

様式 7

アドバイス・レポート

令和3年7月16日

令和3年1月8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御室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. ストレス管理</p> <p>メンタルヘルスの相談は産業医が窓口になり、法人のウェブ情報で外部の相談窓口の紹介もしていました。福利厚生としては、会員制の旅行や余暇活動のサービス利用や夏季休暇（5日間）や長期勤続休暇（10年毎）の取得の制度がありました。また、職員がサービス提供場面から離れて休憩できる場所がありました。</p> <p>2. 人権等の尊重</p> <p>理念・運営方針に人権保護や意思を尊重したサービス提供を明示していました。人権に関する研修の実施や不適切ケアチェック表で点検することで、人権に配慮した適切なサービスの提供に取り組んでおられました。</p> <p>3. 質の向上に対する検討体制</p> <p>サービス改善の具体的取組みについて、以前は、アンケートで地域に文化的な場所が多くあり、お出かけすることが毎月のようにあったようですが、現在のコロナ禍において食で楽しみをもってもらうようにされているようでした。例えば、おやつのお知らせの張り紙（7月は手作りお善哉）を作る予定で、楽しみをもってもらうように配慮・工夫されていました。月1回発行の機関紙「おむろデイだより」では、利用の様子の写真を多く取り入れ利用者の笑顔が多く掲載されていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長は、朝夕のミーティングや職員会議に出席し、職員と意見交換をして運営方針に反映させていましたが、施設長の行動が職員から信頼を得ているか把握・評価する方法はありませんでした。</p> <p>2. 災害発生時の対応 災害発生時の対応についてのマニュアルは作成されていましたが、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。すぐ隣には災害時避難所もあり事業所としての役割を検討中とのことでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 3年毎に第三者評価を受診していましたが、事業所で年1回以上実施する自己評価の仕組みはありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 人事考課などによる上司から部下に対する一方向の評価制度はありますが、逆の評価も大切です。上司が部下から評価を受けることで部下から十分に信頼を得られているかを評価・確認し、上司自身も見直しに向けて努力することで相互の信頼関係が深まり、風通しの良い職場づくりになるのではないのでしょうか。評価者が特定されないように配慮して実施することをお勧めします。評価の項目としては、「相談しやすいか」、「職員に対する公平性について」などはいかがでしょうか。</p> <p>2. 災害発生時の対応 災害時の地域連携の必要性は認識されていましたが、具体的な連携には結びついていませんでした。近隣には小学校があり、事業所の建物の2階は消防署職員宿舎があり災害時には支援が受けやすい環境があることで、いろいろな連携が考えられるのではないのでしょうか。また、事業所単独では進めにくい状況があれば、法人ブロック会議等で検討されて法人介護保険事業部と協同してマニュアル作成を進められてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 事業所における日々のサービス提供に対する定期的な評価の機会をつくり、振り返りの中から明らかになる課題についてマニュアルの見直しや次年度の取り組み課題として改善されてはいかがでしょうか。日々の課題としては、接遇・感染症対策・事故防止等や第三者評価の未達成の課題等を設定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	2670700083
事業所名	京都市御室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)	介護予防型デイサービス
訪問調査実施日	令和3年6月23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. 玄関やスタッフルームに法人理念や運営方針の掲示を行い、4月の職員会議で、施設長が説明して周知に努めていました。また、利用者や家族には契約時に説明していました。 2. 法人介護保険事業部の施設長会議（毎月）とブロックの種別会議（生活相談員・介護支援専門員・介護職）や事業所の職員会議（毎月）を開催して、職員の意見を反映した意思決定の仕組みがありました。			
(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	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. 法人の事業計画の「推進計画」が策定され、中・長期の計画が盛り込まれていました。 4. 法人の事業計画に基づき、事業所の単年度の取り組み課題を設定し、半期毎に評価していました。			
(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	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. 管理者は施設長会議で安全運行やハラスメントに関する法令の説明を受け、職員会議で伝達していましたが、関係する法令のリスト化したものがなく、すぐに調べることができる体制がありませんでした。</p> <p>6. 施設長は、朝夕のミーティングや職員会議に出席し、職員と意見交換をして運営方針に反映させていましたが、施設長の行動が職員から信頼を得ているか把握・評価する方法はありませんでした。</p> <p>7. 施設長は事業所内で業務を行い、事業所を離れる時は携帯電話を所持していました。また、職員からの報告や業務日誌により業務の実施状況の把握をしていました。緊急時連絡網を整備し、緊急時には直ちに施設長に報告し指示を仰ぐ体制がありました。</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	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。	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)		<p>8. 職員の人員配置や異動については法人介護保険事業部で検討していました。採用後の資格取得支援として、介護福祉士実務者研修・社会福祉士受験対策講座・介護支援専門員更新研修の受講費用の助成や職務免除を行っていました。しかし、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や採用基準について確認ができませんでした。</p> <p>9. 法人による階層別研修（管理者・指導的職員・中堅・初任者）を整備し、職員ごとの研修計画に沿って受講をしていました。また、事業所内と法人ブロック会議で理念・待遇・人権・感染症対策等の研修を実施していました。終了ミーティングで気づきの検討をしていました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れに関する基本姿勢や受け入れの手順等を記載していました。また、近隣の総合支援学校からの実習受け入れ要請に応え、学校との綿密な打ち合わせを行った上で受け入れをしていました。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>11. 管理者が有給休暇の取得を奨励し計画的に取得していました。年1回の考課面接で、就業に関する意向の聞き取りを行い検討していました。育児・介護休業の規程を整備していました。また、職員の負担軽減として、リフト浴やリフト車の設備やスライディングボードの活用がありました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談は産業医が窓口になり、法人のウェブ情報で外部の相談窓口の紹介もしていました。福利厚生としては、会員制の旅行や余暇活動のサービス利用や夏季休暇（5日間）や長期継続休暇（10年毎）の取得の制度がありました。また、職員がサービス提供場面から離れて休憩できる場所がありました。</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)		13. ホームページの公開や機関紙「おむろデイだより」（毎月発行）を関係機関に配布していましたが、介護サービス情報の公表制度の事業所情報を自ら開示する方法はありませんでした。 14. 御室社会福祉協議会の花見や敬老行事に送迎の実施や地域の保育所との交流会も実施していました。また、一人暮らしの災害時ネットワークへの参画や地域ケア会議に参加し、地域の介護ニーズ等の把握に努めていました。		
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

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. ホームページの公開やパンフレットを作成していました。機関紙「おむろデイだより」は写真を多用して、文字も大きく見やすいものとなっていました。介護支援専門員を通して事業所見学の希望に対応し、新規相談受付票に記録していました。		
(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. サービス内容や利用料金は重要事項説明書や別紙料金表で詳しく説明していました。成年後見制度の活用は、必要に応じて介護支援専門員を通して相談していました。また、補助人との利用契約をしていました。		
(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	B
(評価機関コメント)		17. アセスメント様式は法人独自ものを使用しており、心身の状況や変化した際の状況など記載していました。アセスメントは6ヶ月毎に実施していました。 18. 通所介護計画書は、利用者や家族の希望を聞き取り目標設定した上で作成し、同意を得ていました。サービス担当者会議には利用者・家族も参加していました。 19. 老人保健施設から退所の際には、医師・リハビリ担当の専門職からの意見を聞いて、通所介護計画書・リハビリ計画書に反映していました。 20. 通所介護計画書のモニタリングは毎月実施し、作成手順書を整備して必要に応じて評価・見直しをしていましたが、定期的見直しは6ヶ月毎となっていました。		
(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. 利用中に褥瘡の発生を確認した際には、家族・介護支援専門員・主治医へ連絡することで、連携して改善に取り組んでいました。退院時は、医師・リハビリ担当などの専門職から情報提供書を受け、通所介護計画書・リハビリ計画書に反映していました。		

(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	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. 業務マニュアルは作成していましたが、見直しの基準が定められていませんでした。また、苦情や満足度調査の分析を見直しに反映させる仕組みがありませんでした。 23. 利用者の記録はパソコン入力するとともに、印刷したものをケースファイルに綴じていました。記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関して、個人情報保護規程や「情報セキュリティハンドブック」に記載していましたが、日々のミーティングの中で、個人情報保護についての法令遵守を喚起していませんでした。 24. 朝夕のミーティングで情報共有を行い、特に朝パソコンから打ち出した前回利用時の事故情報を確認することで再発防止に努めていました。また、職員会議でリハビリの評価・見直しにより情報共有していませんでした。 25. 家族との情報交換は、送迎時の面談や連絡帳の記載で行っていませんでした。また、機関紙「おむるデイだより」を発行し利用時の様子を家族に伝えていませんでした。		

(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. 感染症対策及び予防のマニュアルの整備や研修を実施し、職員に理解と注意喚起を図っていませんでした。また、法人ブロックの看護師会議での感染防止の研修を事業所職員に伝達していませんでした。また、二次感染を防ぐ対策を検討し、感染症の利用者を受入れていませんでした。現在は感染防止のため定員の7割程度の利用数に押さえ、各テーブルには飛沫感染防止のアクリル板を設置していませんでした。 27. 事業所内は職員により適切に清掃し、臭気もなく整理整頓されていませんでした。		

(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	B
(評価機関コメント)		28. 法人の事故・緊急時のマニュアル「利用者の安全・事故防止への取組」を整備し、ミーティングや職員会議などで職員へ周知していませんでした。事故・緊急時対応については、AEDのビデオ研修会をしていませんでした。緊急時連絡網を整備し、指揮命令系統を明らかにしていませんでした。 29. 事故が発生した際は、速やかに事故報告書で報告して対応を検討していませんでした。さらに職員会議で事故防止の対応について再検討していませんでした。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成していませんでしたが、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。		

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。	B	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)		<p>31. 理念・運営方針に人権保護や意思を尊重したサービス提供を明示していました。人権に関する研修の実施や不適切ケアチェック表を活用し、適切なサービス提供に取り組んでいました。</p> <p>32. 職員会議やミーティングで、利用者のプライバシーや羞恥心への配慮を検討し、点検を実施していました。</p> <p>33. 利用は断らない方針で、医療的ニーズが高い（喀痰吸引や胃ろうの対応）場合や送迎範囲外の場合は説明の上、他の事業所を紹介していました。</p>			
(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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 事務室前に意見箱の設置やユーザーアンケート（年1回）の実施、連絡ノートの書き込みや送迎時の聞き取りで意見や要望の収集をしていました。アンケートや聞き取りで出た意見は、職員会議や法人のブロック会議で検討を行い対応していました。また、事業所玄関にアンケート結果と対応を掲示していました。</p> <p>35. 苦情対応のマニュアルの整備を行い、苦情報告書にて報告し職員会議で改善への取り組みを検討していましたが、苦情内容と改善状況について公開していませんでした。</p> <p>36. 第三者委員を設置し連絡先を記入して掲示していましたが、重要事項説明書に公的機関等の相談窓口の電話番号・FAX番号・受付時間の記載がありました。外部人材による利用者の相談機会の確保はありませんでした。</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。	B	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. ユーザーアンケートを実施し、結果を職員会議・日々のミーティングで検討してサービスの改善に努めていました。その中で送迎の迎え時間を毎回同じにして欲しいとの要望があり検討の上対応していました。</p> <p>38. 職員会議や法人のブロック会議でサービスの質の向上を検討していましたが、また、法人ブロック会議や地域ケア会議の参加を通して、他事業所の情報を収集し自事業所との比較検討をしていました。</p> <p>39. 3年毎に第三者評価を受診していましたが、事業所で年1回以上実施する自己評価の仕組みはありませんでした。</p>			