減を図っておられましたが、職員のメンタルヘルスに関する相談機会は確保されていませんでした。		

(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。	B	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	A
(評価機関コメント)		13. ホームページやパンフレット、事業所のチラシBOXで事業所情報を公開されていますが、介護サービスの情報の公表制度の周知がありませんでした。 14. 乙訓地域に利用者の情報を関連事業所や家族などと共有できる「在宅療養手帳」の仕組みがあり、運用に関する委員を担い参画することで、地域の課題把握に努めていました。さらに定期的に行われる医師会主催の地域住民向け一般講座企画を担うことで地域貢献に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. パンフレット、ホームページに利用内容が写真等で工夫されていました。見学時も受付表、体験見学問診票でアセスメントを行い受け入れていました。			
(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。		B	B
	(評価機関コメント)		16. 地域別の料金表を用意し、居住地に合わせた料金の説明ができる書類を用意していましたが、成年後見人制度、日常生活自立支援事業の活用推進のための仕組みがありませんでした。			
(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. 事業所独自のアセスメントシートを作成し、要介護、要支援とアセスメント更新期間を定め、専門家の意見を聞き取りアセスメントを行っていました。 18. 利用者から希望を聞き取り、個別援助計画の目標に設定されていました。サービス担当者会議には利用者本人が参加していました。 19. サービス担当者会議に事業所の職員が参加し、事業所外の専門職の意見も踏まえたうえで、事業所内の看護師、機能訓練指導員とも情報共有し個別援助計画を立案していました。 20. 基本的には1ヶ月1回見直しを行い、3ヶ月に1回利用者本人が状況の確認をする仕組みがありました。居宅介護支援事業所には1ヶ月に1回状況報告を行っていました。			

(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。	B	A
(評価機関コメント)	21. 乙訓医師会の「在宅療養手帳」を利用し、他機関との連携を図る仕組みが整っていました。利用者の退院時にもカンファレンス参加や介護支援専門員からの情報提供が行われていました。			
(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	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. フランチャイズ本部作成のマニュアルがありましたが、見直し基準がなく更新日時が記載されていませんでした。また、苦情や利用者のアンケート内容、事故防止策がマニュアル見直しに反映される仕組みがありませんでした。 23. サービス実施計画に基づくサービスが個人実施記録ファイルに記載されていました。記録に関する規程はありましたが、記録の管理に対する研修がありませんでした。 24. タレ時や月に1回行われるカンファレンスで情報共有をしていました。事務所内にあるホワイトボードを利用し、利用者の最近の心身の状況を書き込み、出勤時に確認できる仕組みがありました。 25. 家族とは、日々の送迎時に情報を得るとともに、3ヶ月に1回は居宅訪問を行い面会する機会を設けていました。迎え時に体調不良や転倒事故があった時には、家族に直接説明を行う等の機会を設けていました。			
(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。	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. 感染症のマニュアルが作成され、事業所内で感染予防勉強会を実施していました。感染症がある利用者が利用された場合の注意事項、対策をタレで周知し、記録してありました。 27. 事業所内は整理整頓が行き届いていました。トイレ等の清掃の確実なチェックで適切に衛生管理していました。			
(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。	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	B
(評価機関コメント)	28. 事故や緊急時の対応や指揮命令系統はマニュアルに記載がありました。急変時の対応の研修を行い、実際の連絡系統の確認を行っていました。 29. フランチャイズ本部でヒヤリハット検証委員会が行われ、事故やヒヤリハットについての検討事項が事業所に伝えられていました。事故発生時に報告書の作成はありましたが、組織としての対応記録、家族や関係者への説明が確認できませんでした。 30. 消防訓練、災害訓練が年に1回ずつ行われていました。防災計画も作成されていましたが、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。			

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。	A	B	
	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. 毎日のタレ時に振り返りをしていました。さらに高齢者虐待防止法についての研修も実施していました。 32. 個々のプライバシーへの配慮はマニュアル等に記載し、実施されていましたが、勉強会や研修は実施していませんでした。 33. 機能訓練専門と掲げており、車いすを使用する通所困難な方に対しては、その旨を丁寧に説明し、介護支援専門員と連携していました。			
	(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てている。	B	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. 送迎時や利用中に家族や利用者からの意見を聞く機会を設けていました。さらに年2回実施されるアンケートには自由記述でも意見が記入する欄がありました。 35. 利用者の意向は、その状況に応じ対応していましたが、改善状況の公開はしていませんでした。 36. 相談苦情の窓口が公的機関のみで、事業所関係者以外の第三者を相談窓口には設置していませんでした。			
	(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てている。	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。	B	C	
	(評価機関コメント)		37. 毎回アンケートは同形式で実施されており、サービス改善の結果を検討していました。 38. 小規模事業所の強みを活かし、全職員が参加の検討体制が整えられ、サービス改善への具体的な取り組みがありました。 39. 個々の利用者に対するケアの質のチェックは実施していましたが、組織の運営に対する評価は実施していませんでした。また第三者評価は今回が初めての受診でした。			