

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 5 月 7 日

令和元年 5 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた介護支援センター きこえの森につきましては、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(※)	(通番3) 事業計画等の策定 当事者からの要望調査をもとに新レインボープラン（2012～2022）を策定しています。中間期に振り返りを行い、中短期計画（2019～2022）を策定していました。また、その実行計画として単年度の事業計画を策定していました。策定に当たっては課会議等を通じて職員の意見を反映しています。 (通番9) 継続的な研修・OJTの実施 法人として人事戦略を定め、キャリア別の採用（専門職や総合職、一般職）を図っています。それに基づきキャリア別の施設内部研修計画を作成して、研修（新人、中堅、管理職等）を毎年実施しています。人事研修課が企画しており、新人職員に対してメンターを配置してOJTを行っています。あわせて、課内部研修計画も策定されています（年4回）。法人内の合同研修（年6回）、法人全体研修会も実施しています。 (通番13-14) 地域との交流 ホームページに運営理念や事業所の情報を掲載するとともに、広報誌（毎月）等を関係機関等に配布しています。 事業所内の掲示板に地域の情報を案内したり、地域を巻き込んだ施設祭りをを行うなど地域との交流を積極的に図っています。 日常的には、地域交流室等を地域に開放しています。また、地域に対して手話講習会を開催するとともに高齢福祉部として地域の中学生に対して認知症サポートの講座を行っています。
-----------------------------	---

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 年度初めに組織体制について周知をしています。職務権限規程等に管理者の職務内容について明記しています。また、個別面談（年1回）を実施していました。しかし、管理者が自らの行動が職員から信頼を得ているかを確認する仕組みがありませんでした。面談の際のヒアリング項目を設ける等検討されてはいかがでしょうか？ (通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 介護ソフトを活用し、利用者一人ひとりの記録が具体的に記載されています。文書管理に関して、記録の保存、保管、廃棄に関する規程が整備されていました。しかし、記録の持ち出し、開示に関する規程が確認できませんでした。 利用者の記録は、持ち出しや家族等への開示を含め、慎重かつ適切に行うことが求められます。また、文書等とあわせてUSB等の電子媒体の管理や持ち出しについての規定も併せて定められてはいかがでしょうか。 (通番39) 評価の実施と課題の明確化 サービスの質の向上のため、定期的に第三者評価を受診しています。また、受診にあたっては第三者委員会を立ち上げ検討を行うとともに、評価結果を受けて風呂場の入り口にカーテンの設置など真摯に改善に努めていました。しかし、サービスの質にかかる自己評価は実施されていませんでした。評価基準を作成し、年に1回の自己評価を行うことが望まれます。
具体的なアドバイス	社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会は、1978年に設立された法人で完全参加と平等を掲げ、聴覚言語障害者の権利の保障に向けて先駆的な役割を果たし、歴史を切り拓いてきました。現在、京都府内全域において相談事業から入所サービスに至るまで多岐に渡り事業展開を図っています。 法人において、当事者からの要望調査をもとに新レインボープラン（2012～2022）を策定するとともに、中間期に振り返りを行い、中短期計画（2019～2022）を策定して着実に進められてきています。また、人事研修課を設置して研修や人材確保・育成に向けた人事戦略を整備してきています。 デイサービスセンターきこえの森は1997年、地域の通常の高齢者と併せて高齢の聴覚障害者の支援ができる事業所として設立されました。事業所の職員は、手話検定を取得するために無料で講習を受ける仕組みがあり、利用者にとっても手話を使って安心してコミュニケーションができる環境を整備されています。また、常動作訓練などの個別リハビリも行っています。 プログラムについてはカラオケやおやつ作りなど様々な工夫されており、お花見など四季に合わせた外出なども行っています。食事は、法人雇用の職員による食事提供で、主菜を肉・魚の2種類から選べる複数献立を提供するとともに個々のアレルギーや嗜好、摂取状況に応じて食材や調理方法を変更するなど細やかな支援の提供に努めています。 当日の訪問調査では、利用者が席を移動して他の利用者に声

	をかけに行くなど活気があり、聾の方だけで固まらず利用者同士のコミュニケーションも盛んに行われていました。 地域に対しては普段から往来があり、地域の事業所や住民に対しては、センターの機能を利用して、手話講習会を開催するなど、センターの有する専門性を発揮していました。 今後も、当事業所が持つ専門的な強みを活かし、地域の聴覚障害者、とりわけ高齢の方々にとってなくてはならない拠点として取り組んでいかれることを期待いたします。 以下、今回の評価で気づいたことを記載します。 ・個別援助計画について、独自のアセスメント様式を活用して多職種と連携し、策定されていました。モニタリングも定期的に行われていましたが、必要に応じた変更にかかる基準がありませんでした。どういう状況において変更を行うかを明確にし、文書化されてはいかがでしょうか。 ・災害対策マニュアルを整備し、定期的に防災訓練等が実施されていました。しかし、地域との連携を意識したマニュアルや訓練がなされていませんでした。事業所が置かれている地域環境や安否確認の方法などを踏まえたマニュアルを作成されてはいかがでしょうか。いざという時のより迅速な動きがさらに明確になると考えます。あわせて、地域の消防団をはじめ自治会との連携した訓練なども検討されることを期待します。 ・マニュアル等の見直しに関する基準が明文化されていませんでした。定期的にマニュアル等を評価し、必要な見直しを実施する仕組みづくりが望まれます。
--	---

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670300033
事業所名	デイサービスセンターきこえの森
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)	訪問介護
訪問調査実施日	2019/11/21
評価機関名	一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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)ホームページに掲載するとともに事務所に掲示している。職員会議や研修において職員への周知を図るとともに日々のサービス提供の場で具現化を図っている。利用者には契約時に重要事項説明書を用いて説明をしている。 2)理事会、評議員会、事業本部会議(月2)、部長会議(月2回)、部運営委員会(月1)、課会議(月1)等が開催され、階層別に職員の意見を反映する仕組みがある。組織図、組織管理規程、職務権限規程にて明確にしている。				
(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質の向上に向けた計画を策定すると共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)当事者からの要望調査をもとに新レインボープラン(2012～2022)を策定している。中間期に振り返りを行い、中短期計画(2019～2022)を策定している。アクションプランとして単年度の事業計画を策定している。策定に当たっては課会議等を通じて職員の意見を反映している。 4)事業計画の中で数値化等で示すとともに、月1回行われる課会議等を通じて課題が設定されるとともに進捗状況の確認を行っている。また、必要に応じた見直しが行われている。				
(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	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、いつでもスタッフ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)関係法令の遵守については管理者が機関誌やWAM、京都市老人福祉施設協議会などから情報収集している。職員にはパソコンや配布物で周知している。課会議においても情報共有している。部研修において人権研修も行っている。関係法令のリスト化もされている。 6)年度初めに組織体制について周知をしている。職務権限規程等に管理者の職務内容について明記している。毎年、個別面談(年1回)を実施している。しかし、管理者が自らの行動が職員から信頼を得ているかを評価する仕組みがない。 7)施設長は業務日報、ケース記録により日常の業務内容を確認し、必要に応じて指示している。各会議にも参加している。緊急時には携帯電話で連絡が取れるようになっている。緊急時事故対応マニュアル等に緊急時指揮命令系統・対応方法が定められている。				

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。	A	A	
		(評価機関コメント)		8) 法人として人事戦略を定めている。キャリア別の採用(専門職や総合職、一般職)を図っている。入職後、手話通訳士、介護福祉等資格取得については費用の貸付、勤務上の配慮している。また、資格手当も定めている。 9) キャリア別の施設内部研修計画を作成して、それに基づき研修(新人、中堅、管理職等)を毎年実施している。人事研修課が企画している。新人職員に対してメンターを配置してOJTを行っている。課内部研修計画も策定されている(年4回)。また、法人内の合同研修(年6回)、法人全体研修会も実施している。 10) 実習受け入れ方針を策定し、適切に運営している。法人としては積極的に受け入れている。事業所としては介護福祉士等の実習生を受け入れていたが、今は受け入れていない。			
(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	スタッフ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) 総務部で有給休暇、残業の取得を把握して必要に応じて声掛けを行っている。ノー残業デー、ワークライフバランス、会議の時間内実施など働きやすい環境づくりを行っている。育児休業・介護休業を就業規則に定め実施をしている。産休時には通勤緩和を行っている。職員の負担軽減については新型浴槽、新型送迎車の導入等を行っている。 12) 安全衛生委員会を設置してストレスチェックを実施している。必要に応じて産業医による面談が実施されている。心の相談窓口を設置している。民間社会福祉施設共済会に加入している。職員互助会もある。事務所内に休憩場所を設置している。ハラスメントにかかる規定及び仕組みを整備されており、役職員に対するハラスメント研修を実施している。			
(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	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。	B	A	
		(評価機関コメント)		13) ホームページに運営理念や事業所の情報を掲載するとともに、広報誌(毎月)等を関係機関等に配布している。事業所内の掲示板を活用して地域の情報を案内している。地域を巻き込んだ施設祭りを行っている。大文字の際に屋上を地域に開放している。七夕の時には幼稚園やボランティアの訪問がある。地域のイベント(地域の盆踊りなど)等の外出の際には職員が同行している。 14) 地域交流室等を地域に開放している。地域に対して手話講習会を開催するとともに高齢福祉部として地域の中学生に対して認知症サポートの講座を行っている。施設祭りの際に介護相談コーナーを実施している。			

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)		写真を多用し、ホームページやパンフレット、機関誌などで施設の事業内容の情報を発信している。見学者は随時対応して記録をしている。			

(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、利用者にわ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)		契約の際には重要事項説明書、パンフレットを用いて、サービス内容や料金、保険外サービスについて説明している。必要に応じて手話通訳を行っている。権利擁護に係る情報提供は地域包括支援センターを通じて行っている。成年後見制度を利用されている実績がある。		
(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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B
(評価機関コメント)		17)独自のアセスメント様式に基づき、利用者の心身の状況を把握している。サービス担当者会議を通じて多職種と連携し、アセスメントを実施している。定期的及び必要に応じて再アセスメントを行っている。 18)アセスメントに基づいて、利用者や家族の希望も聞き取った上で、個別援助計画が策定されている。サービス担当者会議には利用者、家族の参加を促している。 19)個別援助計画策定の際にはサービス担当者会議を開催し、利用者、家族、関係職種の他、主治医、ケアマネ等の専門職種への意見照会を適宜行い、計画に反映している。 20)個別援助計画は1ヶ月ごとに現場職員等の意見を踏まえ評価を行い、定期的見直し以外にも必要に応じて見直しを実施されている。見直し基準に基づき必要に応じて変更を行っているが明文化したものがない。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)専門職による入退居前カンファレンスを行っている。また、支援に当たっては必要に応じて地域包括支援センター等と連携を取っている。		
(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、スタッフに活用されている。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。	B	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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)食事介助、入浴介助、排泄介助等の業務におけるマニュアルを整備している。マニュアルは満足度調査や事故防止策などふまえて年に一度見直しが行われている。しかし、見直しの基準が定められていない。 23)介護ソフトを活用し、利用者一人ひとりの記録が具体的に記載されている。保存、管理、廃棄に関する規程がある。しかし、記録の持ち出し、開示に関する規程が確認できなかった。 24)朝のミーティングを実施し、情報を共有化している。また、課会議、相談員会議、ケアマネ合同会議などを通じて職員間の意見集約を行う仕組みがある。 25)利用者の家族とは、連絡帳や送迎時の会話、電話等で情報交換を行っている。きこえの森だよりを配布している。		
(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等の作成により、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)感染症対策及び予防マニュアルを整備し全職員に配布している。特に注意を要する感染症はその流行時期を考慮しつつ看護師から周知を図っている。 27)施設内は法人内の就労支援事業所に委託をし、点検表を提出してもらっている。臭気対策は定期的に窓を開ける等対応している。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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。	B	A
災害発生時の対応	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)いろいろな想定時に対する事故緊急時対応マニュアルを整備している。年1回、AED訓練や救急救命研修を職員が受講している。 29)発生した事故について記録を残すと共に詳細に本人、家族、担当介護支援専門員に説明している。リスク委員会ではヒヤリハットも含めて、状況を再現するなどして詳細に検討、再発防止に努めている。 30)災害(火災、地震、水害)対策マニュアルを設置している。水害訓練を行うとともに、消防訓練を年2回実施すると共に各部署でも毎月行っている。プラカードを作っている。備蓄3日分を置いている。しかし、地域との連携を意識したマニュアル、総合的な訓練ができていない。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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)人権等の尊重については運営規定に明示している。虐待防止に関する研修を実施している。マニュアル研修の中で身体拘束廃止についても確認している。「完全参加と平等」にかかる合同研修を行っている。 32)プライバシー保護について、課会議及び合同研修において取り組んでいる。 33)利用者の決定に際しては、公平・公正に行われている。原則断ることなく受け入れているが、定員を超えた希望については他事業所を紹介している。			
(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てている。	B	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。	B	B
	34)サービス担当者会議や送迎時等にて利用者、家族の意向を聴取している。ご意見箱の設置を行っている。年に1度利用者アンケートを実施し、支援の改善につなげている。 35)苦情対応マニュアルに沿って対応している。改善した内容は事業所内に掲示している。記録をして部運営委員会で対策を検討している。 36)公的機関の相談窓口重要事項説明書に記載するほか、事業所内玄関にも掲示している。 第三者委員も置いているが明文化されていなかった。			
(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。	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スタッフ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
	37)年一回利用者アンケートを実施し、結果に対して評価したうえ、対応を行っている。課会議で分析・共有を行っている。送迎やお風呂の呼び方、喫茶の改善など行った。 38)課会議、高齢部の運営会議にてサービスの質の向上に関わる課題を明確にし取り組んでいる。聴覚言語障害者交流集会、中京通所連絡会への参加を通じて情報交換を行っている。 39)定期的に第三者評価を受診している。第三者委員会を立ち上げ検討を行っている。しかし、サービスの質にかかる自己評価は実施していない。			