

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 8 月 1 9 日

令和 2 年 1 2 月 2 9 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久世西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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 地域への貢献</p> <p>年 2 回開催される「『わ』の会」のふれあい交流会に参画して地域福祉に貢献していました。「『わ』の会」は、地域の障がい者（児）専門部会として、地域住民の理解や支援事業を目的に約 2 0 年間活動されている会であり、事業所として参画し続けていることが、地域福祉の発展に大きく寄与していると思われま</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し</p> <p>相談員マニュアルに、個別援助計画作成から状況把握、見直す基準を明記して取り組んでいました。モニタリングは毎月実施し、食事・入浴・排泄・機能訓練・レクリエーションなど提供した内容毎に情報を集約して記録していました。また、各専門職で評価した情報を基にした個別援助計画となっており、機械浴槽から一般浴槽への変更など、利用者の状態に即した支援を実践していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 職員間の情報共有</p> <p>カンファレンスを毎日開催し、個別援助計画作成・見直しなど多職種で協議をしていると聞き取りましたが、記録に残していませんでした。</p> <p>2. 感染症の対策及び予防</p> <p>感染防止マニュアルを整備し、随時、新型コロナウイルス感染予防対策に関する情報を更新していました。感染予防に関する研修は職員会議内で実施していると聞き取りましたが、実施記録がありませんでした。</p> <p>3. 災害発生時の対応</p> <p>災害対応マニュアルを整備し、併設の児童館、老人福祉センターと避難訓練を実施するなど連携体制を構築していましたが、地域と連携を意識したマニュアル作成や訓練は実施していませんでした。</p>

具体的なアドバイス

1. 職員間の情報共有

根拠となる記録を残すことで、支援経過を追って分析・対応することが可能となります。また全職員がどのような経緯で個別援助計画が作成されたのかを情報共有する事や利用者及び家族に説明出来るようにカンファレンス記録を残されてはいかがでしょうか。

2. 感染症の対策及び予防

サービスの実施は記録をもって証明するのと同じように、研修による職員教育においても、いつどこで誰が参加して実施したのかを残すことで実施を証明することとなります。感染症予防に関しては研修で得た知識や技術を実践し、感染を予防することが重要ではありますが、業務の振り返りにも記録は必要になりますので、研修に関する実施記録を残されてはいかがでしょうか。

3. 災害発生時の対応

災害発生時には福祉避難所として重要な役割を担っておられます。普段から自治会や消防団等と有事の際に事業所の役割やできる事理解、あるいは地域住民の協力体制等連携のあり方を協議し、協力体制を含めた防災マニュアルを作成してはいかがでしょうか。またそのマニュアルに基づいた地域住民と合同の防災訓練も検討してはいかがでしょうか。

4. その他

法人ならではの特色である児童館や老人福祉センターの併設は、地域の福祉を担う最も重要な拠点の一つです。コロナ禍で制約が多く存在しますが、同建物内の他事業と日常的な交流を含めて、地域福祉の発展に向けたさらなる連携を推進していかれることで、より地域共生社会の実現に貢献でき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	2670500129
事業所名	京都市久世西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)	介護予防通所介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	令和3年7月16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. 法人の理念・方針を事業所内に掲示し、毎月の職員会議で説明する事で理念・方針が職員に浸透するように取り組んでいました。利用者や家族等には、毎月発行する広報誌「久世の里」に理念・方針を掲載して配布することで周知を图っていました。 2. 施設長が出席する職員会議やサービスの質検討会議、デイサービス正職会議、通所・居宅合同会議で、各種課題を協議・検討していました。また、内容を集約して法人の施設長会議で報告することにより職員の意見を反映していました。職種・役割・権限について詳細に定めた職務分掌で、各責任を明確にっていました。		
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		3. 施設長は、各種事業所内会議で集約した内容や法人の方針を反映した事業所単年度計画を策定して半期で評価を実施していましたが、中・長期計画がありませんでした。 4. 部門や職種単位の課題を設定し、毎月職員会議で進捗状況を確認・評価することで課題達成に取り組んでいました。		
(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。	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。	A	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)	<p>5. 施設長は法令遵守に関する研修に参加していました。また、制度改正時には法人から発信される関係法令の資料を職員会議で周知していました。関係法令はリスト化してファイリングする事で、職員がすぐに調べられる体制となっていました。</p> <p>6. 職務分掌で施設長等の役割を明確にし、施設長が職員会議に出席することで職員と意見交換していました。施設長自らを評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 緊急時対応マニュアルを整備し、緊急時は携帯電話により施設長に連絡が取れる体制となっていました。事業の管理体制については、日々作成した日誌を施設長が確認・サインすることで事業実施状況を把握していました。</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
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。	B	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 人事に関する事項は、法人本部と施設長が連携して有資格者配置などの人員体制を検討していました。また資格取得支援制度を規程し、介護福祉士受験対策講座や介護支援専門員受験対策講座などの研修受講費用を負担していました。</p> <p>9. 経験年数、階層、職種に分類した体系的な研修体制を構築し、職員の気付きや学び合う場として、職員が困っている事象を勉強会に繋げて実践的な技術等を身に付ける機会としていました。しかし、研修計画に沿って実施できていない研修がありました。</p> <p>10. 実習受入に関する基本姿勢やマニュアルを整備し、小学校・中学校の職場チャレンジ体験や老年看護実習を受け入れていました。</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	B
		(評価機関コメント)		<p>11. 職員の意向や要望は、人事考課面接や人事異動調書で収集していました。また、育児休業や介護休業体制を整備し、有給休暇取得や超過勤務状況を管理・対応することで働きやすい環境に取り組んでいました。さらにリフト浴やスライディングボードなどの移乗用福祉用具を整備し、職員の介護負担軽減に取り組んでいました。</p> <p>12. 給与明細と合わせて発信する「こころの健康相談室の窓口」や年1回のストレスチェックにより、悩みやストレスを軽減する仕組みを整えていました。また各種福利厚生制度も整え、休憩室も空間を工夫しリラックスできるように環境を整えていました。各種ハラスメントに関する規程を整備し、委員会で検討・対応できる体制がありました。しかし組織や上司に対する要望・不満を汲み取り、対応・解決する仕組みがありませんでした。</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. ホームページやパンフレットの他、毎月発行の広報紙「久世の里」により、事業所情報を利用者及び家族、地域に発信していましたが、情報の公表制度の内容は事業所自ら開示していませんでした。</p> <p>14. 高齢者相談会（月1回）、認知症ネットワーク活動への参画、認知症サポーター講座への講師派遣、地域ケア会議の参加など、事業所機能の地域への還元や地域のニーズ把握に取り組んでいました。さらに年2回開催される、障がい者（児）、デイサービス利用者で構成した「『わ』の会」のふれあい交流会に参画して地域福祉に貢献してました。</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. パンフレットは、事業所が実施する取り組みや一日の流れが図解で簡潔に示して情報を提供してました。問い合わせや見学は、新規相談受付票に記録を残し、情報を共有してました。			
(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. 契約時に重要事項説明書を用いて、利用者が負担する料金（介護保険本人負担分、食費、介護保険外サービス）について説明し、同意を得てました。また、判断能力に支障がある方については、家族に説明して同意を得てました。権利擁護の取り組みについては、施設入口に権利擁護事業に関するパンフレットを設置して活用してました。			
(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)		<p>17. 法人で定めたアセスメントシートを活用し、主治医や専門職の意見を含めた情報をまとめてました。「相談員マニュアル」に更新頻度を6ヶ月毎と定め、基準に則り更新してました。</p> <p>18. 19. サービス担当者会議に出席し、各専門職や利用者及び家族の意向が反映された自立支援を念頭にいた個別援助計画を作成してました。</p> <p>20. 相談員マニュアルに、個別援助計画作成から状況把握、見直し基準を明記して取り組んでました。モニタリングは毎月実施し、食事・入浴・排泄・機能訓練・レクリエーションなど提供した内容毎に情報を記録してました。モニタリング結果を基に、機械浴槽から一般浴槽への変更など、評価した情報を基にした個別援助計画を作成してました。</p>			

(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. 他事業所や関係機関の情報をリスト化し、かかりつけ医師等の関係機関と円滑に情報交換ができる体制となっていました。また地域ケア会議に参加し、地域包括支援センター等との連携を取っていました。コロナ禍により退院前カンファレンスに参加出来ないため、照会にて情報共有、連携を図っていました。		
(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。	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。	A	B
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. 各種マニュアルを整備し、年2回見直す事を定めていましたが、見直しは実施していませんでした。 23. 利用者に関わる情報を個人日報に詳細に記録していました。また、文書管理に関する規程の中で保管・保存・廃棄について定めていましたが、記録の持ち出しに関して規定していませんでした。記録の管理に関する研修も実施していませんでした。 24. カンファレンスを毎日開催し、個別援助計画作成・見直しなど多職種で協議をしていると聞き取りましたが、記録に残していませんでした。 25. 送迎時の利用状況報告や連絡帳の活用により情報交換していました。また、個別援助計画作成時の居宅訪問の際にも情報交換している他、毎月の広報誌発行により情報を提供していました。		
(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. 感染防止マニュアルを整備し、随時、新型コロナウイルス感染予防対策に関する情報を更新していました。感染予防に関する研修は職員会議内で実施していると聞き取りましたが、実施記録がありませんでした。 27. 日々の清掃は職員で行い、専門業者による年1回の清掃と年4回の害虫駆除を委託する事で清潔で安全な環境となっていました。トイレは臭気なく、清潔で心地よい環境となっていました。		
(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	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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故防止緊急時マニュアルを作成し、消防訓練や研修を実施していました。緊急連絡網は事務所に掲示及び職員に配布し、指揮命令系統を明確にしていました。 29. 事故・ヒヤリハット報告書を作成・報告し、毎月職員会議で対応策を検証していましたが、分析等を実施しておらず、マニュアルの見直し等に活用していませんでした。 30. 災害対応マニュアルを整備し、併設の児童館、老人福祉センターと避難訓練を実施するなど連携体制を構築していましたが、地域と連携を意識したマニュアル作成や訓練は実施していませんでした。		

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	B
		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. 日々のサービスの振り返りを毎日のミーティングで行い、尊厳の保持に配慮したサービスの提供を行っていました。しかし、高齢者虐待防止法の研修は出来ていませんでした。 32. プライバシーや羞恥心に配慮した援助方法は、業務マニュアルに基づき提供していました。しかし、プライバシーや羞恥心についての研修は出来ていませんでした。 33. 利用受け入れは原則断らない事としていました。定員超過など受け入れが困難な場合は、他事業所と情報共有し紹介していました。		
(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。	A	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。	A	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。	A	B
		(評価機関コメント)		34. 事務所前に意見箱を設置し、投書されていた意見は職員会議で分析、対応していました。しかし、利用者等の意向を聴取するための個別面談等の定期的な開催はできていませんでした。 35. 苦情報告書を作成し職員会議で検討・対応していましたが、内容や改善状況について公開していませんでした。 36. 外部の相談窓口として、公的機関や苦情受付第三者委員の連絡先を掲示していましたが、介護相談員等の外部の人材を受け入れた相談機会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。	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。	B	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。	A	B
		(評価機関コメント)		37. 顧客満足度調査を実施し、得られた内容を職員会議で検討してサービス内容の見直しや向上に役立っていました。 38. 毎月職員会議で、サービスの質の向上に向けた具体的な取り組みについて検討してサービス提供に反映していました。検討した内容は全職員に回覧して共有していました。また、法人内の職種別会議などに参加する事で他事業所の情報を収集していました。 39. 介護サービス第三者評価事業を3年毎に受診していましたが、しかし定期的な自己評価や課題の明確化が実施出来ていませんでした。		