

# アドバイス・レポート

令和 4 年 7 月 8 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 4 年 1 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市御池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><b>1) 労働環境への配慮</b></p> <p>職員の意向や要望は施設長との面談時に聴取されています。育児休業や介護休業体制を整備し、有給休暇取得状況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まれていました。また、長期勤続者のリフレッシュ休暇（3日間）や夏季休暇（5日間）の設定や、「労働時間の適切な管理等について」の規程を設けて超過勤務を極力少なくするなど、職員への配慮がなされています。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まれています。休日数と有給休暇取得率に、ワークライフバランス実現に向けた法人の健全な姿勢が現れています。</p> <p><b>2) 地域への貢献</b></p> <p>事業所内の他部署と連携し、認知症サポーター養成講座への講師派遣、地域ケア会議への参加、学区サロン運営に「脳トレ」の実施で参画、地域への車いす貸出、美術高校生の作品展示など、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まれています。また法人規程として「ボランティア休暇制度（5日間）」を設け、無償ボランティア活動を支援されています。</p> <p><b>3) 職員間の情報共有</b></p> <p>職員間の情報共有として朝夕のミーティングを実施し、利用者の変化や連絡事項をタイムリーに書き込みできる表を活用されています。事業所のスペースを最大限に活かしてフロア全体を見渡せるレイアウトにし、相談員や介護職が事務作業をしても対応できるように活用されています。看護師デスクが利用者に対面できる配置により、隣接する中学校のグラウンドに向かって座られている利用者の様子を確認しやすく、安心や満足感を得られる工夫をされています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1) 個別援助計画等の見直し</b>          通所介護計画については6か月ごと、個別機能訓練計画については3か月ごとと定め、定期的実施状況や目標達成状況を確認して計画の見直しを行い、その評価についても帳票を作成して適切に記録されています。計画書を見直しその評価を行うまでのプロセスの中で、モニタリングに相当する確認・作業の工程を行っておられると思われませんが、モニタリングに特化したシートや記載が見当たりませんでしたので、工夫や改善が望まれます。</p> <p><b>2) 業務マニュアルの見直し</b>          法人及び事業所内で策定されたマニュアルが整備され、内容も各職種ごとに多岐にわたり網羅され、職種会議で議論の上見直しをしておられますが、見直しや改訂を行った年月日の記録が数年間更新されていませんでした。</p> <p><b>3) 第三者への相談機会の確保</b>          事業所に介護相談員等の受け入れ実績はありませんでした。また利用者家族が第三者委員に相談する場合、受付窓口が法人職員を経由して連絡する体制では相談しにくい場面があるのではないのでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 個別援助計画等の見直し</b>          モニタリングの記録は、内容と実施日を既存の評価表に記載できるように工夫をすることで、簡便かつ明確化することができるのではないのでしょうか。モニタリングを1か月ごとに行い、毎月のサービス提供（給付）実績報告書にモニタリング内容を転記し、居宅介護支援事業所に連絡を行うことで、より円滑な多職種連携につながるのではないかと考えます。</p> <p><b>2) 業務マニュアルの見直し</b>          感染症対策など都度新しく対応が必要なものや、改訂が必要でないマニュアルなど法人内の職種ごとに見直しをし、改訂が必要なものと必要ないものに分けた上で、見直した日を記録した一覧表を添付することでわかりやすくなるのではないのでしょうか。          またマニュアルの量が多いので、1冊にまとめるのではなく、直接支援にかかわるもの、間接支援で対応するものなどに分類することでマニュアルがさらに周知され、より実践的な活用ができるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 第三者への相談機会の確保</b>          利用者アンケートを実施したり、日頃より利用者家族から意見や要望を事業所職員が聞き取ったりされていますが、利害関係のない第三者への相談機会の体制の整備を検討されてはいかがでしょうか。例えば地域の民生委員や福祉委員の皆様にご協力していただいて懇親会等開催したり、同じ敷地内の学校関係者に相談できる窓口を依頼することなども考えられます。利用者家族が直接相談できる第三者委員への連絡も、法人から第三者委員に携帯電話を貸与し、相談受付時間を決めて相談できる体制を検討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	2670300587
事業所名	京都市御池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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	令和4年5月30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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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) 法人理念・事業所運営方針等を事業所内入口や職員用トイレに掲示し、職員会議、パンフレット等で周知されています。 2) 法人内の施設長会議や職員会議、部門会議、個人面談時などの機会に職員評価チェックシートを利用して職員の意見を反映できるよう取り組まれています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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) 利用者アンケートにより把握した利用者の意見等を反映させ、法人の計画に沿って事業計画を作成されています。事業所内の全体会議開催時に事業計画の評価をされています。 4) 各職種ごとに業務レベルの課題を確認し、施設長等においても半期ごとに課題の達成状況を確認されています。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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)		5) 法令遵守研修を法人内で実施し、事業所内研修ではYoutubeを利用し不適切な対応事例などの研修に取り組まれています。 6) 年1回施設長が職員ヒアリング時に施設長や上司に対する意見要望を聞く仕組みを作られています。 7) 緊急時対応マニュアルを整備し連絡体制を確立されています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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) 職員採用基準は法人作成の面接確認票を活用されています。資格取得支援制度として、勤務扱いでの研修参加や、資格取得時に職員が選べる品物を記念品として提供されています。 9) 経験年数、階層、職種等に分類した体系的な研修体制を構築されています。事業所内ではケースワークやグループワークを取り入れて学び合いの機会を設け、新人職員には指導係をつけてOJTの仕組みを作られています。 10) 実習受け入れマニュアルは整備されています。実習受け入れには施設長が実習受入担当者として現場職員と連携して対応されています。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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)		11) リフレッシュ休暇は3日、夏季休暇は5日設けられ、有給休暇取得率も高く、超過勤務も少なくするなど、労働環境に配慮されています。複合施設のため改修は難しいと思われませんが、女性男性職員用トイレが共用で1か所のため、利用するとき不便を感じることもあると思われます。 12) 給与明細データ送付時に心の健康相談室の窓口の案内を添付し、相談できることを周知されています。会議室を職員休憩用に利用されています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		13) ホームページやパンフレットで事業所の情報を開示し、事業所の広報誌を掲示して利用者や地域にも配布されています。同敷地内中学校のイベントに参加されています。 14) 近隣企業向けの認知症サポーター養成講座に職員を講師として派遣されています。学区のサロン運営に参加し、保育園小学校中学校とも作品展示を通じて交流を図られています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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) 事業所独自のパンフレットを作成し、一日の流れ、利用料金、持ち物など詳しく記載されています。見学・体験利用の記録を作成されています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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使用してサービス内容や利用料金の説明をされています。不明な点があれば再度口頭で説明されています。成年後見人制度及び地域福祉権利擁護事業を利用した方が良いと思われる場合、地域包括支援センターと連携し相談対応できるようにされています。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		17) アセスメントは初回に実施したあと、6か月ごとに見直しなど定期的に評価されています。 18) 利用者の意向を確認し、通所介護計画書や個別機能訓練計画に反映されています。 19) 担当ケアマネジャーを通じて主治医等に意見照会されています。 20) 個別援助計画等の見直しを行う時期・手順等について定められていますが、一部定められた時期に応じた見直しができている所がありました。		
(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) 利用者の入退院カンファレンスに参加し情報収集されています。利用者の身体状況確認事項はケアマネジャーを通じて主治医や訪問看護師に確認されています。		
(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、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) 法人及び事業所でマニュアルを策定されています。職種ごとの会議で定期的な見直しをされていますが、見直しや改訂の年月日の記録が数年前になっているものがありました。 23) サービス提供記録は利用者個人の日報や業務日誌で管理されています。利用者送迎ホワイトボードはカーテンで目隠しされ、排泄表もファイルを使用し記入後は表紙を閉じて見えないようにされています。 24) 利用者の状況等に関しては朝夕のミーティングを実施して情報共有し、部門会議で支援方法を検討されています。フロアを中心に看護師のスペースを配置し、隣接する中学校のグラウンドに向かって座られている利用者の様子に目の行き届きやすい環境を作られています。 25) 連絡帳を作成し送迎時に家族と情報共有されています。家族にも行事に参加できるよう案内を実施されています。		
(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、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) 感染症マニュアルを作成し事業所内の3部門合同で感染症予防研修を実施されています。 27) 事業所内は毎日職員が清掃されています。空気清浄機を設置し臭気対策をされ、事業所内で環境設備委員会を設置し他部署と衛生環境の評価ができる取り組みをされています。		

(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)		28) 事故発生時には事故検証を実施し再発防止策を検討されています。交通安全研修では映像媒体を見て事故防止研修を実施されています。 29) 発生した事故は本部リスクマネジメント委員会へ報告し、職員会議で検討して再発防止策を実践されています。 30) マニュアルにもとづき災害消防訓練を実施し、福祉避難所として自然災害発生時の備蓄をされています。		

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

#### 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) 利用者の人権尊重について理念を策定し、職員に周知されています。虐待防止・身体拘束廃止研修を実施されています。 32) 利用者の静養ベットにはカーテンを新たに設置し、利用者が見えないように変更されています。 33) 医療処置や認知症の周辺症状を理由に利用を断った事例はないとのことでした。				
(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。	B	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)		34) 年一回利用者アンケートを実施し、結果を周知されています。通所計画書見直し時に利用者家族に面談されています。 35) 苦情対応マニュアルを策定し、対応方法について施設内に掲示されています。利用者アンケート結果は利用者・家族に報告されています。 36) 介護相談員等の受入れ実績はありませんでした。第三者委員への連絡方法は法人本部職員を經由して相談する体制になっています。				
(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。	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) 利用者アンケート結果に基づき、事業所内部部門会議で検討し改善を目指す取り組みをされています。 38) 事業所内の各部署が集まりサービス検討委員会を毎月開催し、業務改善やサービス向上を目指して検討されています。 39) 事業所内サービス検討委員会を定期的に開催し課題を明確化されています。法人内会議で事業所間のサービスについて検討をされています。				