

# アドバイス・レポート

平成 31 年 3 月 26 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 31 年 2 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市高野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

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1) 労働環境の整備</b></p> <p>産業医と共に、看護マネジャーが職員のストレスチェックを行い、ストレス度の高い職員に対しては、産業医との面談やメールで相談できる機会を設けておられます。また、福利厚生として年 1 回利用できる交流費の補助を活用して、職員同士の交流を促し、ストレスの解消に繋がる仕組みがありました。有給休暇以外にも夏季冬期休暇をとれるようにされている点や資格取得に対する祝い金などが評価できます。</p> <p><b>2) 地域との交流</b></p> <p>総合支援学校からの実習生の受け入れを行い、実習活動を通じてご利用者と生徒との交流が図られていました。この事は、それぞれのニーズ（就労支援、地域交流など）が満たされる取り組みとなっており、社会貢献の一環として評価できます。</p> <p><b>3) サービスの提供</b></p> <p>機能訓練スペースが広くとられ活気のある様子が窺えました。職員ヒアリングでも機能訓練を取り入れてからご利用者の生活の張りに繋がり、在宅生活を維持する為に、機能訓練が必要と感じてもらうこともでき、“階段を上るために頑張る”などやる気に繋がっているとの話がありました。また、デイサービスを利用するとポイントが付き、それが貯まると外出等の希望が叶えられるという“ポイント制度”の導入はご利用者の出席意欲の向上や積極的な課題への取り組みに繋がっていて良いと思います。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1) 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>理事長への意見箱が設置されており、直接意見が届く体制はとられていましたが、事業所の管理者自らの行動について、評価する方法が確認できませんでした。</p> <p><b>2) 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>ご利用者へのアンケートを実施し、結果を玄関に掲示されていましたが、意見・要望・苦情についての公開がされていませんでした。又、送迎時にご家族からの要望等は、随時職員が確認されているとのことでしたが、定期的にご利用者の意向や満足度を確認する機会を持っておられませんでした。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>3) 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>第三者評価は、3月年に1回受診されることが望ましいとされていますが、今回4年ぶりの受診とのことでした。また、自己評価についても実施されていませんでした。サービスの質の向上のためにも、定期的に自己評価を行い、PDCA（計画・実施・チェック・改善）の実施に恒常的に取り組まれてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>法人内の他事業所で行われている「所長の通信簿」を次年度からは取り入れられるとのことでしたので、それをもとに、管理者の行動について振り返る機会にして頂ければと思います。</p> <p><b>2) 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>意見や苦情の公開ができていない点については、アンケート結果と同じように玄関に貼りだしたり、広報誌で改善結果として周知するなどされると、ご利用者の安心感に繋がると思います。又、利用者懇談会もクリスマス会等の行事に合わせて、ご家族も一緒に参加していただけるような形で開催することで、ご利用者がデイサービスでどのように過ごしておられるのか、確認して頂ける機会にもなるのではないのでしょうか。また、運営懇談会を開催することで、ご家族同士の横の繋がりもできるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>過去には、法人による内部監査を実施されていたとのことですので、その内容を基に、自己評価表を作成されてはいかがでしょうか。「評価の実施と課題の明確化」については、前回の第三者評価でも改善が望まれる点として挙がっていました。定期的に第三者評価を受診し、課題を改善するため、委員会の立ち上げ等を行い、改善にむけて組織的に取り組む体制を作り、サービスの質の向上を図ら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	2670600291
事業所名	京都市高野老人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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成31年2月19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。	B	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) 法人のホームページや機関誌を通じて情報提供されており、利用者や家族の理解が深まる仕組みがあります。2) 職務権限については、管理規定に定められています。また会議も常任理事会(月1回)、管理者会議(月2回)、運営会議(月1回)、所長会議、職員会議と体系づけられています。			
<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) 法人の事業計画に基づき、職員会議で検討し、デイサービスの事業計画を策定していました。また、半年で見直し、進捗状況の確認も行われていました。4) 事業計画を半年に1回、職員会議で確認し、目標の達成度を確認されていました。			
<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。	B	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。	B	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)		5) 関連する法令等のファイルが作成されており、周知し理解を深めるための体制を整えられています。6) 管理者の評価について、現在は実施できていませんが、同法人の他のデイサービスセンターでも実施されている、「所長の通信簿」を作成される予定とのことでした。7) 管理職は職場携帯にていつでも連絡を受けられ、指示をだせる体制をとっておられます。			

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
<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。	B	B
		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。	B	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) 人員確保・採用についての基準は設けておられず、現在検討中とのことでした。9) 新人職員1名に先輩職員1名が指導者として対応するプリセプター制度に基づいたフォロー体制があり、気づきを促す仕組みとなっています。10) 実習指導者に対する研修は実施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。	B	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	A
		(評価機関コメント)	11) 法人に人事委員会が設置されており、職員の労働実態の確認と分析、対策が検討され実施されています。12) 理事長への意見箱の設置や産業医へのメール相談、事業所の上司によるヒアリングの機会など、職員の要望や思いに対応する体制があります。			
<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) 法人のホームページ、機関誌を活用し地域へ情報開示及び情報発信されています。また、併設する事業所（地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所）や他法人事業所との連携を図ることで、地域行事への参加や研修や勉強会を開催するなど、地域との関わりを持たれています。14) 地域にある東山総合支援学校分校の生徒がご利用者との交流を通じ社会貢献活動ができるように支援されています。			

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
<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) パンフレットに事業所情報等具体的な内容を記載し、説明されています。			
<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) 目の不自由な方には、字を大きくしてサービス内容や利用料金を説明するなど工夫されています。			

### (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	A
(評価機関コメント)		17) 所定の用紙でアセスメントを実施されています。18) ご利用者・ご家族への聞き取りを行い、個別援助計画に反映されています。19) サービス担当者会議に参加し、個別援助計画に専門家の意見を取り入れておられます。20) 3か月に1回、全職員が参加するケース検討会議で通所介護計画の見直しを行われています。		

### (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) 退院前カンファレンスに相談員が参加されています。		

### (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。	B	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) 各部署から選ばれた職員がマニュアルの見直しを行われています。23) 法人内研修の職員の心得で、管理体制について研修が行われています。24) 月3回ケース検討会議を実施され、ご利用者の処遇について情報共有されています。25) 日々の様子は連絡ノートを使用してご家族等との情報交換が行われています。		

### (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。	B	A
(評価機関コメント)		26) 産業医監修のもと、マニュアルを作成し、研修も実施されています。27) 毎日終業後に掃除を行っておられ、臭いも気になりませんでした。		

### (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。	B	A
(評価機関コメント)		28) 法人全体のマニュアルが作成され、法人での研修は実施されています。今後、通所介護に特化したマニュアルを作成中とのことでした。29) 事故等が発生した際は、当日のうちに検討し、改善策を作成されています。30) マニュアルに基づいた訓練が行われています。		

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
<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)利用者本位のサービス提供や尊厳の保持、高齢者虐待防止法について法人全体で研修が行われています。 32)法人の全体研修でプライバシー保護に関する研修を行い、業務後のミーティングでも具体的な対応について検討されています。 33)基本的に利用を断られることはありませんが、受け入れられない場合は他の事業所を紹介されているとのことでした。			
<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。	B	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)	34)年1回の利用者アンケートのほかにも利用ノートや送迎時の確認、職員が随時聞き取りをするなどして、ご利用者の意向を確認されています。利用者懇談会は開催されていませんでした。 35)受け付けた苦情や事故について月1回第三者委員に報告されています。受け付けた苦情・要望等の内容についての公開はされておらず、ホームページ等で公開することを検討されているとのことでした。36)公的機関や第三者委員などの相談窓口の連絡先を事業所内に掲示しておられます。市民オンブズマンや介護相談員など外部相談員の受け入れは出来ていませんでした。			
<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。	B	B
		(評価機関コメント)	37)利用者アンケートを年1回実施し、結果を公表されています。内容は所長会議や職員会議で検討して次年度の事業計画に反映されていました。 38)毎月の職員会議でサービスの質の向上について話し合われています。左京区事業所連絡会や通所部会に参加して他事業所の取り組みについても情報収集しておられます。 39)第三者評価は3年に1回の受診が推奨されていますが、前回の受診は4年前でした。又、自己評価について実施されておらず、方法は現在検討中とのことでした。			