

アドバイス・レポート

平成 29 年 12 月 11 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

平成 29 年 5 月 30 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さわらび園）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>宇治茶と源氏物語の町宇治市に、一竹会都倉病院を母体として宇治さわらび園高齢者複合福祉施設が 1999 年 8 月に開設されました。介護保険制度開始とともに事業を拡大し、広い敷地内で特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービスセンター、ケアハウス、ヘルパーステーション、居宅介護支援事業所を現在運営されています。デイサービスセンターさわらび園は、開設より 19 年目を迎えました。理念に『・個々の希望に合った専門的サービスの提供に努めます・人権尊重を優先とした「場」を目指します・地域住民の方に信頼されるサービス提供を目指します・自尊心や尊厳が損なわれず、安心して利用できる「場」と「時」を提供します』と掲げています。地域の在宅高齢者を支えるために、利用者個々の多様なニーズに合わせた利用サービスの設定に関して、居宅介護支援事業所と連携しながら実践されています。</p> <p>○理念の実践、利用者の受け入れ</p> <p>利用者の希望があれば短時間利用や入浴中心の利用も受け入れています。食事は管理栄養士と相談して食べやすい食事形態など、利用者個々の状態や要望に合うように留意しています。基本的にどのような介護度の方でも断ることはされていません。そのため重度の方も多く、ベッドを 6 台置いた広い静養室で横になってゆったりと過ごすという方もおられました。</p> <p>職員は、内部研修を毎月開催しています。継続した学びの機会を持ち、利用者の自尊心や尊厳に配慮した専門的サービスを提供して、理念の具体化に努めています。</p> <p>○質の高い人材の確保</p> <p>さわらび園全体に言えることですが、特にデイサービスセンターの職員は離職率が低く、長年勤めている方が多く、介護福祉士の資格保持者は 8 割を超えています。職員から利用者に積極的に声掛けをおこない、聞き取った思いや要望、アンケート結果などを反映させ、事業所の行事や食べ物の好き嫌いや熱さなどまで細やかに改善につなげています。専門的な知識と介護利用者本位のサービスを提供されています。</p> <p>害発生時の対応</p> <p>災害発生時対応マニュアルを作成し、防災訓練は年 2 回（昼夜想定）、消防署立</p>
-----------------------------	---

	<p>会いでおこなっています。緊急災害時招集連絡網には、事業所から近い職員順に分刻みで連絡が入るようになっており、連絡訓練もおこなっています。備蓄は水、パン、粥、缶詰類数種、カロリーメイトなど3日分が用意されています。震度7まで倒壊しない建物で、福祉避難所の指定を受け、管理者とセンター長はサポートリーダー研修を終了し、職員にも伝達しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○地域への貢献 管理者は地域の学校での講演や介護施設のブロック長、保護司として幅広く地域に貢献されています。しかし、職員の地域との関わりがありませんでした。</p> <p>○連絡帳の充実 家族との情報共有に連絡帳を使用し、職員の記載内容は身体的な記録（バイタルチェックなど）に重点がおかれているため、アクティビティや利用者の様子の記載が少ない現状でした。</p> <p>○個別援助計画展開のマニュアル作成 通所介護計画に沿った一連の介護過程は、職員協働で努力されています。職員間で同じ視点を持ち、介護の充実をより図るために、事業所の目指す介護の指針になるマニュアルの作成をお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○地域貢献 事業所として持つておられる力を十分に活用し、福祉情報の発信や専門的な技術をいかした介護相談、健康相談、介護予防の健康づくりなどの取り組みを、職員主体でおこなわれることを望みます。以前に法人として、地域に向けて転倒予防教室を開催されていました。中長期計画では総合事業への参画を目指した準備も進めておられます。その目標達成の一助に転倒予防教室を定期的に再開されることを期待します。</p> <p>○連絡帳の充実 デイサービスセンターでは、利用者の心身の活性化を支援しています。このアクティビティケア（レクリエーション、体操、行事、遊びなど）の活動内容を、利用者の様子や言葉を添えて個別に連絡帳に記載されてはいかがでしょうか。家族に安心や信頼を与え、利用者や家族の話題の提供にもなる記録内容を期待します。</p> <p>○個別援助計画展開のマニュアル作成 通所計画展開（カンファレンスを含む）など、一連の流れに沿い、いつ、だれが、どのような内容でおこなうのかの取り決めをされてはどうでしょうか。アセスメントシートの見直し、重度の利用者の計画の具体策は現在使用している用紙で表記できているか、モニタリングは必要とされる項目（スタッフの援助は計画に沿っているか、サービスの内容は適切か修正すべきか、目標達成の状況、利用者・家族の反応や満足度、新たな課題、今後の対応など）を満たしているか、利用者との面接の機会の確保など、統一し協働されることを期待します。</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。

※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	2671200141
事業所名	デイサービスセンターさわらび園
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)	訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年11月9日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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。	B	A
	(評価機関コメント)			1. 事業所の理念及び運営方針は、高齢者複合福祉施設の玄関や介護ステーションに掲示している。利用者には、体験利用時や契約時に説明し周知に努めている。利用者個々に合わせた入浴や、管理栄養士と相談して食べやすい食事形態など個々の要望に合うよう留意している。 2. 組織図で組織体制がわかる。職務権限は運営規程に記載している。全体ミーティング、主任会議、理事会を定期的に開催し、職員意見の吸い上げや課題の検討、情報の共有をおこなっている。この春、インフルエンザが流行した。諸要望を受け、玄関にアルコール手指消毒器2台の設置や対応マスクを購入している。		
(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。	B	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	B
	(評価機関コメント)			3. 全体ミーティングで各職員から意見を聞き取り、単年度の事業計画を策定し運営している。半期ごとに見直し、達成度や進捗状況を確認している。利用者（家族）への満足度調査は年1回おこない事業計画の資料としている。中長期計画は総合事業への参画を目指し実践している。 4. デイサービスセンターは小人数グループであるため、現在は委員会（感染予防、食事検討、業務検討）活動で課題をあげて全体ミーティングで検討している。年度事業計画の課題に対して、各業務レベルでの目標設定や行動計画を具体的に示しての実践には至っていない。		
(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。	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)			5. 法令については、京都府の集団指導・京都府老人福祉施設協議会・京都府社会福祉協議会がおこなう制度改革などの研修に、管理者とセンター長が出席している。職員にはその都度の伝達や内部研修で周知している。法令のリスト化や職員がすぐに調べられる体制は整っていない。 6. センター長の自らの役割と責任について運営規程に明記している。事業計画は職員ミーティングで検討し意見を述べるとともに、職員からの意見・要望を受けている。職員に対し個人面接はおこなっていない。センター長自らを評価する仕組みはない。 7. センター長は常に携帯電話を持ち、いつでも連絡が取れる体制にある。センター長不在時は、管理者か相談員のどちらかが必ず現場にいるようにしている。緊急連絡網は整備している。不在時の状況は、管理日誌や報告で把握している。		

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。	B	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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 職員採用には、資格や経験の有無は基準としているが、人物本位で性格も重視している。職員の資格取得の研修参加には、休みを優遇している。資格取得後は資格手当がつき、正規職員となる。年次計画に「介護福祉士資格取得を支援する」を掲げている。介護福祉士資格の取得率が高い。</p> <p>9. 内部研修計画は職員からの意見を聞き、センター長が作成している。外部研修に随時参加できない現状もあり、内部研修で組織力の強化を図っている。内部研修は毎月実施し、参加できない職員は資料での自己学習をおこなっている。外部研修参加は、年次計画項目に入れて継続して取り組んでいる。キャリアパスは作成されていない。</p> <p>10. 実習指導者は現在1名配置している。実習受け入れマニュアルは整備している。地域の中学生職場体験（3校）専門学校の実習（介護福祉士）など、積極的に受け入れている。中学生来訪時には特技の披露があり、利用者は笑顔が多くなり会話が弾んでいる。</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。	B	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. 有給休暇の消化や時間外勤務データは庶務課で管理し、有給残日数はタイムカードに表示がある。育児休業・介護休業は、就業規則に定め取得できている。育児休業復帰後は変則勤務免除や時間短縮などの対応をしている。経理職員と管理者、センター長が就業状況を把握できている。リフト車・特殊浴槽・スライドボードなどを活用し、職員の負担軽減に繋げている。</p> <p>12. 上司は常に職員の相談に応じているが、産業医や外部機関も周知している。ストレスチェックもおこなっている。協力病院での診療は、職員は全額免除、同居家族は半額の補助がある。親睦目的の職員旅行や食事会にも補助が出る。ハラスメントに関する規定は就業規則に明記していない。</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	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	B
		(評価機関コメント)		<p>13. 事業所の概要や情報は、ホームページやパンフレット、広報紙（広報さわらび）で公表している。広報紙で事業活動収支報告もおこなっている。広報紙は、利用者・家族、コミュニティーセンター、近隣の施設などに配布している。地域の運動会や祭り、近隣事業所の祭りなどに参加し交流している。小学校、保育園との交流も定期化している。夏季には「涼やかスポット」として事業所を地域に開放している。</p> <p>14. 地域の中学生の職場体験を受け入れている。管理者は、近隣の中学校で「老人の特徴・生活の実態」の講演をおこなっている。また、保護司として地域に貢献されている。宇治市社会福祉協議会主催の「うじビジョンカフェ」に参加し地域の課題への検討などおこなっている。しかし、職員の関わりは少ない。今後、在宅介護の相談や健康相談など取り組んでいきたいとの意向がある。</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. ホームページやパンフレット・広報誌で事業所の情報を提供し、料金についても掲載している。パンフレットの各種浴槽写真は、介護度の高い方の不安の解消につながっている。ホームページでは「利用者に可能な限り必要な援助と支援を行う」とし、援助内容を詳しく記載している。見学希望者には、管理者、センター長、相談員が案内して、説明をおこない記録に残している。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		16. 利用契約時に、重要事項説明書や料金表をもとに、サービス内容・利用料金（保険外サービスを含む）について丁寧に説明している。利用者・家族（後見人）から同意を得ている。利用者に成年後見制度や日常生活自立支援事業の適用が予測される場合は、居宅ケアマネジャーに報告している。			
(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	B	
	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. 入所時の情報提供は各関係機関から書面で受けている。本人・家族からも情報を得てアセスメントシートに記載している。アセスメント内容は必要に合わせて追記しているが、追記日が確認できなかった。見直しの頻度は定めて実施できていない。 18. 通所介護計画作成担当者はサービス担当者会議には必ず出席して、利用者・家族の意向を聞き取っている。通所介護計画は居宅ケアマネジャーの意向に沿い、利用者の同意を得ている。興味・関心チェックシートで聞き取った内容は、日々の介護にかかっている。 19. サービス担当者会議前には各職員から情報や意見を聞き会議に臨んでいる。利用者・家族、ケアマネジャー、各関係機関職員が参加して、専門的な立場で意見交換をおこなっている。聞き取った情報は通所介護計画に反映させている。 20. モニタリングは利用者の担当職員が毎月おこない、全体ミーティングで報告して、各居宅ケアマネジャーに渡している。モニタリング内容が、介護計画の実施内容（具体策）に沿って進んでいるかや、利用者が満足しているか、目標達成度などの記載に不十分さがある。計画見直し時は居宅ケアマネジャーと相談している。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 宇治市内の関係機関リストは作成できている。協力病院には利用者の体調不良時は速やかに受診できる。利用者の入退院はケアマネジャーより報告を受けるが、退院時カンファレンスには参加し医療情報を得ている。退院サマリーを受け取り職員間で共有している。			

(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		22. 各種マニュアルは作成されている。見直しに対する基準がなく定期的な見直しができている。苦情や事故などの分析が反映される仕組みが確認できなかった。 23. 介護記録にサービス実施状況を記載している。利用者の状況記録は、少し不十分さがある。記録の持ち出し規定は確認できなかった。記録の管理について職員が学ぶ機会を持たれていない。 24. 朝、夕のミーティング、管理日誌、申し送りノートを通して、利用者の状況などの情報を職員全員が共有している。医療情報は看護師が管理して職員に伝達している。定期的なケアカンファレンスは実施できていない。 25. 利用者家族とは送迎時や連絡帳を通じて情報交換をしている。個別にケアについての相談にも対応している。連絡帳にはバイタルや特記事項が記載してある。日々のアクティビティについてや利用者の反応や状況、についての記載が乏しい。		

(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。	B	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. 法人全体で感染予防委員会を月一回開催して取り組んでいる。「感染発症時緊急業務マニュアル」を作成し職員全体に周知している。感染症対応の個室もある。今年度より出入口に消毒用アルコールの自動手指消毒器を設置し、インフルエンザ対応マスクの購入など感染予防に努めている。 27. 施設内の清掃はトイレ、廊下、階段、手すりなど共有部分を業者に依頼し、居室や浴室は職員が清掃している。業者から清掃点検表を受けている。事業所内は整理整頓され、清潔で不快な臭気も感じられない。		

(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。	B	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。	B	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. 事故や緊急時の対応はフローチャートを利用したマニュアルを作成し、指揮命令系統、対応手順がわかるようになっている。送迎車にも設置している。内部研修で学びの場を持ち周知を図っている。 29. 事故が発生した時は当日のミーティングで話し合い、報告書を作成している。全体ミーティングで検討し再発防止に努めている。この1年事故報告は1件である。ヒアリ・ハット報告は少ない。事故防止のための定期的な話し合いはできていない。 30. 災害発生時の対応マニュアルは、作成している。防災訓練は消防署立ち合いで年2回（昼夜想定）で行っている。夜間電話連絡網で実際に連絡がつくかの検証もしている。自然災害想定訓練はできていない。備蓄は（水、パン、粥、缶詰類、カロリーメイトなど）ある。震度7まで倒壊しない建物で福祉避難所の指定になっており、管理者とセンター長はサポートリーダー研修を終了し、職員にも伝達している。		

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	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。	B	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. 「人権尊重を最優先とした『場』を目指します」と基本理念に明記し、玄関などに掲示して体験利用時や契約時に利用者・家族に説明している。また、個人情報利用目的については、文書で説明して同意書を受けている。人権や身体拘束禁止については、管理者やセンター長が外部研修で受講したことを内部研修で職員に伝達し、周知している。気づきは日々のミーティングでも話し合っている。</p> <p>32. プライバシーの保護は、マニュアルを作成しホームページ上にも公表している。相談窓口も記してある。また、センター長が内部研修で職員に周知徹底している。トイレは男女別である。必要に応じてカーテンや衝立を使用しての工夫もおこなっている。利用者との会話の時に、名前を大声で呼ばないなど、話の内容が他の利用者聞こえないように配慮している。</p> <p>33. 利用者の申し込みは、定員オーバー以外は断らない方針で現在まで断った例はない。広い室内に休息用ベッド6台を設置して、重度の利用者も受け入れている。</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	B
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>34. 年1回介護サービス満足度アンケート調査を行い、利用者や家族の意向を把握している。利用者からの個別相談には、管理者やセンター長が別室で対応している。職員も利用者からの要望などを聞き取り、申し送り時や全体ミーティングで検討している。全利用者に対しての、個別相談面接や懇談会はできていない。</p> <p>35. 苦情の申し出はないが、利用者や家族からの要望には全職種協同で対応している。申し送り時の伝達や申し送りノートなどで、全職員に周知している。意見・要望に対して対応した内容の公表はできていない。アンケート結果はまとめて利用者へ返している。</p> <p>36. 利用契約書に「相談、要望、苦情の窓口及び手順」を詳細に記載し、第三者委員の名前、連絡先、また公的機関の連絡先も明記している。対応マニュアルも整備している。介護相談員の来所もあり利用者の相談を受けている。</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。	B	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)		<p>37. 年1回利用者・家族への介護サービス満足度調査を実施して分析、検討し、結果は利用者・家族に配布している。今年度は「台ふき」を常備してほしいという要望があり、すぐに対応している。宇治さわらび園全体の主任会議で報告し検討している。</p> <p>38. サービスの内容や日々の業務の見直しは、全体ミーティングで毎月検討している。課題に合わせて宇治さわらび園主任会議で検討している。行政への実績報告時には、他の事業所の情報を得て比較検討している。</p> <p>39. 初めての第三者評価受診である。サービスの質の向上に向け全体ミーティングでの課題の話し合いや、主任会議での検討がおこなわれている。事業計画は職員合意で作成している。</p>		