

様式 7

アドバイス・レポート

令和4年7月27日

令和4年2月12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陶化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

特に良かった点とその理由	<p>1. 労働環境への配慮</p> <p>有給休暇消化率や時間外労働の管理は法人本部で行っていましたが、有給休暇は希望どおりに取得出来るように配慮して行っていました。職員ヒアリングにて就業状況や意向についての確認を行い、施設長会議にて法人全体のバランスを加味し、異動等人員配置を検討して行っていました。リフト浴や寝台浴を活用し、職員の負担軽減につなげて行っていました。</p> <p>2. 意見・要望・苦情の受付</p> <p>利用者の意向や満足度を把握するために、年1回のユーザーアンケートを実施して行っていました。また、アンケートの他、日々の連絡帳のやり取りや送迎時のほか、サービス担当者会議においても、利用者や家族からの意見や要望を聞きとり、それを基にサービスを改善したことを、業務日誌や職員会議の記録に記載し共有して行っていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>1. 事業計画等の策定</p> <p>単年度の事業計画は作成していましたが、中・長期計画はありませんでした。</p> <p>2. 感染症の対策及び予防</p> <p>感染症マニュアルは作成していましたが、感染症に関する研修の実施記録がありませんでした。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>利用者からの意見・要望などを把握し、その結果を利用者に配布していましたが、公開するまでには至っていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. 事業計画等の策定</p> <p>単年度の事業目標、事業計画については具体的に計画されていました。さらに、地域の福祉ニーズや制度の動向等に応じて3年後、5年後にどういった事業運営を求められるのかといった視点や、サービスの質を段階的に高めていくための取り組みの長期的な到達目標を数値化するなど、時期を定めた計画を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 感染症の対策及び予防</p> <p>感染症対策は日々変化しているため、その都度研修をし、記録に残すことが新たな対策につながります。行政等から随時送られてくる新型コロナウイルスに関する情報等を取りまとめたり研修の実施記録を整理することで、より徹底した感染症対策が図れるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>利用者や家族からの意見や苦情を公表することで、施設の対応の透明性の確保ができ、信頼を得ることにもつながります。</p> <p>毎月1回広報誌を発行し、利用者の状況などを広報されていましたので、この広報誌に意向・要望・苦情があった場合に、その内容と対応策などを個人情報に配慮しながら公開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	2670500103
事業所名	京都市陶化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4年6月22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。	B	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思決定を行い、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. 玄関に理念を掲示していました。また、パンフレットにも理念を掲載し、利用者や家族等に配布することで周知を図っていました。 2. 理事会は定期的で開催していました。また毎日の終礼ミーティングや毎月の職員会議にて職員の意見を聞き取り、反映する仕組みとなっていました。 また、「職務レベル一覧表」にて職務に応じた権限委譲や各責任を明確にしています。		
(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	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	B
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画は作成していましたが、中・長期計画はありませんでした。課題の明確化は目標達成表にて行っていました。組織体制・運営の現状分析は毎月1回、施設長会議で行っていました。 4. 各職員の役割に応じて、現状把握や課題の検討を職員会議で行っていました。しかし、業務レベルで設定した課題を盛り込んだ計画は策定しておらず、達成状況の確認も出来ていませんでした。		
(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	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. 施設長は法令遵守の観点での研修に参加していました。しかし、法令のリスト化は出来ていませんでした。</p> <p>6. 施設長の役割と責任は、「職務レベル一覧表」にて文書化していました。また、ヒアリングを年1回実施時に職員の意見を聞く機会を確保していました。しかし、施設長を評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 施設長は、携帯電話を所持し常に連絡が取れる体制をとっており、緊急時に指示を仰ぐ体制となっていました。また、業務日誌で日々の状況把握をしていました。</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。	A	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	B
		(評価機関コメント)		<p>8. 施設長会議にて法人内の人員体制を確立していました。また、資格取得援助要綱に則って費用負担等の資格取得支援をしていました。</p> <p>9. 法人全体で年間研修計画を立てていました。しかし、職員の「気づき」を促し学ぶ仕組みはありませんでした。</p> <p>10. 実習受け入れに対する基本姿勢や受け入れマニュアルを定めていましたが、実習指導者に対する研修は実施していませんでした。</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. 有給休暇消化率や時間外労働の管理は法人本部で行っていました。有給休暇は希望どおりに取得出来るように配慮していました。職員ヒアリングにて就業状況や意向についての確認を行い、施設長会議にて法人全体のバランスを加味し、異動等人員配置を検討していました。リフト浴や寝台浴を活用し、職員の負担軽減につなげていました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談体制及び福利厚生として「共済会」を活用していました。ハラスメントの防止に関する要綱も定めていました。</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。	B	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. ホームページに運営理念を掲載し地域へ開示・広報していました。また、玄関に安心安全マップを掲示し地域の情報を伝えていました。しかし、情報の公表制度の内容を自ら開示していませんでした。</p> <p>14. 年1回介護者教室を地域包括支援センターと合同で開催し、介護についての講演をしていました。また、併せて介護相談も行っていました。</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
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.パンフレットにデイサービスのタイムスケジュールが載せてあり、併せて写真を掲載することにより、1日の流れが利用者に伝わりやすいように工夫していました。また、利用者の問い合わせや見学対応については、「取りまとめファイル」や「業務日誌」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.重要事項説明書で、サービス内容や料金、保険外のサービス料金について説明していました。同意欄に利用者本人や家族、成年後見人の署名、捺印がありました。			
(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)		17.アセスメントは、利用者や家族から意向を聞き取っていました。利用者の心身状況や生活状況等に変化が見られなくても、6ヶ月ごとに更新していました。 18.通所介護計画書は、利用者や家族の意向の記載があり、ニーズや課題等を明確にし、利用者及びその家族等の同意を得ていました。 19.介護支援専門員を通して医師や他の専門職（病院関係者）から情報を得ていました。また、それを通所介護計画書に反映していました。 20.モニタリングは6ヶ月ごとに行い、「評価表」に利用者や家族等から同意の署名をもらっていました。通所介護計画書の見直しの基準は、業務マニュアルに記載していました。			
(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.地域診療所と定期的にカンファレンスを行い、情報や意見交換を行っていました。また、介護支援専門員を通して入退院時の情報を得たり、併設の地域包括支援センターと連携を取っていました。			
(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。	B	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	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. 標準的な業務マニュアルは作成していましたが、見直しの基準を定めていませんでした。また、1年に1回の見直しや更新が来ていませんでした。 23. 利用者一人ひとりの個人記録を整備していましたが、個人情報保護と情報開示に関する教育や研修が行っていませんでした。 24. 毎日、朝・夕のミーティングで、「業務日程表」「利用者予定概要」「業務日誌」を用いて、利用者に関する情報を職員間で共有していました。 25. 利用者の家族等との情報交換は、デイサービス利用時に記載する連絡帳や、送迎時に伝えたり、電話等で行っていました。		

(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. 感染症マニュアルは作成していましたが、感染症に関する研修の実施記録がありませんでした。 27. 事業所内の物品等は整理・整頓できていました。また、毎日の事業所内の清掃は職員が行い、トイレや洗面所等水回りも清潔に保たれ、臭気もなく、衛生管理が行っていました。		

(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	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. 事故対応マニュアル・事故報告書を作成していましたが、日々のミーティングでその日に起こった事故に対して協議し、業務日誌にも記載していましたが、その翌日のミーティングで前日の事故内容を共有し、再度事故に繋がらないように周知していましたが、その月の職員会議でも再度報告し、対応方法について職員へ周知することでサービス向上に繋がっていました。 29. 事故が発生した場合、事故報告書やヒヤリハットでの報告がありました。事故が発生したら、その日にミーティングを行い事故の対応について検討していましたが、例えば、おやつを提供をキザミ対応する方に対して刻まずに提供しようになった際も対応策を検討し、業務日誌にも記載して周知していましたが。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、年2回消防訓練・避難訓練を実施していましたが、また、京都市の福祉避難指定施設となっていました。また、地域との連携を意識したマニュアルは整備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。	B	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。	B	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)		<p>31. 日々の業務日誌にはその日の出来事を詳しく記載し、ミーティング時に利用者の人権尊重についての振り返りを行っていました。また、毎月実施している職員会議にでも人権尊重について話し合いをしていましたが、勉強会や研修は実施していませんでした。</p> <p>32. 排泄支援は同性介助を基本とすることで、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮して行っていました。また、それ以外にも配慮が必要と感じることがあればミーティング等、業務の中で話し合いをしていました。業務日誌に配慮すべきことを記載し、職員会議で報告周知していましたが、勉強会や研修は実施していませんでした。</p> <p>33. 利用申込に対しては、基本的に断ることはありませんが、区域外の方に関しては介護支援専門員と相談しながら他事業所の利用に繋がるように連携して行っていました。</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。	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。	B	B	
	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)		<p>34. 利用者の意向や満足度を把握するために、毎年1月にユーザーアンケートを実施して行っていました。また、アンケートの他、送迎時に家族からの要望を聞いたり、日々の連絡帳でも意向を把握して行っていました。</p> <p>35. 利用者からの意見・要望などを把握し、その結果を利用者に配布して行いましたが、公開するまでには至っていませんでした。</p> <p>36. 事業所以外の第三者を相談窓口として設置して行っていました。また、第三者委員を事業所内に掲示して行っていました。コロナ禍以前も外部の人材をボランティアなどで受入れて行いましたが、利用者の相談機会には繋がっていませんでした。</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。	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 毎年1回ユーザーアンケートを実施して行っていました。主な項目は、利用者のプライバシー保護・職員の対応・食事提供・入浴介助でした。今回の結果では、食事満足度が高評価でしたが、「もうひと工夫有れば」という意見があった為、食事を選択できるようにしたことにより、食事の満足度が向上して行っていました。</p> <p>38. 毎日のミーティングは日々の業務日誌を用いて実施して行っていました。業務日誌の中でサービス向上に関する意見(記載)があると、サービス向上委員会で議論して行っていました。</p> <p>39. 第三者評価は3年ごとに受診して行いましたが、年1回の自己評価が出来ていませんでした。</p>			