

アドバイス・レポート

令和 4 年 4 月 1 5 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 3 年 7 月 2 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（レーベン横大路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) 法人理念に基づいたサービスの提供</p> <p>法人の理念である「共に生き 笑顔で支えあう くらしづくり」を全職員に周知されて、理念を念頭においたサービスが実践されています。また利用者と理念を唱和される機会を持ち、サービス提供側の一方的なものでなく、利用者もレーベン横大路デイサービスセンターの思いや大切にしていることを理解することで安心して利用されています。毎月開催されているスタッフミーティングにて、提供しているサービスやケアについて、常に理念にもとづいたサービスの提供ができているか振り返りを行い、さらなる向上に努めておられます。</p> <p>2) 職員の意見が反映される体制づくり</p> <p>施設全体で各種委員会を設置し、デイサービスの職員も担当を分けて各種委員会に参加されています。委員会はそれぞれ毎月、会議を開催し、問題点や課題点の検討及び各部署の現状について報告し、情報共有をされています。委員会は一定の権限をもち、改善への取り組みや出された意見に即座に対応されています。組織として、各委員会に権限を与えることで、各職員が責任をもち、好循環が生まれるよう運営されています。</p> <p>定期的に施設長、所属長が全職員からヒアリングを行い、直接的に職員の意見が言える機会となっています。また職員アンケートや職員のやりたいことリストを作成し、職員が意見を出し合って実現に向けて取り組まれています。実際には、リクエスト食の導入やクラブ活動を実施したり、施設の開設の際には浴室やトイレ等の設計に現場職員の意見を取り入れて、利用者がより快適に過ごせることにつながっています。</p> <p>3) 利用者の権利擁護・身体拘束防止に対する高い意識</p> <p>利用者に対して、普段使っている言葉遣いや声かけが、利用者の行動を抑制するような不適切なものになっていないか定期的に点検するよう、レーベン横大路独自のスピーチロック集を作成し、毎月開催の身体拘束防止委員会にて確認・評価をする等、利用者の権利擁護・身体拘束防止について、常に高い意識を持って取り組まれています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) デイサービスセンターの中・長期計画の策定</p> <p>利用者・家族アンケート及び職員アンケートを実施し、意見や要望を聞き取りながら単年度の事業計画を策定されています。中・長期計画については、法人全体の中・長期計画を策定されていますが、デイサービスとしては、中・長期計画は策定されていませんでした。施設全体として策定されていますが、今後のサービスの多様化や制度改正、人材確保・育成等、対応が求められる中で、安定した事業運営を継続するとともにサービスの質を維持・向上するためにも、レーベン横大路デイサービスセンターとして、5年先、10年先を見据えていかなる事業運営を行うべきか、立案し、計画的に事業を展開していくことが一層必要となってくるのではないかと思います。</p> <p>2) 個別援助計画とアセスメントシートの活用</p> <p>利用者ごとにアセスメントシートと個別援助計画を策定されていますが、策定期間にずれがありました。事業所独自のアセスメントシートにて課題分析し、既存ソフトに個別の通所介護援助計画が反映されていますが、別々のツールで策定されているためか、アセスメントの実施日と援助計画の策定日に開きがありました。</p> <p>利用者の目標の達成や課題分析、課題の明確化を行い、目標を達成するために必要な内容を具体的にプログラムされていますが、期間に開きがあると、その間に状況が変化することも考えられますので、一定の期間内に策定いただくことをおすすめします。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>スタッフミーティング等にて、サービス内容の確認・分析・検討し、現状の課題や取り組むべきこと等、事業所の自己評価をされています。ただ一定の評価基準に基づいて評価し、課題を明らかにするプロセスを示すものが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) デイサービスセンターの中長期計画の策定</p> <p>施設全体の中・長期計画が策定されていますが、今後も健全な事業運営を行っていく上で、レーベン横大路デイサービスセンターとしての中・長期計画の策定をご検討下さい。策定にあたっては、例えば、中期計画を3年～5年、長期計画を5年～10年程度の期間を見据えて、サービス内容等のソフト面と環境整備等のハード面の両面からデイサービスの事業方針や今後の展望を具体的に計画に起こすことで、計画実現に向けた具体的な取り組みにつながると思います。</p> <p>計画を策定される際は、デイサービスの全職員で、これからどのようなことに取り組むべきか、どのような組織（職場）にしていきたいか等、職員の想いや夢を語り合えるような場として捉えてみられてはいかがでしょうか。</p>

	<p>2) 個別援助計画とアセスメントシートの活用</p> <p>各利用者のアセスメントを実施される際は独自のシートを使用し、個別援助計画は既存ソフトを使用されていますので、ソフト上の難しさもあるかと思いますが、一元化することで内容が連動できるとともに、計画内容の充実や作業面の軽減にもつなげることができるのではないのでしょうか。策定にあたっては、介護職員等にも参加してもらうことで、より広い視点で利用者のニーズを捉え、目標の達成に向けたケアの提供につながると思います。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>サービス内容の評価は定期的に行われていますので、事業計画の目標や介護サービス毎のレベルを一定の評価基準で評価する等、業務プロセスを可視化し、そこから見える課題を明確化し、達成目標をより具体的なものにして、目標達成状況を評価等、PDCAサイクルを活かし、継続的に改善活動に取り組むことで、より現実的な事業評価～サービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。</p> <p>一定の評価基準として「全国社会福祉協議会 共通評価基準ガイドライン・内容評価基準ガイドライン」等を参考にし、事業所の特色にあった評価基準を職員全員で話し合いながら策定し、活用することで、レーベン横大路デイサービスセンターの魅力が、より共有・発信されることにつながると思います。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670901491
事業所名	レーベン横大路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)	地域密着型介護老人福祉施設、(介護予防) 短期入所生活介護、居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	令和4年1月12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)理念である「共に生き 笑顔で支えあう ぐらしづくり」の実践に真摯に取り組まれています。理念及び運営方針は事務所・デイスタッフルームに掲示し、毎月開催しているスタッフミーティングにて理念及び運営方針に沿ったサービスが提供されているかを確認されています。パンフレットやホームページ、フェイスブックを活用し、事業所の取り組みを随時発信されています。2)各種委員会が設置され、毎月スタッフミーティングで、課題事項等を検討されています。組織として、各委員会に一定の決定権を委譲することで、改善すべき事項に即座に取り組める体制が構築されています。			
(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)施設全体の中・長期計画とデイサービスとして単年度の事業計画が策定されています。計画の策定は、利用者満足度アンケートとスタッフミーティング、職員アンケートを実施し、利用者の要望や職員の意見、やりたいことが反映されるように努めておられます。今後のビジョンを明確にするためにも、法人の中・長期計画に沿って、レーベン横大路デイサービスセンターとしての中・長期計画を策定されることをおすすめします。4)事業計画は、毎月のスタッフミーティングで振り返りを行い、各委員会で半年に一回達成状況の確認、見直しをして、年度末に評価されています。			
(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。	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)法令遵守については、施設全体のレーベン会議で確認された事項をデイサービスのスタッフミーティングで職員に周知し、適切なサービス提供と法令遵守に努めておられます。デイサービスの事務所にパソコンとタブレット端末を設置し、関係法令等をすぐに調べられるように整えておられます。6)施設長は、会議に出席し課題等を共有するとともに、日常の業務においても、常に職員とコミュニケーションをとり、密に連携が図られています。年2回、全職員に個別ヒアリングを行い、意見等を聞く機会を設けておられます。7)施設長は、常に事業所のサービス実施状況を把握し、緊急時等は職員が緊急連絡網に沿って、指示を仰げる体制が整っています。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8)利用定員30名に対して、職員10名(うち介護福祉士5名)を配置し、利用者のニーズに沿ったサービスの提供が実践されています。介護福祉士等の資格取得の支援として、施設長が講師となり、勉強会を実施する等、バックアップ体制が取られています。9)法令研修、階層別研修の年間研修計画を作成し、計画書を職員へ配布し、定められた研修を実施されています。また各委員会やスタッフミーティングで勉強会を実施し、職員のスキルアップに努めながら、総括主任が適宜助言をされています。10)実習生受入マニュアルを整備し、定期的に実習生の受け入れをされています。毎月、実習連絡委員会を開催し、各部署の実習指導者が参加し、情報共有やマニュアルの見直しをされています。		
(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、スタッフ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)勤務表作成の際は、職員の公休の希望を聞くとともに、有給休暇の保有日数を給与明細に記載し、有給休暇が取りやすいように配慮されています。ノー残業デーを設ける等、職員が働きやすい職場づくりに努めておられます。また介護負担軽減のため、介護機器を活用しながら、「腰が痛くならないケア」について、適宜スタッフミーティングで話し合いをされています。12)職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持について、年1回ストレスチェックを実施し、メンタルヘルスの相談受付の案内を事務所に掲示するとともに産業医に相談できる体制を整えておられています。職員専用の食堂や畳の部屋等もあり、休憩スペースは十分確保されていますが、テーブルに花を飾ったり、ソファを置いたり、事業所の環境(ハード面)について、より充実できるよう職員間で話し合う機会を設けられてはいかかでしょうか。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		13)法人のホームページやパンフレットにて、事業所の概要や運営理念等の情報を公開されています。活用できる社会資源や地域の情報を施設内やデイサービスのフロアに見やすく掲示されていました。またフェイスブックを活用し、デイサービスの取り組みを随時発信しておられ、利用者の家族も日々の様子が知ることができ、好評を得られています。14)(コロナ禍前)毎年レーベン祭を開催し、地域住民も参加し、講習会や作品展を開催されています。運営推進会議や事業所連絡会、京都市老人福祉施設協議会のデイ部会等で情報収集し、レーベン会議でニーズの把握に努めておられます。		

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)法人のホームページやパンフレット、フェイスブックを活用し、必要な情報や事業所の魅力を発信されています。SNSを利用されない方もおられますので、毎月利用者に配布されている献立表の裏面を活用して、レクリエーション等の取り組みの様子等を掲載されてはいかがでしょう。また法人全体の通所介護事業所のパンフレットにも理念や事業所の概要、サービス内容等を記載することで、見学者や新規利用の際にも、紹介しやすくなると思われます。施設見学や相談には適宜対応されています。		

(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)重要事項説明書にサービス内容や保険内外の料金について記載し、新規利用や変更が生じた際に、生活相談員等が利用者、家族等に説明し、同意を得られています。新規利用の際は、個別の料金表を作成し、説明されるとより分かりやすくなると思われます。成年後見制度や地域権利擁護事業等のパンフレットを設置し、相談があれば、併設の居宅介護支援事業所と共同し、適切に対応されています。		
(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	A
(評価機関コメント)		17)アセスメントシートを活用し、利用者・家族から生活状況の確認や希望、要望等の聞き取りをされています。利用者の状態や取り巻く状況に関する情報を収集・分析し、利用者が求められていることや解決すべき課題を明確する等、適切にアセスメントを実施されています。18)ケアマネジャーが作成した居宅サービス計画書を基に利用者・家族の意向や希望を確認し、具体的な目標が設定された通所介護計画書を策定されています。アセスメントの実施日と援助計画の策定日に少し開きがありました。19)適宜サービス担当者会議に参加し、参加できない場合は照会対応されています。ケアマネジャーや訪問看護、訪問介護等と連絡を密に取り、情報共有に努めておられます。20)毎月末にモニタリングを実施し、状況・状態等の変化があれば介護職員から相談員に報告し、担当ケアマネジャーに情報提供をされています。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		21)利用者の主治医等は新規利用の際に確認し、個人記録ファイルに主治医や関係機関の連絡先を記載し、必要な際は連絡が取れる体制が整っています。基本的にはケアマネジャーを介して、主治医等へ連絡をされています。		
(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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)介護サービスマニュアルが整備されています。スタッフミーティングで年に1回見直しをされていますが、更新された時期や内容が確認できませんでした。年度末の事業計画の策定時や事故・要望・苦情等の振り返り時等、見直しの基準を定めることで、職員間でより共有が図られるのではないのでしょうか。23)利用者の記録は、介護ソフトを用い、利用者ごとに細やかに記録、管理されていました。利用者の記録の取扱いに関する規程は整備されていますが、保管庫等に掲示し、常に職員の目に触れるようにすることで、より個人情報保護等の扱いに対する意識が高まるのではないかと考えられます。24)毎朝・夕にミーティングを実施し、その内容が記録されていました。より細かな内容は「ミーティングノート」に記載し、公休の職員も後日確認できるように工夫されています。毎月のスタッフミーティングでもサービス内容やケアの変更点等を話し合い、情報共有されていました。25)連絡帳やフェイスブックを活用し、利用時の様子等を家族にも分かりやすく伝えるとともに、送迎時に情報交換を行っておられます。		

(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、スタッフ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)感染症マニュアルを作成し、新型コロナウイルスに配慮しながら、感染症対策に取り組んでおられます。毎月、感染症委員会を開催し、各部署の担当者が参加し、注意喚起を行うとともに定期的に研修を行っておられます。27)フロア内は清潔で、収納や展示方法を工夫しながら、きれいに整理整頓されています。オゾン脱臭機を使用する等、臭気対策が取られ、フロアやトイレ等も嫌な臭いはありませんでした。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		28)各部署の担当で、事故防止委員会を毎月開催し、情報共有や対応方法について検討されています。実際の事故を基にロールプレイをする等、実践的な研修をされています。29)事故やヒヤリ・ハット事例が発生した場合は、報告書を作成し、当日のミーティングで事故原因や再発防止策を検討されています。事故とヒヤリハットの認識が違っても考えられますので、事故の定義について職員間で話し合い、共通認識を図ることで、より一層の事故防止につながるのではないかと考えられます。30)災害発生時の対応マニュアルを整備し、定期的に避難訓練を実施されています。隣接している地域の企業と合同で実践的な避難訓練を実施されていますが、マニュアルに地域との連携について、具体的な内容の記載が確認できませんでした。		

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)基本方針である「ご利用者が自己決定できるくらしづくりを目指す。」の実践として、利用者が選択できる環境を整えておられます。事業所オリジナルのスピーチロック集(言葉によって身体的、または精神的な行動を抑制すること)を作成し、普段使っている言葉や声かけが、利用者の行動を抑制することになっていないか定期的に確認し、人権の尊重に配慮したサービスが提供されています。32)入浴や排泄等の直接的介護は、同性介助を徹底し、常にプライバシーや羞恥心に配慮したケアが実践されています。プライバシー保護の取り組みとして、職員が「利用者体験」をし、自事業所のケア・対応を客観的に見ることで、より職員の意識の向上につながるのではないのでしょうか。33)利用申込については適切な受入れ体制が整えられています。定員超過等で即座に受け入れができない場合は、同法人の他事業所へ空き状況を照会する等、適切に対応されています。				

(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。	B	B
(評価機関コメント)		34)利用者アンケートを年1回実施し、利用者や家族の希望や要望を確認されていました。利用者の意向を聞く機会として、「井戸端会議」と称し、ゆっくりと利用者と話す機会を作り、その中の何気ない会話から利用者の意向や希望を聞き取り、利用者の思いを実現できるように取り組まれています。その他にもリクエスト食として、利用者の嗜好を聞き、定期的に取り組み提供されています。35)苦情対応マニュアルを作成し、研修を実施し、職員に周知されています。利用者の要望等には書面で返答し、対応内容をフロアに掲示されています。36)事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置し、第三者や公的機関等の連絡先を館内に掲示し、また重要事項説明書にも記載して契約時等に説明をされています。外部の人材を受け入れた相談機会の確保が難しいようであれば、法人全体で“利用者の声を聴く”といった形で、担当の職員を設定し、各事業所を定期的に訪問する等、取り組まれているか。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		37)利用者・家族アンケートや「井戸端会議」で、利用者満足度の把握に努めておられます。アンケート結果は職員ミーティングにて分析・検討し、サービス提供に役立てておられます。38)スタッフミーティング、レーベン会議、主任会議、経営会議を毎月開催し、ボトムアップの案件とトップダウンの案件を各会議を通して、全職員に周知されています。39)レーベン会議にてサービスの提供の確認をし、分析・検討された現状の課題や目指すもの、取り組むべきこと等を事業計画に反映されています。サービス内容の一定の基準をもって評価し、課題を明らかにするプロセスを示すものが確認できませんでした。一定のプロセスを可視化することで、よりレーベン横大路デイサービスセンターの特色を活かした事業計画が策定できるのではないかと思います。		