

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 3 月 28 日

平成 29 年 12 月 11 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたデイサービスセンター千本笹屋町様につきましては、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. 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>法人にて階層別研修の体制があり、「新規採用職員研修・新人フォローアップ研修・初級研修（2年目）、中堅研修（3・4・5年、または5年以上）、新任リーダー研修・指導者研修・新任管理者研修・管理者研修」計画的な研修が行われていました。</p> <p>2. 労働環境への配慮</p> <p>有給休暇については職員同士で話し合いを行い、取得されてきました。女性職員の、産休・育休・復職を支援する仕組みが出来ており、働く環境の整備が図られていました。</p> <p>3. 人権等の尊重</p> <p>事業所の理念・運営方針に「食べて、動いて、いつまでも長生きを」と定め、職員会議、日々のミーティングで確認をされていました。また、尊厳の保持・虐待防止についても、事業所内の研修で取り組んでおられました。重点的に機能訓練指導員と共にリハビリテーションに取り組んでいました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>法人デイサービス共通の記録書式に利用者の状態についての記載があり、ケアプランチェック表を用いて利用者毎のサービス進捗状況を確認する仕組みがありました。記録の廃棄についての規定がありませんでした。</p> <p>2. 事故の再発防止</p> <p>事故報告書が作成されリスクマネジメントの会議を定期的に行い、情報の共有を図り再発防止に努めていたが、事故発生時の状況説明・経過や結果などについて家族への説明が不十分でした。</p>

	<p>3. 災害発生時の対応</p> <p>防災管理マニュアルを整備し、年2回消防訓練、防災訓練を併設のグループホームや有料老人ホームとともに実施されていましたが、地域との連携を意識したマニュアルはなく、訓練が実施されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>記録・情報の破棄方法まで規定を整備されることで、職員が情報管理の重要性を確認でき、利用者の安心も得られるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 事故の再発防止</p> <p>事故報告書で状況・経過・対応・結果などは詳細に記載されていましたが家族への説明が連絡したという記載のみでした。家族がどのように受け止めどのような反応を示されたか迄記録されることをお勧めします。家族との信頼関係の構築の視点においても、丁寧に対応されることを期待します。</p> <p>3. 災害発生時の対応</p> <p>1階はデイサービス・2階はグループホーム・3階は有料老人ホームが併設された建物です。高齢者が多数生活をされているため災害発生時は混乱をきたすことが想像されます。職員だけの力では対応できない部分もあり地域の協力が必要となります。また、地域にとっては一時避難場所の機能を有するため地域との協定書を締結し、一緒に災害訓練をするなど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	2670200456
事業所名	デイサービスセンター千本笹屋町
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	平成30年3月7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. 理念は、フロアの壁に大きく掲示されており、利用者職員ともに、毎日見ることができる状況にありました。家族への周知は、重要事項説明書に記載し、契約時に説明していました。 2. 法人全体の理事会（年2回）、事業所長会議（月1回）、マーケティング会議（月1回）に加え、デイサービスの職員を対象とした職員会議が行われ、職員の声を吸い上げる仕組みがありました。			
	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. 法人が掲げる理念を長期の達成目標とし、単年度の計画を各事業所が其々計画を策定する仕組みがあり、毎月の職員会議にて現状分析を行っていました。 4. 各部門（入浴・記録・レクリエーション・広報・食事）にて、年間の具体的な計画が策定され、毎月の職員会議にて話し合いが行われていました。さらに法人の事業所長会議では四半期ごとに進捗状況の確認も行われていました。			
(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。	B	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。	B	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. 介護保険事業者向けの集団指導の資料は書庫にありましたが、そのほかの保険・医療・福祉関係法令、労働基準関係法令、道路運送法などは設置がなく、法令リストもありませんでした。</p> <p>6. 役務分担表が作成されており、一人ひとりの担当者の職務権限の記載がありましたが、管理者自らの行動を評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 管理者が不在時には、職務権限が介護リーダーに一任されており、有事の時も、適切に対応されていたことが記録にありました。</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	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. 法人本部に人事部が設置されていました。資格取得支援のための研修が法人で開催（介護福祉士8回コース）介護支援専門員（7回コース）されていました。</p> <p>9. 法人にて階層別研修の体制があり、「新規採用職員研修・新人フォローアップ研修・初級研修（2年目）、中堅研修（3・4・5年、または5年以上）、新任リーダー研修・指導者研修・新任管理者研修・管理者研修」計画的な研修が行われていました。</p> <p>10. 法人にて実習受け入れマニュアルが作成されていました。また実習指導者は研修にも参加していました。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇については職員同士で話し合いを行い、取得されていました。また職員の残業の軽減のために、入浴用のタオルについてはリースを活用したり、掃除についても外部業者に委託されていました。</p> <p>12. 福利厚生に関しては法人の福利厚生会（美麗愛会）にて、腰痛に対する相談等の活動がありましたが、メンタルヘルスに対する相談体制がありませんでした。就業規則にセクシャルハラスメントの表記はありましたが、パワーハラスメントやマタニティハラスメントの記載がありませんでした。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>13. 事務所の概要・運営理念、基本情報・運営情報などが、わかりやすく公開されていました。また祇園祭の時期には、利用者と鉦を見に行ったりと、地域の活動にも積極的に参加されていました。</p> <p>14. 上京区内の通所介護・小規模多機能型居宅介護連絡会で結成されている「ささえ愛の会」に参加し、地域にひらかれた相談窓口として平成30年4月開始予定でした。</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. ホームページ・パンフレットに事業所の情報をわかりやすく表示されていました。問い合わせや体験利用などは「依頼受付表」に記載し、昼食代も無料提供していました。			
(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. 重要事項説明書を利用し、わかりやすく説明していました。判断能力に支障のある方の契約は家族の同意を得ていました。成年後見制度等の利用は介護支援専門員に連携を取り活用を推進をしていました。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17. 法人内独自のアセスメント様式を利用し主治医や専門家と連携し、利用者の状況を把握していました。また利用者のニーズや課題を明らかにする手続きは現在作成中で3月中に完成が見込めます。 18. 本人・家族の意向を尊重し、達成しやすい目標設定をした通所介護計画書が作成され署名捺印で同意を得ていました。サービス担当者会議には本人の参加がありました。 19. サービス担当者会議に参加し、専門家からの意見を収集して通所介護計画書に反映していました。介護支援専門員が策定した計画書とは整合性が図られていました。 20. 定期的モニタリングを実施し、計画の見直しをしていましたが、6ヶ月ごとの見直しとなっていません。			
(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. 家族・主治医・担当介護支援専門員などの連絡先表を作成し、いつでも連絡が取れる体制がありました。退院時カンファレンスに参加し、医療機関と連携する体制がありました。			
(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	A	
	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	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. マニュアル運用基準に標準的な実施方法の記載がありました。リスクマネジメント会議に参加し、事故報告書をもとに法人のマニュアル作成委員会が年1回見直しを実施していました。 23. 法人デイサービス共通の記録書式に利用者の状態についての記載があり、ケアプランチェック表を用いて利用者毎のサービス進捗状況を確認する仕組みがありました。記録の廃棄についての規定がありませんでした。 24. 朝礼・業務終了後の申し送り時に利用者の状況を報告し業務日誌の閲覧で共有を図っていました。また月1回の職員会議でケアカンファレンスを実施し職員間の意見集約を図っていました。 25. 連絡帳や送迎時の機会を利用し家族との情報交換をしていました。遠方の家族には電話や担当者会議の機会を利用し伝達していました。			
(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. デイサービス合同研修で感染症研修を行い、職員会議にて伝達研修を実施していました。利用者に対し予防注射の啓発やマスクの着用するなど対策を取っていました。 27. 施設内の臭気はなく整理整頓が行き届いていました。掃除は外部委託し、業者ノートで清掃内容を点検していました。		
(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	B
	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. 危機管理マニュアルと緊急時連絡網があり、入浴時等緊急時の事故防止についての研修がありました。 29. 事故報告書が作成されリスクマネジメントの会議を定期的に行い、情報の共有を図り再発防止に努めていたが、事故発生時の状況説明・経過や結果などについて家族への説明が不十分でした。 30. 防災管理マニュアルを整備し、年2回消防訓練、防災訓練を併設のグループホームや有料老人ホームとともに実施されていましたが、地域との連携を意識したマニュアルはなく、訓練が実施されていませんでした。		

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。	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. 事業所の理念・運営方針に「食べて、動いて、いつまでも長生きを」と定め、職員会議、日々のミーティングで確認をされていました。また、尊厳の保持・虐待防止についても、事業所内の研修で取り組んでおられました。 32. 規定書の中にプライバシー保護について定められており、入浴や排泄介助時、個別相談においても、プライバシーを意識したサービスに取り組まれていました。 33. 困難ケースについては、関係介護支援専門員とも連携を取り対応をされていました。他事業所との連携については「ささえ愛の会」を通して連携を取っておられました。			

(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。	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. 重要事項説明書及び掲示ポスターにおいて、相談・苦情窓口・相談者の明示がありました。また、日々の連絡帳にて、利用者・家族とのコミュニケーションが図られていました 35. 相談・苦情対応についてマニュアルに規定され、対応をされていました。しかし、外部等への公表にまでは至っていませんでした。 36. 事業所関係者以外の、第三者への相談窓口が設置され、事業所内にも掲示され周知されていましたが、市民オンブズマンや介護相談員などといった外部人材受け入れが行われていませんでした。		

(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	B
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)		37. 年1回法人が行う満足度調査が行なわれ、結果を円グラフに分かりやすくまとめておられましたが、事業所内で情報共有ができておらず、改善につなげる仕組みがありませんでした。 38. 職員会議、事業所長会議、マーケティング会議にてサービスの質の向上の検討を行なっておられました。また、他事業所の状況についても「ささえ愛の会」で情報の交換をしておられました。 39. サービス提供の質の向上のため、法人全体で内部監査の仕組みはありましたが、本年は、内部監査が実施されていませんでした。また自己評価の仕組みが確認できませんでした。		