

アドバイス・レポート

令和元年 11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

令和元年 10 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（百々老人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>1) 理念の周知・実践と事業計画等の策定</p> <p>法人の理念を元に目標の実現に向けた事業計画を策定されています。特に 2021 年の法人 100 周年に向けての中期計画では、24 時間 365 日型新在宅計画支援の実現、自立支援を促す「よくする介護」の実践、「支え、支えられるしくみ」を地域の中で率先して作ること等の基本方針を立てられ、その方針が大綱（法人全体の事業計画）、要綱（サービス種別毎の事業計画）、各事業所の事業計画に具体的に反映されています。また全職員対象の理念研修を毎年行っておられ、実際の事例の中で法人の理念がどう生かされているかを職員各自が考えることによって、あらためて理念の意味や意義を確認する機会を持たれています。利用時のプログラムを利用者自身が選べるようになっていたり、全職員対象に自立支援を促す移動・移乗介護（トランスファー）の研修を実施されており、法人理念の「あなたらしい生活」の視点をベースに「よくする介護」の実践に尽力されていることが確認できました。</p> <p>2) 地域との交流と地域貢献</p> <p>小学校の敷地内にあるデイサービスとして、小学生や学童保育、地域の保育園との交流が活発に行われています。また小学校敷地内の古民家風建物「ふるさと家」で認知症の方とその家族が集えるオレンジサロンを毎月開催されています。認知症早期発見の入り口支援として、気軽に楽しく集える取り組みを提供されています。同じ建物の上階では定期的な地域の高齢者サロンが行われており、その集いにもデイの介護職員や看護職員が参加し地域での馴染みの関係づくりと社会福祉施設としての情報発信が行われています。百々デイサービスで働いて、地域との交流が身近に感じる事ができた、との職員の声もあり事業所全体で積極的に地域に根差した取り組みを目指されている姿勢を感じました。</p> <p>3) 利用者の決定方法</p> <p>利用の申し込みは職員体制等の特段の事情が無い限り、断ることなく対応しているとのことでした。在宅酸素使用や胃瘻経管栄養といった医療ニーズの高い方や若年性の認知症の方など幅広く利用の対象者とされています。百々デイサービスは地域で求められる様々な介護ニーズに応えていく、という意識を常に持ち相談に応じられているとのことでした。その姿勢が地域の利用者や関係事業所との信頼関係に深くつながっていると感じました。また法人内にタイプの異なるデイがあり、必要時はそちらを紹介することも視野に入れているとのことでした。</p> |
|---------------------|--|

| | |
|----------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>1) 事故の再発・防止等 事故発生時には報告書を作成し、朝夕のミーティング等での報告や法人上層部に伝達される仕組みはありましたが、事故の発生要因の分析や改善策について検討された経過が、記録としては確認できませんでした。</p> <p>2) 業務マニュアルの見直し マニュアルについては法人全体のものとは別に、事業所独自のマニュアルも作成され、特に感染症や事故の初動時に対応するために生かされていました。ただ、法人と事業所独自のマニュアルの両方で、見直しが実施されているものとそうでないマニュアルがありました。</p> <p>3) モニタリングについて ケア計画の見直しにおいて、期間や方法についての検討が必要だと感じました。毎月のケアマネジャーへの報告書にもケア計画の評価の項目はありましたが、計画化されているサービス内容に対しての評価としては、もう少し具体性が必要だと感じました。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1) 事故の再発・防止等 発生した事故を記録することは大切ですが、その事故を今後の教訓としていくためにはその要因等の分析、改善策についてチームとして検討を行うことがより重要です。事故発生後の経過も含めて会議等の場で十分な検討を行い、実践できる改善策を文書化しておくことで、同様の事故を未然に防ぐ効果も得られます。また普段より事故に繋がる可能性があった出来事についても職員間で共有化し「ヒヤリとした事例」として記録化することも検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 業務マニュアルの見直し 見直すということは必ずしも改定が必要ということではなく、現時点でマニュアルが現場での援助方法や指針として有効かどうか、最新の情報と差異がないかなどを確認することが重要です。まずはマニュアルの見直しの基準を明確にして、設置されている各種ケアの委員会等で、年に一度は職員間で確認するなどして意見を出し合う機会を持たれてはいかがでしょうか。その際には確認、検討もしくは改定された期日を記録しておくことをおすすめします。また発生要因や検討された結果についても記載できる書式を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) モニタリングについて 利用者の状況は日々変化していきますし、見直しまでの期間が長くなると、今その方に必要なニーズやケアの気づきがケア計画に生かされず有効なサービス提供に影響が出る可能性があります。計画化されている各サービス内容が有効に実施されているかについて、一定の期間を定めてモニタリングを行い、計画作成者と職員間で共有化し状況に応じて見直す必要があります。見直した結果特段の変化がなければ、ケア計画を変更する必要のない場合もあります。現在実施されている方法について、見直しの設定期間の検討を含めてケアマネジメントシステムとして整理し、一連の流れを明確に示すことができるよう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 | 2674101395 |
| 事業所名 | 京都市百々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) | |
| 訪問調査実施日 | 令和1年10月29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) 組織の理念及び経営方針をホームページ、会議で周知されています。年に1回は理念についての研修を行い、理念の実践が確認できる機会を持たれています。利用者家族には初回面接時に理念及び運営方針を説明されています。2) 理事会を上位会議として、その下に管理職会議、経営会議、運営会議等が系統的に規定されています。各職階の職責については職群基準表で明確に規定されていて、ヒアリングで使用される要素別シートの中でも求められる職責に沿った評価ができるようにされています。 | | |
| (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 | 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) 理念の下に目標の実現に向けた事業計画を策定されています。2021年の法人100周年に向けての中期計画の中で基本方針を立てられ、その方針が大綱（法人全体の事業計画）、要綱（サービス種別毎の事業計画）、各事業所の事業計画に具体的に反映されています。事業計画の見直しは年に1度実施されました。4) 部署ごとの業務レベルでの改善は毎日の申し送りや会議で確認されています。各職種が記載するDO-CAP評価シートにも、事業計画に基づく職員個人の課題を設定され、ヒアリングで到達点の確認をされています。 | | |
| (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 | 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 | 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) 確認が必要な法令については法人の人事統括部で一括管理されていて必要な情報をすぐにやり取りできるようにされています。管理職以上には毎月重要な法令や、介護保険の最新Q&Aなどの情報がメールで送られ、その後の経営会議等で確認されています。管理職対象のコンプライアンス研修も開催されています。6) 京都府の組織活性化プログラムを活用され、職員にアンケートを実施して組織や上司に対する意向を確認されている最中とのことで、今後職員からの運営管理者に対する評価方法等に生かされる予定です。7) 法人の特徴でもあるインカムマイクを管理者含め全職員が装着されていて、現場でのやり取りの確認や職員への指示がリアルタイムで行われています。また災害発生時には管理職中心のラインによるやり取りがなされ、迅速に対応できる体制づくりをされています。 | | |

| 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 |
| 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) 資格取得の支援として、各種資格試験の対策講座を実施されています。また試験日は特別休暇の配慮がなされています。人材確保に関しては沖縄等地方出身の職員をリクルーターとして出身大学での就職講座を開催したり、ミャンマーなどの国の特定技能実習生の受け入れ準備をされています。9) 事業所内の年間研修計画を策定し法令遵守や権利擁護などの基本的な研修のほかに、「助ける介護」から「よくする介護」を目指して複数回のトランスファー研修を全職員対象に実施されています。10) 法人の実習指導マニュアルに受け入れに関する基本方針を定めておられます。実習生の受け入れ要請は今のところない状況とのことです。 | | |
| (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) 働きやすい環境作りに向けて、子供の入学式・卒業式・運動会等の際の休みは、スクールイベント特別休暇として取得可能です。12) ストレス管理では定期的な職員面談を実施され職務上の悩みなどを聞き取られています。法人の産業医・臨床心理士(監事)との連携を図られており、メンタルヘルスの相談は相談者が他者を介さず直接申し込むことも可能となっています。 | | |
| (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) 法人の広報誌・ホームページ等を媒体に事業所の情報提供に努め、事業所が小学校内にある立地を活かした小学生との交流、ボランティアの受け入れを積極的にされています。14) 認知症の方とその家族が集えるオレンジサロンを毎月開催されています。認知症早期発見の入り口支援として、認知症当事者・家族が気軽に楽しく集える取り組みを提供されています。 | | |

| 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 |
| 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) 事業所独自のパンフレットや法人のホームページ、その他SNSでの発信により、情報提供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) サービスの利用時にはわかりやすく説明されていることが利用者アンケートからも確認できました。 | | |

(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) 法人オリジナルのアセスメントシートを使用し個別機能訓練のプランは3ヶ月、通所計画書は1年毎の定期的な見直しと、利用者の体調に合せた見直しが実施されていました。18) 個別援助計画作成にあたり利用者ニーズは把握されていますが、アセスメントシート等の中でも利用者・家族ニーズの確認方法の充実に期待致します。19) 法人内のリハビリ専門職に出張してもらい、利用者の状況を相談できたり助言を受ける仕組みがあるとのことでした。20) ケア計画の見直しは基本的に1年とされていて、モニタリングも年に1回とのことですが、見直し頻度については今後検討が必要かもしれません。毎月のケアマネジャーへの報告書にもケア計画の評価の項目はありましたが、計画化されているサービス内容に対しての評価としては、もう少し具体性が必要だと感じました。 | | |

(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) 月に1回担当介護支援専門員への利用者状況の報告、担当者会議への参加、地域の認知症初期支援チーム意見交換会参加等により、連携をとられていました。 | | |

(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 | 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) 法人共通マニュアル、事業所独自のマニュアルがあり、大きな法人の強みを活かしつつ、事業所の特性に合わせて活用できるマニュアル作成に尽力されていることが確認できました。ただ、見直しされているものとそうでないものがあり見直しの基準がやや曖昧だと感じました。24) 朝夕のミーティングにおいて利用者や家族の詳細な状況を申し送り、サービス提供に繋げておられました。25) 連絡ファイルを活用し、利用者家族等との情報交換が行われていました。 | | |

(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) 感染症に関する最新情報は法人本部から情報発信される仕組みが確立されていました。事業所内では感染症流行時期前に全職員対象で研修が実施されていました。27) 事業所内は臭気も問題なく、整理整頓された衛生的な環境でした。環境委員会を開催し、居心地の良い場所となっているか、例えば胃瘻の方が注入食で食事をされる時のスペースの快適性なども議論されているとのことでした。 | | |

| (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 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | 28) 事故及び緊急時対応マニュアルは確認できました。マニュアル通りに動くことができるか、職員間で机上訓練も行っているとのことでした。29) 事故発生時には報告書を作成し、朝夕のミーティング等での報告や法人上層部に伝達される仕組みはありましたが、事故の発生要因の分析や改善策について検討された経過が、記録としては確認できませんでした。30) 今年度は、敷地内小学校との合同災害訓練や事業所内の事故発生時想定訓練が予定されていました。小学校は地域の避難場所、デイの建物は福祉避難所となっていて、災害時の障がい者用トイレやおむつの貸し出し等連携が図られているとのことでした。 | | |

| 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) 法人で「虐待防止・権利擁護・身体拘束」研修が開催され、事業所で伝達研修を開催して浸透する仕組みとなっていました。32) 利用者の決定は公平・公正な決定をされております。在宅酸素使用や胃瘻経管栄養といった医療ニーズの高い方や、若年性の認知症の方など幅広く利用の対象者とされています。百々デイサービスが地域で求められる最後の砦かもしれないという意識を常に持ち、相談に応じられているとのことでした。 | | | |
| (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 | A | |
| | 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。 | A | B | |
| | (評価機関コメント) | | 34) 利用者懇談会は年2回実施され、その際に出た意見を食事や取り組み、外出企画等に生かされています。利用者アンケート（年度中に実施予定）で出した意見をまとめた上で家族懇談会を開催し意見交換をされる予定とのことでした。35) 法人のホームページ内ではその年度にあった苦情を個人情報保護に配慮して公開される仕組みがあります。36) 施設内に市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れはありませんでした。 | | | |
| (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 | A | |
| | (評価機関コメント) | | 37) 満足度調査はこれまで実施されてきていませんが、今年度内に計画はされているとのことでした。38) 認知症ケア委員会、トランスファー委員会、環境委員会といった委員会の中でサービスの質向上のための検討が行われ、研修等も企画されています。39) 法人内で内部監査体制を構築されており改善出来るところは積極的に取り組まれています。また、今回の評価にあたっては一定の職員にも評価表を配布し意見集約したうえで担当者がまとめられたとのことでした。 | | | |