

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 7 月 26 日

令和 4 年 2 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都市高野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. 業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査アンケートをもとに職種ごとに課題を設定し、半期ごと（9 月・12 月）に振り返りを行っていました。また、事業計画をもとに職員ごとに自己目標管理シートを作成し、「目標達成のために個人ができる事」を考え、サービスの質の向上につなげていました。 <p>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理事長の役割を運営規程に明記し、年 2 回の理事長と職員代表による懇談会に於いて職員の意見を聞く機会を持っていました。自己目標管理シートに「上長に対する相談・要望・改善点」の欄を設け、管理者が信頼を得ているかどうか把握できる仕組みがありました。 <p>3. 質の高い人材の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の職員採用基準に基づいて有資格者の採用を優先していました。資格取得後のお祝い金制度があり、昨年度は 5 名が介護福祉士の資格を取得し、今年度も 4 名の受験が予定されている等、無資格者や未経験者のための雇用促進や定着化を進めていました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人統一の業務マニュアルをもとにサービスを提供し、新人職員の研修資料として実際に活用していましたが、見直しの基準を明記していませんでした。 <p>2. 第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所内の掲示物に第三者委員の記載はありましたが、外部の人材を受け入れての相談機会の確保はありませんでした。

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルに基づいたサービスを提供し、見直しもされてきました。そのマニュアルが最新の状態であるかを明確にするために、いつ、誰（どの部署・委員会等）が、どのように見直すかという具体的な基準を、現行の文書管理規程に盛り込み、改訂履歴も記載されてはいかがでしょうか。 <p>2. 第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・外部の人材による利用者からの聞き取りや、外部の視点からの気付きを取り入れる事により、新たな課題が明確になるなど、サービスの向上やリスクマネジメントにつながります。地域の民生児童委員への働きかけや、ボランティアの活用、懇談会などを企画し、外部の意見を聞く機会を設けてはいかがでしょうか。
------------------	---

※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	2670600291
事業所名	京都市高野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
訪問調査実施日	令和4年6月29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. 事業所の玄関に理念・運営方針を掲示し、利用開始時にはパンフレットで法人理念を説明していました。また、職員の名札の裏に法人理念を明示し、毎朝の朝礼で唱和していました。年度の初めの職員全体会議で、理念と運営方針を周知していました。 2. 各部署の管理者が職員会議で出た意見を集約し、法人連絡会議や所長会議を経て毎月行われる理事会に報告していました。事業計画の見直しは毎年3月末に行い、新年度の事業計画に反映していました。		
(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	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. 法人の中長期計画をもとに、年度ごとの事業計画を具体的な数値を挙げて策定していました。今年度は「デイ契約の決め手調査（通所介護を選ぶ時の決め手）」の結果で、「きれいで広い」という意見が多かったことから、整理整頓に取り組んでいました。 4. 利用者満足度調査アンケートをもとに職種ごとに課題を設定し、半期ごと（9月・12月）に振り返りを行っていました。また、事業計画をもとに職員ごとに自己目標管理シートを作成し、「目標達成のために個人ができる事」を考え、サービスの質の向上につなげていました。		
(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. 法人で共通の関係法令リストを作成し、事業所内パソコンにショートカットを貼り付け、必要な時に閲覧できるようにしていました。また、自主点検表の理解等、法令の研修を年間研修計画に組み込んでいました。</p> <p>6. 理事長の役割を運営規程に明記し、年2回の理事長と職員代表による懇談会に於いて職員の意見を聞く機会を持っていました。自己目標管理シートに「上長に対する相談・要望・改善点」の欄を設け、管理者が信頼を得ているかどうか把握できる仕組みがありました。</p> <p>7. 管理者は常に連絡が取れるように携帯電話を所持し、各部署に緊急連絡網を備えていました。利用者の緊急時に必要な連絡リストをファイル化し、送迎の際には持参することで、速やかに緊急対応できる体制となっていました。</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。	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. 法人の職員採用基準に基づいて有資格者の採用を優先していました。資格取得後のお祝い金制度があり、昨年度は5名が介護福祉士の資格を取得し、今年度も4名の受験が予定されている等、無資格者や未経験者のための雇用促進や定着化を進めていました。</p> <p>9. 事業所独自の年間研修計画があり、経験年数に合わせて研修を行っていました。自己目標管理シートに研修・自己研鑽の項目を設け、定期的に振り返りを行っていました。多岐にわたる項目の研修ウェブサイトと契約し、事業所内でウェブ研修を行っていました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルがあり、「チャレンジ就労体験事業」や総合支援学校の職場体験実習を受け入れていました。また、実習指導者の教育は、介護福祉士実習指導者講習を活用していました。</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	B
	(評価機関コメント)		<p>11. 職員の勤怠状況に関しては法人と共有して管理を行い、育児に関しては、実際に保育園の送り迎えの時間に合わせて出退勤できるように配慮していました。また、スライディングボードや多機能車いすの導入等福祉用具活用のほか、職員の声を反映し、車いすのまま乗車できる軽自動車の導入により道幅の狭い利用者の自宅前まで送迎できるなど、職員の負担軽減に努めていました。</p> <p>12. 職員のメンタルヘルスケアとして、年に1回、産業医に相談できる体制を確保していました。共済会の利用で補助が受けられたり、相談室や事務室を活用して職員が昼食や休憩できるよう工夫していました。しかし、ハラスメントに関する規程が、パワーハラスメントとセクシャルハラスメントに限定していました。</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	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. 事業所玄関に法人理念を掲示するとともに、法人機関紙「いしずえ」・事業所パンフレット・情報の公表および第三者評価の内容を設置していました。地域のお祭りのための集会場所として町内会にデイフロアを開放したり、おみこしを保管するなど、地域との良好な関係を構築していました。 14. 左京区認知症ネットに積極的に参加し、併設の地域包括支援センターと一緒に、認知症サポーター研修や、すこやか学級の開催をしていました。		

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. ホームページやパンフレットにより、事業所の情報を提供していました。見学希望時は、どの職員でも同じ説明や案内ができるように「見学者対応マニュアル」を整備していました。また、見学があった場合は「新規受付記録」に記載していました。		
(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. 重要事項説明書のほか、料金や加算内容に変更がある場合は覚書を作成して説明し、同意を得ていました。判断能力に支障がある利用者との契約に備え、成年後見制度に関するパンフレットを事業所玄関に設置し、併設の地域包括支援センターと連携して活用を行っていました。実際に、成年後見人との契約を行った事例がありました。		
(3) 個人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. 法人内の通所介護共通の様式でアセスメントを行い、主治医や各種専門職との連携も行っていました。アセスメントの見直しは、3ヶ月ごとに生活機能チェックシートを用いて行い、ケース検討会議で評価する仕組みがありました。 18. 居宅サービス計画書をもとに利用者のニーズや要望を把握し、通所介護計画を作成していました。サービス担当者会議には本人や家族が参加していました。 19. 通所介護計画策定にあたり、サービス担当者会議やカンファレンスに参加し、主治医をはじめとした専門職に意見照会や意見交換を行っていました。 20. 「相談員マニュアル」に沿って、3ヶ月ごとにケース検討会議で通所介護計画を見直していました。		

(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. 各利用者のフェイスシートに主治医や緊急連絡先を記載していました。関係各所の情報を「連絡リスト」にまとめ、緊急時に素早く対応できるようにファイル化していました。また、退院前カンファレンスに参加する事で連携体制を確保していました。		
(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。	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. 法人統一の業務マニュアルをもとにサービスを提供し、新人職員の研修資料として実際に活用していましたが、見直しの基準を明記していませんでした。 23. 利用者の様子や利用状況は、介護記録ソフトを用いて記録し、情報共有していました。法人の文書管理規程をもとに管理を行い、個人情報保護やプライバシー保護に関して、年間研修計画に組み入れていました。 24. 利用者情報は、「日報」「送迎申し送り表」「ケース記録」に記入し、相談員が「共有ファイル」に集約していました。時差出勤のパート職員も出勤時に目を通して業務に入るよう習慣づけることで、情報共有していました。また、3ヶ月ごとにケース検討会議を行い、職員間の意見交換も行って行っていました。 25. 送迎時に直接家族に面接したり、連絡ノートを活用して家族との情報共有を行っていました。また、利用時の様子を広報誌「高野デイほほえみ通信」で報告していました。		
(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	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. 法人共通の感染症マニュアルを整備し、新型コロナウイルス感染症に関しては、最新情報を入手していました。研修ウェブサイトの動画研修ツールを活用して、必要に応じて研修できる体制を取っていました。 27. 事務室は職員が定期的に清掃を行い、その他のスペースは清掃業者に委託し、毎日の清掃状況を点検表を用いて確認していました。事業所内は利用者ニーズに応じて、整理整頓することでデイルームが広々となるように務めていました。また、臭気もなく、清潔に保たれていました。		
(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	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	A

	(評価機関コメント)	<p>28. 緊急時対応マニュアルを作成し、火災・送迎時・管理者不在時ごとに実地訓練を実施していました。事故発生時の指揮命令系統をフローチャートにして事業所内に設置し、送迎時の事故対応も「連絡リスト」を持参する事で、速やかに対応できるように工夫していました。</p> <p>29. 事故やヒヤリハットが起きた場合は、緊急対応マニュアルに沿って事故報告書を作成し、当日のうちに「分析会議」を開催することで、原因や改善策を検討していました。さらに年度末には再発防止の観点からマニュアルの見直しを行っていました。</p> <p>30. 法人の「災害対策マニュアル」をもとに消防訓練・シェイクアウト訓練（一斉防災訓練）・福祉避難所開設訓練を行っていました。災害時の食料備蓄を定期的に確認し、地域での役割を發揮できる体制がありました。</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

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)		<p>31. 法人理念に基づいて、年間の研修計画に「高齢者虐待防止・身体拘束防止・尊厳の保持」を組み入れ、研修を行っていました。</p> <p>32. 年間研修計画にプライバシー保護の研修を位置付けていました。カーテンやスクリーンをトイレ・脱衣所・浴室・ベッドに備え、プライバシーや羞恥心の配慮をしていました。トイレから出る際に利用者同士の顔が直接見えないように配慮をしていました。</p> <p>33. 利用申し込みは「新規受付記録」で管理していました。送迎エリア外や定員超過で受け入れが難しい場合は、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	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	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者満足度調査アンケートの実施や意見箱の設置、送迎時を利用して意見を聞く機会を設けていました。6月には苦情対応の研修も実施していました。</p> <p>35. 毎年利用者満足度調査アンケートを実施し、利用者の意見を聞く機会を設けていました。出された意見はホームページの「ご利用者様、ご家族様の声」で公表していました。また、事業所玄関に「みなさまの声」として要点と対応を公開していました。</p> <p>36. 事業所内の掲示物に第三者委員の記載はありましたが、外部の人材を受け入れて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	A
(評価機関コメント)		37. 毎年利用者満足度調査アンケートを実施し、アンケートの結果はサービス向上委員会を中心にまとめ、課題を検討し、結果と改善点を事業所玄関に公表していました。 38. 毎月の職員会議でサービス向上委員会を開催し、サービス改善に向けて話し合っていました。今年度は相談員が率先して他事業所の取り組みを分析し、半日デイサービスの実現につないでいました。 39. 利用者満足度調査アンケートに基づき年度ごとの事業計画を立て、自己評価表を作成し、課題の明確化を行っていました。第三者評価も3年ごとに受診していました。		