

様式 7

アドバイス・レポート

令和元年 10 月 11 日

令和元年 9 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 洛和デイセンター北野白梅町様につきましては、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. 管理者によるリーダーシップ フロア会議に管理者が参加し職員の意見を集約し、翌月への取り組みを計画していました。また、年 1 回職員全員に行われる満足度調査で管理者の評価を行っていました。管理者と職員の面談も月 1 回行い、職員が話しやすい仕組みがありました。</p> <p>2. 事故の再発防止等 事故発生時には事故報告書を作成し、家族や関係者に説明していました。また、「12 時間シート」(12 時間以内に報告)を活用し迅速に法人本部まで報告する仕組みがあり、対応策が講じられるように取り組んでいました。発生した事故に対する再発防止対策はフロア会議で評価・見直しも実施していました</p> <p>3. 人権等の尊重 昼食はデイフロアに隣接する厨房で、できたての食事を 2 種類のメニューから選択でき、レクリエーション活動においても常時 2～4 種類バリエーションを設け、利用者自らが選べる環境が整備されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 災害時の対応 災害発生時の対応マニュアルを作成していました。しかし、地域との連携は行えていませんでした。</p> <p>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情対応のマニュアルを整備していました。マニュアルには苦情発生の状況に応じた対応方法も明記し、即時対応する仕組みがありました。また意見や要望については、事業所内及び法人内に速やかに報告し対処していました。しかし、改善状況については公開していませんでした。</p>

	<p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <p>事業所関係者以外の第三者の相談窓口の設置はなく、外部の人材を受け入れるなどの相談機会の確保も行っていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 災害時の対応</p> <p>昨今、豪雨等の自然災害が増加している中デイセンターの隣に川がある事もあり災害が起こるリスクも高いと考えます。</p> <p>福祉避難所の指定は受けてはいませんが、近隣に住宅が多いこともあり地域と共同でマニュアルの整備や訓練を実施することで、災害時の協力体制の強化が期待できます。また、事業所をより知っていただくきっかけにもなりますのでご検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>意見・要望・苦情への対応を公表されることで、利用者・家族は、その内容を知ることができ、なんでも相談できる安心感へとつながります。個人情報に留意しながら、意見・要望・苦情とその対応策などを広報誌やブログなどに公表されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <p>事業所とは別の第三者を相談窓口置くことは、直接事業所に話しにくい苦情や要望を聞く機会となります。第三者委員については地域に根ざした民生委員や自治会の方を、また傾聴ボランティアなどを受け入れ、利用者が第三者に相談できる機会を確保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	2670101191
事業所名	洛和デイセンター北野白梅町
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	令和元年9月19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。	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思決定を行い、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. 理念は廊下やフロアの見やすいところに掲示し、ホームページにも明記して周知していました。また毎日朝礼時に、職員で唱和していました。 2. 月1回の業務会議（京都中央エリアのデイセンターの管理者が集まる会議）、フロア会議（事業所全員が参加する会議）、介護職員会議で意思決定を行っていました。また「洛和デイセンター業務規定」にて各責任を明記していました。			
(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. 単年度の事業計画を作成して目標に対しての評価を毎月行っていました。中長期計画はありませんでした。 4. 法人のデイサービス事業全体でアクションプラン（単年度）を計画し、さらにNo1シート（介護サービスの質の向上のための目標が記載）を作成して、それぞれを月に1回振り返り、評価していました。			
(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。	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. フロア会議（全職員）で、毎月自主点検の項目をピックアップして勉強会をしていました。法令のリストはありましたが、すぐに調べられる体制は整えられていませんでした。</p> <p>6. フロア会議に管理者が参加し、職員の意見を集約していました。また、管理者の評価は、年1回職員全員に行われる満足度調査にて把握していました。</p> <p>7. 管理者は、終礼時の記録、週報（1週間分の報告書）で事業の実施状況を把握していました。また管理者が不在時には、その日の現場責任者が指示をする仕組みもありました。</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を実施し、段階的に必要な知識や技能を身に付けることができる。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. 職員は法人本部にて採用していました。無資格で採用した場合は、資格取得支援として、初任者研修・実務者研修の研修の費用の補助制度がありました。</p> <p>9. 法人内の介護事業部が作成した研修計画がありました。本年度は、航空会社の接遇研修を企画していました。デイサービスでは、新人採用を機に「入浴方法」の勉強会をしていました。</p> <p>10. 実習を受け入れる窓口などの説明文はありましたが、基本姿勢の明文化はなく、実習指導者の研修は参加していませんでした。</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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇消化率・時間外労働のデータは、法人本部が作成し管理者も把握していました。また、勤務負担を軽減するために、記録用タブレットや、インターカム（移動しているスタッフへの一斉指令が必要な業務で使用される構内電話）を順次導入していました。</p> <p>12. メンタルヘルスの窓口である産業医の連絡先や、グループ法人の福利厚生で使える制度（法人グループのフィットネスジムの申し込み方法・クラブ活動など）については「福利厚生ハンドブック」に明記し、毎年4月に職員全員に配布していました。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>13. 理念を掲載したホームページの公開や月1回広報誌「白梅町便り」を発行していましたが、介護サービス情報の公表制度の内容を地域住民へ向けて広報はしていませんでした。</p> <p>14. 事業所で年1回開催する「メディカルフェスティバル」（地域住民向け）にて、相談窓口や、介護に関する研修を企画・実施していました。</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
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. パンフレットやホームページで事業所の情報を公開していました。情報は、専門用語は外し、分かりやすい表記のものとなっていました。問い合わせ等の対応は相談記録に記載していました。□			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書においてサービス内容や料金等を具体的に記載し、書面で同意を得ていました。成年後見制度のパンフレットを玄関に設置し、紹介が必要な場合の仕組みもありました。			
(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. アセスメントは決められた様式にて6ヶ月ごとに実施し、主治医や専門家との連携も行っていました。 18. 通所介護計画は個別に目標を設定し、利用者・家族の希望を尊重して策定し、同意も得ていました。サービス担当者会議には本人が出席していました。 19. サービス担当者会議や退院前カンファレンスに参加し専門家の意見交換や意見照会を行い、通所介護計画に反映していました。 20. 通所介護計画の見直し時期・手順・変更の基準を「通所介護計画作成の流れ」に定め、適切な時期（1回/1ヶ月）にモニタリングを実施していました。			
	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. 退院前カンファレンスに参加し、医師や関係機関と連携が取れていました。また、地域ケア会議に参加し、関係機関・団体との連携も図っていました。			
(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. 各種業務マニュアルを作成し、実用的な表現になっていました。しかし、見直し基準を定めていませんでした。 23. 利用者の記録は個別に記録し、サービス実施計画に基づきサービスを実施していました。記録の保管・保存の規程はありましたが、持ち出し・破棄の規程がありませんでした。 24. 毎日朝礼・終礼で申し送りを実施しているほか、モニタリング時にカンファレンスを実施し、利用者の情報を共有していました。 25. 送迎時に面談する機会を設けていました。また、連絡帳でサービス提供時の状況を伝えていました。			
(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	B
	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. 感染マニュアルを作成し、感染症に関する研修を実施していました。しかし、二次感染を防ぐ対策の記載がありませんでした。 27. 整理整頓を行い、気持ちよく働ける職場環境になっていました。		
(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。	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	B
	(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時の対応及び予防マニュアルを作成し、研修や訓練を実施していました。指揮命令系統も明らかになっていました。 29. 事故発生時には事故報告書を作成し、家族や関係者に説明していました。また、「12時間シート」（12時間以内に報告する）を活用し、迅速に報告をあげ、職員で共有し再発防止策を検討していました。事故防止対策はフロア会議で評価・見直しも実施していました。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成していました。しかし、地域との連携は行えていませんでした。□		

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。	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. グループ理念に含まれる「顧客第一」をモットーに、昼食の選択メニューやレクリエーション活動のバリエーションを豊富に設けるなど、利用者自らが選べる環境を整備していました。また高齢者の人権や虐待、身体拘束防止などの研修も年2回実施（研修欠席者においては伝達研修にて周知）し、全職員の意識付けが出来る仕組みがありました。 32. 介助の際にはカーテンやパーテーションを活用し、プライバシーの保護に気を配っていました。 33. 開設から現在に至るまで、定員超過以外で利用を断ったケースはありませんでした。受け入れが難しい場合は、同グループの事業所や医療施設を紹介するなどの対応をしていました。			

(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	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)		<p>34. 管理者をはじめとする職員と利用者の信頼関係は厚く、連絡帳でのやりとりや口頭での意見・要望・苦情も出しやすい環境でした。また年1回利用者満足度調査を実施し、情報は法人や事業所内で共有して利用者にフィードバックしていました。しかし、利用者への個別の相談面接や利用者懇談会などはしていませんでした。</p> <p>35. 苦情対応のマニュアルを整備していました。マニュアルには苦情発生状況に応じた対応方法も明記し、即時対応する仕組みがありました。また意見や要望については、事業所内及び法人内に速やかに報告し対処していました。しかし、改善状況については公開していませんでした。</p> <p>36. 事業所の他に法人本部や公的機関の連絡先については重要事項説明書に記載し、事業所内の数カ所に掲示していました。事業所関係者以外の第三者の相談窓口の設置はなく、外部の人材を受け入れるなどの相談機会の確保もありませんでした。</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。	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職員の積極的な参加している。	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)		<p>37. 年1回、利用者満足度調査を実施していました。調査結果は法人及び事業所で確認し、利用者へフィードバックし、必要に応じてNo.1シートに反映し、改善に向けて毎月評価をしていました。満足度調査の質問事項は毎年同一にしているため、年度ごとに比較し分析・評価することが可能となっていました。</p> <p>38. 管理者はエリアごとに毎月行われる管理者会議で、他事業所との情報共有をしていました。また、事業所内では毎月フロア会議他各種会議を開催し、No.1シートに基づきサービスの改善や向上に取り組んでいました。会議ごとに議事録を作成し、会議欠席者も閲覧する事で情報の共有をしていました。</p> <p>39. 年1回法人の事業所評価があり、結果を他事業所と比較したり、未達成と評価された項目をアクションプランとして立案していました。第三者評価については、今回が事業所開設以降初めての受診でした。□</p>		