

アドバイス・レポート

平成28年4月12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28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「八幡市デイサービスセンターやまばと」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) 「やまばと」が地域の高齢者福祉の拠点になっています。 社会福祉法人若竹福祉会高齢者事業部は、昨年10月に地域密着型特別養護老人ホームを開設し、デイサービス・訪問介護・居宅介護支援や定期巡回随時対応型訪問介護・看護事業等の総合的な高齢者福祉サービスを提供できる体制を確立しました。 デイサービスセンターの職員は、「目配り、気配り、心配り」をモットーに、明るく笑顔で利用者に接し、利用者の満足度の高い事業所を創り上げています。地域に開かれた施設を目指し、長年にわたり、多くのボランティア（傾聴や食事の介助、外出支援や趣味・演芸等）を受け入れ、利用者との交流を図っています。また、出前講座に講師として職員を派遣したり、施設内で「オレンジカフェ（認知症カフェ）」や「はつらつ健康教室」を開催する等、地域の高齢者の皆さんの拠点となっています。</p> <p>2) 利用者の在宅生活を支援するため、生活リハビリや機能訓練に取り組んでいます。 利用者が居宅において、可能な限り自立した生活を送れるように、理学療法士を配置し、学習療法を取り入れた集団レクリエーションやグループ活動に取り組み、また、居宅でのおむつ利用者もデイサービス利用中はおむつ外しを行う等、残存能力の活用と生活機能の維持・向上に積極的に取り組んでいます。更に、3か月に1回、個別機能訓練利用者の居宅を訪問し、居宅での生活状況〔起居動作、ADL（食事、排泄、入浴等）IADL（調理、洗濯、掃除等）〕を確認のうえ、適切な訓練を実施して、利用者の居宅での自立生活に繋げ、利用者に喜ばれています。</p> <p>3) 人材育成を目指した研修体制が確立しています。 質の高い人材を確保するため「やまばとキャリアパス・育成計画」に基づき、新人職員育成プログラムに始まり、階層別・役職別に研修を実施して、職員のステップアップを目指しています。職員が意欲的に外部研修に参加出来るように、管理者は勤務の調整を行い、研修費用や交通費を負担しています。また、外部研修受講者は、必ず内部研修の講師を務めることで、ステップアップを図るとともに、研修の成果を全職員に伝達しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><u>さらに改善が望まれる点について</u></p> <p>1) 個人ファイルの管理について 2階の職員詰所内のキャビネットに置かれている個人ファイルが、利用者から見える状態にありました。個人ファイルの管理について改善が必要です。</p> <p>2) 「第三者委員」について 法人本部で「第三者委員」を委嘱されていますが、「重要事項説明書」等に氏名等の表示が行われていません。</p> <p>3) 利用者アンケートの公表方法等について 利用者の声はよく把握され、改善・実践につなげられ、満足度の高い事業所です。利用者アンケートは、2年に1回の割合で実施され、その結果のあらまはは広報誌で公表されていますが、さらに調査の頻度と結果の公表内容等について、工夫されることを望みます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 個人ファイルの管理について 個人ファイルは、利用者の目にふれない配慮が必要です。 詰所内の作業効率ということもありますが、キャビネットに目隠しをする等の工夫をして、利用者の目にふれないように改善策を講じてください。</p> <p>2) 「第三者委員」について 「第三者委員」制度は、利用者や家族が苦情等を職員や公的機関に申し出にくい場合に、利用者や家族の立場に立って、適切に対処し、事業所との潤滑油の役割を果たす制度です。 現在、法人本部で3名の方に「第三者委員」を委嘱されています。 「重要事項説明書」等に「第三者委員」の氏名等を公表するなど、この制度の更なる活用に取り組まれることを望みます。</p> <p>3) 利用者アンケートの公表方法等について 利用者の声は、デイサービス利用中の会話や送迎時に家族等から直接聞き取る機会があり、日々、職員がていねいに対応されています。さらに、利用者や家族の率直な声を聞き取る方法として、アンケートの質問項目をより具体化する等の工夫をされるのも一案かと思えます。 また、今回の三評利用者ヒアリングやアンケート(一部の方のみ)からも、当事業所の《安心・信頼・感謝》が多く利用者や家族等から伝わってまいります。当事業所が実施されたアンケート結果や「利用者の声」を公開していただくことで、より地域住民の老後の安心感につながるのではないかと思います。さらなるご向上を願っております。</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。

(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	2672900012
事業所名	八幡市デイサービスセンターやまぼと
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・介護予防通所介護・介護予防訪問介護・介護予防支援
訪問調査実施日	平成28年3月3日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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)		○法人の理念・運営方針は、玄関ホールに掲示され、職員には全体会議や部門別会議等で周知し、広報誌等で利用者・家族にも伝えていきます。 ○職員全体会議・デイ会議・管理者会議等が定期的開催され、職員の意見が反映される体制ができています。また、職務権限・委譲については、職務権限規定により明確化され、必要に応じて専門委員会を設置し、権限を委譲しています。		

(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	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)		○法人高齢者事業部門の全体計画に基づき、年度別事業方針を作成しています。介護保険の動向や利用者アンケートの分析・結果、職員全体会議等の議論を踏まえて、計画の策定を行っています。 ○年度事業計画に基づき、4半期毎に職員会議等で課題の評価と見直しを行い、目標達成に向けて取り組んでいます。		

(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	A
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)		○遵守すべき法令のリスト化を行い、職員全体会議や研修会等で法令を正しく理解する取り組みを進め、法令遵守の徹底に努めています。 ○経営責任者や運営管理者は、職員全体会議等で運営方針を全職員に表明するとともに、職員面談を行い、職員の意見を聞く機会を設けています。 ○運営管理者は、施設内で勤務しており、不在時には携帯電話により、連絡できる体制が出来ています。また、日々の実施状況については、日報や報告書により把握しています。		

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>○有資格者・実務経験者を優先的に採用し、人材の確保に努めています。</p> <p>○「やまばとキャリアパス・育成計画」を創設し、年間研修計画に基づき、研修を実施しています。管理者は、職員が外部研修に積極的に参加できるよう勤務の調整を行い、研修費用等を負担しています。外部研修受講者は、必ず内部研修の講師となって、全職員に研修の成果を伝達しています。</p> <p>○実習受け入れマニュアルに基づき、介護福祉士、大学生の介護等体験、訪問看護等の実習生を受け入れています。とりわけ、地域の中学生や高校生のインターンシップ等を積極的に受け入れています。</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>○職員の希望を尊重して勤務表を作成し、有給休暇についても希望通りに取得できています。育児休業、介護休業に関する規定を制定し、適切に対応しています。（現在、育児休業中の職員が1名います。）入浴室にリフトを設置する等職員の負担軽減に努めています。</p> <p>○京都福祉施設共済会に加入しており、福利厚生制度の活用方法については、職員に周知されています。職員の休憩場所は、十分な広さが確保され、休憩時間に活用されています。ハラスメントに関する防止規定が制定されています。</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>○広報誌「やまばとだより」やホームページ等で法人や施設の取り組みがわかりやすく情報提供されています。八幡市と連携して長年にわたり、多くの市民ボランティアを受け入れ、利用者との交流が図られています。</p> <p>○地域住民を対象とした「出前講座」に職員を派遣しています。また、施設を提供して「はつらつ健康教室」や「オレンジカフェ（認知症カフェ）」を開催しています。</p> <p>同じ施設内にある地域包括支援センターが中心となり、「地域ケア会議」を開催しています。</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)		○ホームページやパンフレットは、写真やイラスト入りで、必要な情報がわかりやすく説明されています。 見学希望者には、随時、対応できる体制にあり、見学だけでなく体験デイも積極的に受け入れています。		
(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)		○利用者・家族には、重要事項説明書等により、料金等について説明を行い、同意を得ています。 利用者本人の判断能力に支障がある場合には、成年後見制度を活用しています。		
(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)		○法人独自のアセスメントシートに基づき、主治医等と連携を図りながら、アセスメントを行っています。アセスメントは、定期的に行っていますが、退院時等の状態に変化があった場合には、医師の指示を仰ぎながら、適宜、見直しを行っています。 ○通所介護計画は、デイサービス利用時に利用者の要望、送迎時に家族の意向、連絡帳の記載内容等を確認のうえ、利用者本人や家族が参加するサービス担当者会議での決定を踏まえて作成し、利用者本人や家族の同意を得ています。 ○全職種の職員が参加するケース検討会議で意見集約を行い、通所介護計画を策定しています。必要に応じ医師等のカンファレンスに参加し、計画に反映させています。 ○利用者一人ひとりに担当職員が定められており、計画通りのサービスが行われているかを、毎月、モニタリングやデイ会議等で確認のうえ、3か月毎に評価を行い、計画の点検・見直しを行っています。		
(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)		○利用前に主治医や関連病院等と情報交換を図り、連携や支援がスムーズに行われるように努めています。		

(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	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)		<p>○サービス提供に係る各種マニュアルは、職員が閲覧しやすいように整備され、活用されています。年1回、見直し検討会を開催して、必要な見直しを行っています。</p> <p>○サービス提供毎に実施状況を記録しています。</p> <p>記録の管理については、個人情報保護等の観点から、職員に対し教育や研修が行われています。ただ、記録の保管期間が5年間に変更されているので、文書規程の改正が必要です。</p> <p>○毎朝のミーティングやデイ会議で利用者毎のケース検討を行い、情報の共有に努めています。職員が業務の都合で会議等に参加できない場合には、会議録で確認しています。</p> <p>○利用者の家族とは、送迎時の面談や連絡帳で情報交換を行っています。個別機能訓練対象者には、3か月に1回、理学療法士が居宅を訪問のうえ、機能訓練の内容と計画の進捗状況を説明し、必要があれば訓練内容の見直しを行っています。</p>		

(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)		<p>○感染症予防に関する外部研修会の情報や看護師から最新情報を、デイ会議等で伝達しています。入浴時等に爪ブラシ（必要な利用者）を使用して、丁寧な手洗いに努めています。二次感染を防止するため、感染予防セットを配備しています。</p> <p>○施設内の清掃は、清掃専門の職員が毎日実施し、担当職員がチェック表で確認しています。事業所内の整理整頓は、全職員で取り組んでいます。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>○事故や緊急時対応マニュアルが整備され、研修や避難訓練も行われていました。</p> <p>事故や緊急時における指揮命令系統が定められ、事務所に掲示されています。</p> <p>○事故報告やヒヤリハット事例は、デイ会議やケース検討会議で分析・検討し、改善策を講じています。事故発生時には、速やかに対応することを基本に、本人・家族に連絡し、送迎時にその後の経過を報告するとともに、関係行政機関に報告しています。</p> <p>○「非常災害時マニュアル（地震・風水害）」が策定され、今年度は5月に訓練が行われました。地震対策として施設内の家具の転倒防止策を講じました。平成26年6月に福祉避難所の指定を受けました。今後は、より一層、災害時における地域と事業所の連携を期待します。</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
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)		<p>○身体拘束排除マニュアルに基づく、身体拘束排除宣言が施設内に掲示されています。更に、今年度から「虐待対応自己点検チェックシート」を全職員を対象に無記名で実施し、利用者の尊厳の保持に配慮したサービスの提供に努めています。</p> <p>○プライバシー保護については、全体会議や研修会等で職員に周知・徹底しています。</p> <p>入浴時の同性介助については、利用者からの申し出により、午後の時間帯に個別対応する等プライバシーや羞恥心への配慮に努めています。</p> <p>○定員内での利用希望者は、すべて受け入れています。医療的ケアの必要な利用者（バルーンや酸素吸入等）や認知症による周辺状況のある利用者についても積極的に受け入れています。</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。	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	A
		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>○意見箱は、1階（事務所前）と2階（デイサービスのフロア）に設置されています。利用者アンケートも2年に1回の割合で行われています。意見や苦情等を出しやすくするようイラストを用いてカラー印刷したものを掲示板に掲示して、利用者が自由に意見が言えるように配慮されています。</p> <p>○利用者から苦情等の申し出があった場合は、運営管理者に連絡が入るシステムが整備されています。直ぐに解決できない場合には、ケアマネジャーや家族を含めたサービス担当者会議を開催して、解決策を講じています。</p> <p>○公的機関の窓口については、重要事項説明書に記載し、施設内に掲示されています。第三者委員は、法人本部で委嘱されていますが、公表はされていませんでした。</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てている。	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	A

(評価機関コメント)

○利用者の声は、デイサービス利用中の会話や送迎時に家族等から直接聞き取る機会があり、日々、職員がていねいに対応されています。また、隔年利用者へのアンケート調査を実施し、今年度はどの項目も90%以上の満足度に対する高評価で、自由記載欄を重視し、その意見を尊重する姿勢がありました。調査結果は、サービス向上委員会で分析・検討し、ケース会議等に報告しています。アンケート結果は、広報誌にそのまとめが記載され、公表されています。さらに、毎年調査を実施することや質問項目をより具体化する等を望みます。

○サービスの質の向上を図るため、サービス向上委員会が設置され、また、非常勤職員を含めた全職員が参加する全体会議（月1回開催）で、サービスの質の向上に向けた取り組みを進めています。

○サービスの体制、内容、質等については、全体会議やデイ会議において自己評価を行い、次年度の事業計画に反映させています。

3年に一度、第三者評価を受診しています。