

アドバイス・レポート

平成29年 3月 8日

平成28年12月 6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた向日市社協デイサービスセンターにつきましては、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>記特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番4 業務レベルにおける課題の設定) 業務担当ごとにキャプション評価（環境評価）及び事業評価を行い、課題や目標を設定しています。目標に基づき進捗管理をして、職員会議等で報告を行っています。</p> <p>(通番9 継続的な研修・OJTの実施) 法人において職員に対する研修体系が定められ、それに基づく年間計画を一覧表にして管理を行っています。また、新人に対する育成マニュアル及びOJT研修が位置付けられています。</p> <p>(通番 30 災害発生時の対応) 想定される災害についてのマニュアル、利用者・関係事業所への連絡マニュアルが整備されています。法人として向日市防災協定に参加するとともに災害ボランティアセンター設置訓練を実施しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番 5 法令順守の取り組み) 管理者が研修等に参加したり、インターネット等を通じて情報収集していました。また、法令遵守に関する全体研修を行っていました。しかし関係法令等のリスト化ができていませんでした。</p> <p>(通番 6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 管理者の役割について分掌事務、運営規程当において確認するとともに運営会議、各種委員会に管理者が参加し、アドバイス等を行っています。職員に個人面談（施設長面談、部長面談）を年 2 回実施しています。しかし、管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを確認する方法を持ち得ていませんでした。</p> <p>(通番 34 意見・要望・苦情の受付) サービス向上アンケートや介護者懇親会、介護者ホッとダイヤル等により意見等を引き出す取り組みを行っていますが、利用者にとって意見の出やすい環境（相談方法や相談相手等）としては不十分と認識していました。</p>

具体的なアドバイス

向日市社協デイサービスセンターは社会福祉法人向日市社会福祉協議会が母体となり、平成12年4月に開設された（定員45名、登録数120名）デイサービスセンターです。

向日市の中心地に位置し交通の立地などに恵まれた環境にあります。

法人理念とは別に事業所職員間で作成した独自の理念「ご利用者の人権と尊厳を守り、地域社会と協働して、自立した生活を支えます」を作成し、理念の実践化を意識した支援を行っています。

また、中長期計画、サービス向上アンケート結果等をもとに各業務ごとに「単年度事業計画」が作成されており、「キャプション評価（環境評価）」を取り入れながら、PDCAサイクルに基づいて進捗状況の確認をされていました。

具体的な支援の場においては、ゆず湯や日替わり湯の入浴、個別にあわせた外出プログラムのほかに「選択式プログラム」を取り入れ、個別に楽しめる工夫が様々なところでなされていました。あわせて、リハビリプログラムにも力を入れており、動と静のプログラムを用意し、看護師等による専門的なサービス提供が行われていました。

個別支援計画の策定に当たっては、乙訓地域の共通連絡ツール「在宅療養手帳」により、医療機関を含む、多職種連携体制や支援体制が確保され、情報が共有される仕組みがありました。

地域との関係は、災害ボランティアセンターとして積極的に研修を行ったり、社協まつりや地域住民が参加できるスイーツバイキングなどを開催するなど、日常的に顔の見える関係が作られていました。

家族とのつながりも大切にしており、ホッとダイヤル開設や家族参観日を設けるなど頻繁に交流を図っており、利用者アンケートからも安心感や信頼関係につながっていることが確認できました。

一方で、関係法令のリスト化、管理者の行動が職員から信頼を得ているかどうかを確認する方法などに課題がありました。

今後ますます、利用者が笑顔でいられるように質の向上に取り組むとともに、地域の拠点としてさらに事業展開されていかれることを期待いたします。

改善が望まれる点のアドバイスとして以下に記載致します。

- ・マニュアルについては定期的な見直し含めきちんと整備されていました。一方でひとつひとつのマニュアルでの管理になっており、一覧表を作成して見直し及び改訂等の把握をされてはいかがでしょうか。

- ・個別支援計画の目標等と日々の記録の関連性が確認できませんでした。記録を書く上で個別支援計画を意識した記録についても検討されてはいかがでしょうか。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673100026
事業所名	向日市社協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)	訪問介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年12月14日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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) 法人理念とは別に職員で作成した事業所理念が所内に掲示されている。常に確認できるように職員はポケット版の携行をしている。職員会議や全体研修で周知を図っている。 2) 理事会・評議委員会、運営会議等の階層別の会議を実施し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。「分掌事務」、「組織図」等で役割や権限を明確にしている。		
(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。	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) 事業所の中・長期計画が策定されている。中長期計画及びサービス向上アンケートの結果等をふまえ、単年度の事業計画を作成するとともに職員の課題や意向を反映させている。 4) 業務担当ごとにキャプション評価(環境評価)及び事業評価を行い、課題や目標を設定している。目標に基づき進捗管理を行い、職員会議等で報告を行っている。		
(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、いつでもスタッフ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) 管理者が研修等に参加したり、インターネット等を通じて情報収集している。法令遵守に関する全体研修を行っている。しかし関係法令等のリスト化ができていなかった。 6) 管理者の役割について分掌事務、運営規程等において確認するとともに運営会議、各種委員会に管理者が参加し、アドバイス等を行っている。職員に個人面談(施設長面談、部長面談)を年2回実施している。しかし、管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを確認する方法を持ち得ていなかった。 7) 管理者は業務日誌、ケース記録等で業務の把握に努めている。不在時であっても携帯で連絡が付くようにしている。緊急時の対応については場面ごとにマニュアル・チャート図がある。		

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。	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) 必要な人材に関する基本的な考え方は面接表に示されている。入職後の資格取得支援に力を入れており、勤務上の配慮や受講料の助成などの金銭支援等を行っている。非正規から正規職員への登用の道もある。 9) 法人において職員に対する研修体系が定められており、それに基づく年間計画があり、一覧表を作成して管理をしている。新人に対する育成マニュアル及びOJT研修が位置付けられている。 10) 実習生に対する基本姿勢、受け入れマニュアルがあり積極的に受け入れを行っている。実習指導者に対する研修も受講している。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	スタッフ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)		11) 有給休暇の取得や時間外労働のデータを把握し、必要に応じて管理者がヒアリングを行っている。機械浴槽を導入するとともに、トイレなど改修を行い、職員の身体的負担の軽減を図るなどの工夫を行っている。 12) メンタルヘルスの維持のために産業医の設置を図るとともに職員アンケートをもとに必要に応じて面談を行っている。京都府民間社会福祉施設共済会に加入するとともに職員互助会を組織化し、福利厚生を行っている。男女別に更衣室兼休憩室がある。		
(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)		13) ホームページ、法人広報誌「福祉パレット」やデイサービスセンター広報誌「にこにこだより」を通じて情報提供し、ボランティアの受け入れ等につなげている。社会福祉協議会まつりや地域の方も参加できるイベントとしてスイーツバイキングなどを開催している。 14) 認知症サポーター養成講座をはじめ行政主催の行事、小中学校への講師派遣を行っている。利用者の家族等を対象に「介護者ホットダイヤル」を設置している。		

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
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・リーフレット(1日の流れ)等で必要な情報を提供している。見学や体験者(ケアマネジャーや介護者)も個別の状況に合わせて対応し記録をしている。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		16) 重要事項説明書に必要な内容や料金が記載され、本人及び判断能力に支障のある場合は代理人の署名押印による契約締結がされている。		

(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	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	定期的又は必要に応じて、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) 独自のアセスメント様式により利用者の心身状況や生活状況等把握して記録されている。口腔ケア及び個別機能訓練のアセスメントも行っている。見直しの必要時には担当ケアマネジャーに連絡・報告し、更新されている。 18) 本人及び家族の希望・意向の記載された居宅サービス計画書に基づき、通所サービス計画書を作成している。サービス担当者会議等の結果を踏まえ、本人または家族に同意のうえで目標設定が行われている。 19) サービス担当者会議・ケースカンファレンスを開催して専門家の意見も共有する。口腔機能向上サービスでは歯科衛生士、個別機能訓練サービスでは機能訓練指導員と連携している。 20) 「通所サービス計画書作成のための手順書」に基づいて1か月に1回モニタリングを行い、必要に応じて計画の見直しをしている。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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) 初回アセスメント時に主治医や緊急搬送先を確認している。乙訓圏域の共通連絡帳「在宅療養手帳」により、多職種や関係機関と連携体制や支援体制が確保されている。		
(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、スタッフに活用されている。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	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) マニュアルは、年に1回更新されるとともに、インシデント・アクシデントリポート等を受けて見直しが行われ、職員会議で周知・配布をしている。 23) 利用者の状況及びサービスの提供状況は適切に記録され、そのファイルは鍵つき保管庫に収納されている。記録の書き方の研修も定期的実施している。 24) 毎朝の申し送りにより利用者状況に関する情報を職員間で共有している。また業務連絡帳に記載し、職員全員が確認できるようにしている。職員会議や全体研修で利用者の状況把握を行っている。 25) 送迎時に利用者の様子や伝達事項など家族と情報交換している。スイーツバイキングや介護者参観懇親会を年3回、開催している。介護者ホッとダイヤルを設置している。		
(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、スタッフ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) 感染症対応・予防マニュアル及び日常の感染予防マニュアル(レベル1～3)を完備し、日常から予防の徹底を図っている。定期的に外部講師を招いて全体研修を開催している。 27) 衛生管理点検表に基づき、清掃及び備品の消毒を毎日実施している。床面は年に数回、障害者施設による特別清掃をしている。臭気対策にはプラズマクラスターイオン発生器を4台設置している。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) マニュアルが整備され、毎年2回、利用者と職員が全員参加する消防訓練が行われている。 29) ヒヤリハット事例の報告書式を工夫し、報告件数が増えることに努めている。安全対策委員会に置いて再発防止に向けた検討を行い、必要に応じてマニュアルの見直し、全体研修等を通じて職員への周知徹底を図っている。 30) 想定される災害についてのマニュアル、利用者・関係事業所への連絡マニュアルが整備されている。法人として向日市防災協定に参加するとともに災害ボランティアセンター設置訓練を実施している。		

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。	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) 人権研修や身体拘束ゼロ等に向けた研修を行っている。日常的に意識付けを行うことができるように努めている。午後の活動を選択できる「選べるPM」を導入し、利用者本位のサービスを向上させている。 32) 「職員心得マニュアル」や「各場面マニュアル」をもとに全体研修等を通じて周知徹底を図っている。日々の中で職種に関係なく意見を出し合い確認をしている。 33) 受け入れに当たっては運営規程をもとに適正に行っている。スポット利用を活用して待機者を減らす取り組みを行っている。看護師体制が充実しており、胃ろうや点滴が必要な方やALSの方の受け入れも行っている。		
(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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		34) サービス向上アンケートや介護者懇親会、介護者ホットダイヤル等により意見等を引き出す取り組みを行っているが、利用者にとって意見の出やすい環境（相談方法や相談相手等）としては不十分と認識している。 35) 利用者の意向に対して組織的かつ迅速に対応をしている。サービス向上アンケートの結果等についてコメントを入れて返している。 36) 公的機関等の窓口について、重要事項説明書に記載して、契約の際に説明している。また、苦情相談窓口を施設内に掲示している。介護相談員の訪問を受け相談機会を確保している。		
(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スタッフ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) サービス向上アンケート等を通じて収集した意見を、職員会議で分析し、年次計画やマニュアルに反映して改善に取り組んでいる。 38) 外部研修に参加し積極的に情報収集をするとともに、他の社会福祉協議会のデイサービス間との交流により他事業所の良いところを取り入れてサービスの向上に取り組んでいる。 39) キャプション評価（環境評価）を用いて自己評価を行っている。サービス向上のためのPDCAサイクルの実施に恒常的に取り組んでいる。しかし第三者評価を3年以内に受診していない。		