

様式 7

アドバイス・レポート

平成31年1月11日

平成30年12月5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西京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
(※)

1. 理念の周知と実践

法人や施設の理念、運営方針を事業所内に掲示し、職員会議での周知や記載されたカードを名札に入れ携帯することで、職員に浸透するよう取り組まれていました。また利用者、家族にも理解が深まる取り組みとして、パンフレットや、広報紙（年1回）に掲載し配布していました。理念に基づいた実践として、資質の向上に努め、積極的な地域福祉の推進に取り組んでいました。居宅介護支援事業所と併設していることから、現状に即した理念になるよう事業所理念の見直しも検討していました。

2. 地域への貢献

児童館や老人福祉センターと、合同で秋まつりやバザーを企画開催し、施設開放や、介護相談コーナーを設置する等、多世代交流に取り組んでいました。また事業所周辺の小学校に認知症サポーター養成講座の講師派遣を積極的行なうなど、事業所が持つ専門的な知識や情報を地域に還元していました。

3. アセスメントの実施

法人共通のアセスメントシートに加え、バーセルインデックス（心身機能の維持に関する評価）による評価手法を取り入れ、身体状況を点数化できる独自のアセスメントシートを活用していました。現在と過去に実施したアセスメント結果を数値で対比できることで、利用者の心身の状況や生活状況の変化にも気づきやすく、分かり易い工夫をしていました。職員がバーセルインデックスの共通理解や認識を持つために、勉強会を行っていました。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 災害発生時の対応</p> <p>災害対応マニュアルを作成し、自施設内での避難訓練も年2回実施していました。地域との連携を意識した災害対応マニュアルや訓練は実施していませんでした。</p> <p>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>利用者の苦情等に迅速に対応していましたが、改善状況について公開はしていませんでした。</p> <p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <p>関係者以外の第三者の相談窓口を設置し、重要事項説明書への記載や、事業所内にも掲示していました。しかし外部の人材による相談機会の確保がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 災害発生時の対応</p> <p>自然災害発生時は、施設が福祉避難場所に指定されていることもあり、事業所の力量だけで対応するのは困難が予測され、地域との相互協力は不可欠になります。老人福祉センターや児童館が併設されていることに加え、西京区社会福祉協議会が隣にある強みを活かして、地域の自治会や消防団と連携を意識したマニュアル策定や訓練等を行うことで、災害時における、事業所・職員の役割や行動がより明確になってくることが期待できます。</p> <p>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>個人情報に配慮した上で、意見・要望・苦情等の要点と対応を公開していくことは、利用者、家族の声に誠実に対応していることや、サービスが改善されたか否かを確認できます。また更なる信頼関係の構築や、事業所運営の理解や透明性の確保につながるのではないのでしょうか。例えば、広報紙に掲載・外部の掲示板の活用・ボランティアや居宅介護支援事業所へ配布・自治会回覧等をしてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <p>個人情報保護の誓約書を交わした上で、他事業所職員や、自治会役員、またはボランティア等、第三者の方に利用者の話を傾聴してもらうことが、直接言いにくいことなどを聴く機会にもなります。利用者からの相談や苦情を聴き、職員や苦情窓口担当者との橋渡し役をしていただくことで、より意見が言いやすく、事業所側も情報を得やすくなるのではないのでしょうか。</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	267400092
事業所名	京都市西京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	平成30年12月21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. 法人や施設の理念、運営方針を事業所内に掲示し、職員会議での周知や記載したカードを名札に入れ携帯することで、職員に浸透するように取り組んでいました。また利用者、家族にも理解が深まる取り組みとして、パンフレットや、広報紙（年1回）に掲載し配布していました。 2. 各種会議（施設長・職員・サービス向上等）や、職種別（相談員・ケアワーカー・看護師、調理員）の会議を定期的に開催し、案件別に課題を検討していました。業務分掌を整備し、各業務の責任や役割を明確にっていました。			
(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。		B	A
	(評価機関コメント)		3. 法人の事業計画に沿って、事業所で中長期計画（28～30年）、単年度計画を策定していました。計画は会議で検討し、職員の意見を反映していました。 4. サービス向上や職員の資質の向上に向けた事業計画を策定し、事業所内の各種会議で課題を評価、課題達成状況を確認していました。			
(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	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	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. 法人内の法令遵守に関わる研修に参加し、職員会議で伝達していましたが、把握すべき法令をリスト化したものや、すぐに調べられる体制がありませんでした。</p> <p>6. 施設長は自らの役割や責任を職務分掌規程に明確にし、事業所内の会議や面談等で、職員と意見交換していました。法人全体で外部コンサルタントを導入し、毎年職員アンケート（匿名）を実施することで上司を評価する仕組みがありました。</p> <p>7. 施設長は常に携帯電話を持ち、緊急時に連絡が取れる体制となっており、不在時でも、緊急連絡網やマニュアルを整備することで報告や指示を仰ぐ体制になっていました。</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。	B	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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 人事に関することは法人本部にて一括管理していました。資格取得支援として、社会福祉士や介護福祉士、介護支援専門員の試験、研修の費用助成する体制を整備していました。</p> <p>9. 経験年数や職種ごとに分類した研修体制を整備していました。また年間研修計画に基づき、毎月の職員会議で勉強会を実施し、職員の気づきを促すことや互いに学び合う機会となっていました。</p> <p>10. 法人全体で実習の受入れに対する基本姿勢を明確にし、受入れマニュアルを整備していましたが、実習指導者に対する定期的な研修は実施できていませんでした。</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)		<p>11. 有給休暇取得、超過勤務状況を管理、把握し、職員との面談を通して就業状況や意向を確認して働きやすい職場環境となるよう努めていました。また機械浴やスライディングシート（移動用）などを整備し、職員の介護負担の軽減に取り組んでいました。</p> <p>12. 法人全体でハラスメントに関する規定を策定していました。また産業医による相談体制や、年1回ストレスチェックを実施し、ストレス管理についてのサポート体制を確保していました。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>13. パンフレットや毎月発刊する広報誌「西京デイあったか村通信」により事業所情報を利用者・家族に発信するほか、併設の児童館や老人福祉センターと合同で行う、西京秋まつりで参加者に配布し、事業所の取り組み等を広報していました。</p> <p>14. 事業所周辺の小学校に認知症サポーター養成講座の講師派遣や、地域のイベントで介護相談コーナーを設ける等、事業所が持つ専門性を地域に提供していました。</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
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. パンフレットを作成し、サービス内容についてわかりやすく記載していました。利用相談や見学希望者の問い合わせについては、新規相談受付票に記入し、今後の対応に役立つように配慮していました。			
(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	B
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書やパンフレット、料金表を用いて、サービス内容や料金の説明し同意を得られていましたが、介護保険サービス利用料の2割、3割負担料金の記載が無く、口頭での説明になっていました。成年後見制度等の活用については、必要に応じて活用を推進できる体制を整えていました。			
(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。		A	B
	(評価機関コメント)		17. 独自のアセスメントシートを活用し、心身の状況等を把握していました。前回のアセスメント結果と数値で対比できるようにすることで分かり易い工夫もしていました。 18. サービス担当者会議等で本人、家族のサービスに対する意向を確認した上で、個別援助計画を作成していました。 19. 担当の介護支援専門員を介して主治医や他の事業所等の意見の照会を受け、個別援助計画に反映していました。 20. 個別援助計画の見直しや手順については法人でマニュアルを設け、定期及び必要に応じて見直しをしていました。ただし定期的見直し基準については、6ヵ月毎としていました。			
(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. 利用者の入退院時には介護支援専門員を通じて医療機関との連携を図っていました。退院時は退院カンファレンスに参加し、必要な医療処置など情報収集に努めていました。			
(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。		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. 事業所独自の「西京業務マニュアル」を作成し見直し時期を設け、実際の業務に即した内容に見直していました。苦情や事故防止等の対策については、事業所内で共有し確認していましたが、マニュアルに反映する仕組みはありませんでした。 23. 個別援助計画に基づき実施したサービス状況は、日々の業務日誌や連絡帳に記載していました。記録の管理について、文書管理規定に基づき外部への持ち出しは原則禁止とし、施錠できる棚にて管理していました。 24. 利用者の情報やサービス内容については、朝・夕のミーティングや月1回の職員会議、サービス向上検討会議にて共有していました。欠席職員へは業務日誌や会議録等の資料回覧を行い、確認する仕組みがありました。 25. 利用時の状況は毎回連絡ノートを活用するとともに、3ヶ月毎の居宅訪問やサービス担当者会議の際に、家族と情報共有を図っていました。また、医師など他のサービス事業所ともスムーズに連携がとれるように共通連絡ノートを活用していました。		
(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. 感染症マニュアルの定期更新や感染症の種類に応じた対策マニュアルを設け、定期的な見直しをしていました。職員間で感染症に関する研修を実施していました。 27. 日々の掃除は職員が行い、定期的に外部業者による害虫防除なども行われ事業所内の清潔は保たれていました。使用済みのオムツは新聞紙に包むなど、臭気対策も行われていました。		
(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。	B	B
	(評価機関コメント)	28. 事故や緊急時における対応マニュアルを作成し、事務所内にフローチャートを掲示していました。 29. 事故、ヒヤリハットマニュアルを作成し、項目ごとに定義づけしていました。事故発生時の対応として、事業所内だけでなく、法人本部事務局への報告も行うなど、組織的に対応していました。 30. 災害対応マニュアルを作成し、自施設内での避難訓練も年2回実施していました。地域との連携を意識した災害対応マニュアルや訓練は実施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。	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. 事業所内に「身体拘束ゼロ宣言」を掲示し、また、人権・虐待研修を行い、利用者の尊厳の保持に配慮したサービスに役立てていました。 32. 浴室、トイレでのプライバシー保護が行えているか、職員研修で具体的に意見交換を行い、常に問題意識をもってサービスを提供していました。 33. 居宅介護支援事業所等に向けて、送迎エリアと、機械浴の定員が超えた場合は受入れできないなど、あらかじめ空き情報を知らせていました。			

(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。	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てている。	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. 3ヶ月に1回、個別機能訓練の評価のため利用者宅に訪問し、利用者の意向等も把握していました。 35. 利用者の苦情等に迅速に対応していましたが、改善状況について公開はしていませんでした。 36. 関係者以外の第三者の相談窓口を設置し、重要事項説明書への記載や、事業所内にも掲示していましたが、しかし外部の人材による相談機会の確保がありませんでした。		

(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てている。	A	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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 利用者満足度調査の分析・検討を行っていましたが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか確認する仕組みがありませんでした。 38. 毎月サービス向上検討会議を開催し、全職種が参加していましたが、また、法人のブロック内の定例会議を職種別に開催し、他事業所の情報収集を行っていませんでした。 39. 3年に1回、第三者評価を受診していましたが、サービスの質の向上についての自己評価は、自主点検のほか情報公表の項目を用いて実施していましたが、課題が明確にされていませんでした。		