

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 29 年 1 月 20 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 11 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【みやびのその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. 利用者の満足度が高いデイサービスセンターです

- 法人理念「愛・開・創」は全職員に浸透し、理念の実現に向け職員一丸で日々努力を重ねられています。利用者に「来て楽しかった」「行くのが楽しみ」「また行きたい」と思っていただけのサービス提供を、日々、個々の利用者の思いや願いをくみ取りながら実践する職員の姿勢があり、今回の三評利用者アンケートからもそのことが伺えました。
- 利用者が満足するデイサービスとは何かを追求し、年 1 回の満足度調査や、利用時に利用者からの聞き取り、食事アンケート等取り組んでいます。それらの結果をもとに、利用者・家族の希望にこたえる取り組みを積極的にしています。

### 2. 職員がそれぞれの持ち場で、サービスの質の向上に努めています

- 他のデイサービス見学を積極的に行い、レクリエーションの内容等について研鑽しています。具体的には、他のデイサービスで行っていた味噌づくりを取り入れ、実践に結びつけたケースもあります。また、利用者に昔の生活を思い出していただき(回想法)、昔話で盛り上がればと考えた職員の提案で「土鍋ご飯」を月 1 回提供し、利用者に喜んでもらっています。
- 利用者の下肢の長さに合わせて踏み台を職員が手作りし、長時間の座位姿勢に負担がない様、配慮をしています。またそのことが食事時の姿勢改善につながり、嚥下障害等の防止になっています。

### 3. 事業所の有する機能を地域に還元しています

- 法人所有の砂川記念ホールを地域に開放しています。地域のピアノ発表会に活用されたり、落語会(桂雀々)の開催(地域住民 100 名ほどの参加有り)があり、ホールを地域に還元し、地域の交流の場となっています。
- 地域包括支援センターと協力して、地域の福祉ニーズの把握を行い、他事業所も加わって、「高齢者にとっての住み良い地域づくり」に向けての取り組みを始めています。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1. 産業医の存在を職員に周知願います</b></p> <p>○ 福祉の現場において、職員のストレス軽減は重要と考えます。しかし、産業医がおられるにもかかわらず、職員ヒアリングにおいて職員への周知徹底ができていないのを残念に思います。</p> <p><b>2. 施設的环境等を再度確認されてはいかがでしょうか</b></p> <p>○ デイサービスのフロアからトイレまでの動線で、手すりの箇所が少ないように感じました。また、デイサービス利用時に理美容が受けられ、利用者から喜ばれていますが、人目に触れない環境で受けられるように考えられてはいかがでしょうか。</p> <p>○ 利用者送迎時の車内環境については、車内での感染防止の視点を持ち、配慮が必要に思います。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 産業医の周知につて</b></p> <p>○ 対人援助の仕事は、他職種と比べるとストレスは大きいといわれています。現在みやびのそのデイサービスセンターの職員は、ストレスを上手に解消されていると思われませんが、今後バーンアウト等にならないためにも、再度の周知をされることをお勧めいたします。また、ストレス等についての研修講師に産業医を招き、職員が面識を得られておくとうまいかと思えます。</p> <p><b>2. 施設環境等の確認について</b></p> <p>○ 現在の利用者は、デイサービスの環境について不自由とは感じておられないかもしれませんが、手すりを利用すれば、自身でトイレに行ける可能性のある方もあり、利用者の自由度も増し、ADLの維持あるいは向上に繋がるものと思われます。自立支援につながる動線確認を是非ご検討願います。</p> <p>○ 送迎用車内にエチケット袋やマスクや消毒薬の設置をする等、衛生・安心・安全な環境の整備を今一度ご点検・検討いただければと思います。</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	2670900162
事業所名	社会福祉法人 フジの会 みやびのその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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成28年12月13日
評価機関名	特定非営利活動法人 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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
		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)		<p>① 法人理念「愛・開・創」を具体化した「行動基準書」を、職員は月初めに全文を読み合わせ、理念を確認し、意識を高めています。合同会議での理事長の言葉（訓示）を、朝礼や職員会議で周知しています。利用者・家族には、担当者会議や面接の場で理念や運営方針を伝えています。</p> <p>② 法人・施設の組織図及び業務分掌表にて役割分担が明確です。理事会は定例及び適宜開催され、管理職会議・職員会議・NS(看護師)会議・デイ会議等、各種会議も定例的に開催され、職員の意見が反映されています。必要に応じて委嘱状により、職務権限を委譲しています。</p>		
<b>(2) 計画の策定</b>						
		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)		<p>③ 法人の中長期計画を基に、事業計画を策定しています。計画策定には、利用者ニーズ、職員の意見等、前年度の改善点や新たな視点も反映させ、多角的な視点から課題を把握し、具体的な目標を立てて取り組んでいます。</p> <p>④ 事業計画を基に、各業務毎に取組計画を立案し、毎月の職員会議・デイ会議、2ヶ月毎のNS(看護師)会議で進捗状況を確認しながら、達成に向け取り組んでいます。</p>		

(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)		<p>⑤ 遵守すべき法令に関しては、必要な法令情報を冊子にして事務所に設置しており、最新情報は、ワムネット等で直ぐに調べられる体制があります。法令関係の研修に管理職が参加し、職員に倫理・法令遵守の研修を行い、さらに回覧にて周知を図っています。</p> <p>⑥ 施設長(運営管理者)は各種委員会に出席し、また、職員に対して努めて声掛けを行い、意見を聴いています。ストレスフルチェックで、職員からの評価を得ています。</p> <p>⑦ 施設長は、通常デイルームが見える事務所に在席し、各部署からの文書を確認し事業の実施状況を把握しており、常に具体的な指示を出せています。不在時には携帯電話によって具体的な指示を行い、緊急時も指示が出せる体制ができています。</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

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 3か月ごとに採用プロジェクト会議を開き、人材確保への検討をしています。中には、ホームページを見て応募し、採用された人もいます。介護福祉士実務者研修の受講奨励や外部試験対策講座の案内を行い、勤務調整をしています。資格取得手当を支給しています。</p> <p>⑨ 新人研修、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付けられるよう、個別チェック表で確認しています。外部研修情報は、各部署へ配布し希望する研修に参加できるよう勤務を調整しています。研修参加後は、報告書に気づきや考察をまとめ、会議で伝達し、回覧にて職員で共有しています。</p> <p>⑩ 実習受け入れマニュアルに基本指針を定め、実習担当者に必要な指導を行っています。社会福祉士・教員資格・インターンシップ等の実習生や高校生の職業体験・中学生のチャレンジ体験等を受け入れています。</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
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 労働環境水準については、産業医・衛生管理者等による衛生委員会を設け、検討しています。残業は事前に申し出る体制をとっています。腰痛防止ベルトを毎年推奨し、職員が参加しています。</p> <p>⑫ カウンセリング等は産業医に相談できる体制があり、ハラスメント規定も整えられています。職員は毎年ストレスチェックを実施し、ボーリング大会やビアガーデン等の親睦会に参加しています。リラックスできる休憩室が整備され、利用されています。</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>⑬ パンフレット・ホームページ・ディスクロージャー・機関紙(年4回発行)・ブログ等で、事業所の情報を開示しています。隣接のホール(砂川四郎記念ホール)をピアノの発表会・地域行事等に貸し出し、特に落語会には100名ほどの地域住民が参加し、法人を知っていただく良き機会となっています。玄関や事業所内には地域の情報を掲示して利用者に知らせ、地域のアジサイ祭りに利用者参加の支援や琵琶湖博物館への外出には、地域のボランティアさんの援助も得て、利用者の願いを叶えています。</p> <p>⑭ 地域の民生委員からの施設見学を受け入れ、事業所の説明を行ったり、地域ケア会議でファシリテーターを務め、独居の認知症高齢者を地域でどのように見守り、支援できるかについて地域住民と意見交換を行い、実際にケアプランを作成しています。「認知症サポーター講座」の研修を法人内で行い、今後地域に向けて開催できるように取り組まれています。</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)	<p>⑮ 事業所情報は、パンフレットや重要事項説明書で説明しています。ホームページのブログ・事業所機関紙「トップライト」は、事業所の詳細が分かりやすいものとなっています。見学・相談は随時受け付け、適切に対応しています。</p>			

## (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 介護サービスの内容や料金については、重要事項説明書を用いて説明し、加算料金や利用者の料金等を丁寧に説明し、納得いただいた上で同意を得ています。成年後見制度等の利用者は今のところありませんが、適切に取り組める仕組みは準備できています。		

## (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)		⑰ アセスメントは、ケアマネジャーからの情報をもとに、「デイ面接報告書」に心身状況や生活状況等を利用者や家族から聞き取りをして把握し、記録しています。計画立案は、事業所内の複数職種が連携して行っています。アセスメントの見直しは、認定更新時期に計画的に実施し、状態の変化時にも実施しています。 ⑱ アセスメントから得られた利用者及び家族の意向や希望に基づき、目標を設定しています。サービス担当者会議には利用者及び家族の参加を得ており、希望を尊重しています。通所介護計画は個別性のある内容で策定出来ており、利用者及び家族に説明し納得したうえで、同意を得ています。 ⑲ 計画の策定にあたっては、看護師・介護士(介護士)・相談員でプランカンファレンスを開催し意見交換を行い、部署内の意見もまとめて担当者会議に出席し、意見を伝えています。必要に応じて、外部の理学療法士の意見を聞き、計画に反映させています。 ⑳ モニタリングは毎月実施し、評価しています。暫く利用がない場合や状態に変化があった場合やデイサービス増回の場合は、プランカンファレンスを開催し、必要に応じて計画の変更を実施しています。また、モニタリングはリハビリ評価も実施して、QOL向上に取り組み、一人で移動できるようになり、ADLが改善されてきている利用者もおられます。		

## (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)		⑳ 利用者の主治医やかかりつけ医にはアセスメント時に聞き取りを行い、利用者の希望に添えるよう必要に応じて指示を仰いでいます。サービス提供時はケアマネジャーを通して、医療機関・関係機関との連携が取れています。退院時カンファレンスがあれば参加するなど、医療機関・関係機関等と積極的に連携を取り、利用者の支援体制を大切にしております。		

(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>② 実用的なマニュアルが揃い職員に周知され、これらに基づいたサービスが提供されています。マニュアルの見直しは定期または随時に行われていますが（記録にて確認）更新日の記載がなかったので努力目標と思われます。変更箇所も職員に周知できています。サービスの基準であるマニュアルは全員に配布され、必須項目や個所は朝礼等で読み合わせて周知を図っています。</p> <p>③ サービス提供時の利用者の状況や経過記録は、介護ソフトを活用し、業務効率化が図られています。職員は、個人情報の取扱い等に関し契約書を交わし、徹底されています。パソコンや個別ファイルは、業務終了時に保管庫に施錠して保管しています。</p> <p>④ 利用者情報交換は朝礼等で行われ、毎日のケース記録や担当者会議の記録は全職員が申し送りとして確認し、サインや押し印で確実に共有できるように図っています。また、引き継ぎ事項はカレンダーに転記し、当日に漏れなく対応できています。利用者の支援について、職員会議、デイ会議、NS会議で取り組み、チームケアができています。</p> <p>⑤ 利用者の家族には、送迎時に自宅での様子を伺うとともに、サービス提供時の状況を口頭・連絡帳で知らせ、希望者には「つながりノート」で情報交換を行い、電話連絡もこまめにされています。月予定表や3か月毎に機関紙を配布しています。また、ケアマネジャーにも毎月の実績報告とともに配布しています。</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>⑥ 感染症にかかわる最新情報は外部の研修に栄養士等が参加し、職員に研修を通して周知しています。感染症が流行する前に、施設内でシミュレーションを取り入れた研修を行い、朝礼時に「ノロウィルス」や「インフルエンザ」の予防や対策のマニュアルを読み合わせ、感染症の拡大防止に努めています。感染症の利用者受け入れについて、マニュアルに基づき検討されていますが、送迎車両等での場面想定も含め、体制を整備されると更に良いかと思われます。</p> <p>⑦ 施設内は清掃担当者が日々清潔に努めています。整理整頓及び物品整備、臭気対策も行き届いています。トイレは頻繁に職員が清掃し、防虫駆除等は専門業者に委託し、毎月整備点検を実施しています。</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>⑳ 「事故・緊急時の対応マニュアル」は職員全員に配布され、指揮命令系統も明らかで、報告手順も明確にしています。実践的な利用者の急変時対応の研修を、看護師が講師となり行われています。</p> <p>㉑ 事故発生時は、マニュアルに沿って、適切に対応されています。速やかに家族やケアマネジャーに連絡するとともに、事故報告書を作成し、必要に応じて保険者に報告しています。事故対策会議を臨時で開催し、原因・分析・解決策等を検討し、具体的な再発防止策も立案し、職員に報告されています。ヒヤリハットはデータを集計・分析を行い、事故報告書と同じく改善策を検討し、マニュアルに反映し、法人で集約して、事業所での再発防止に努めています。</p> <p>㉒ 防災プロジェクト会議にて、大規模災害に対応したマニュアルを作成しています。消防計画を策定し、連携を意識した避難訓練を実施し、施設内でも防火責任者を中心に水害訓練等研修し、シェイクアウト訓練にも参加しています。福祉避難所として登録され、備蓄品も整備されています。懐中電灯は、事務所の入口に置いてあり取り出しやすくなっています。</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

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>⑳ 利用者の尊厳については法人理念を基に、「行動基準書」「基本マニュアル」に記載され全員に配布されており、朝礼で読み合わせる等、意識づけられています。接遇「自分自身の言葉遣いの振り返りについて」も毎月読み合わせ、「NGワードチェック表」を用いて、自身の振り返りをしています。毎年、身体拘束禁止・虐待防止・権利擁護の研修をしています。</p> <p>㉑ プライバシー保護を意識したカーテン・同性介護等配慮されています。常にプライバシーや羞恥心について問題意識を持って、改善しながらサービスの提供を行えていることが、今回の三評利用者アンケートからも伺えました。</p> <p>㉒ 医療的ケアの必要な方（胃瘻・吸引・ストマ・COPD等）も受け入れています。受け入れを断ることなく、1日体験利用にて、利用者を選択してもらっています。</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>③④ 「クレームはラブコール」という事業所の姿勢が利用者に浸透しており、利用者の意向は、直接口頭や電話で職員が受けることが多く、また、日々のサービス提供時や送迎時に要望を聴くようにしています。年に一度利用者アンケートを実施し、玄関に投書箱を設置し、用紙と筆記用具を添えるなどしています。</p> <p>③⑤ 利用者の相談や苦情は、「行動基準書」に対応方法を定め、記録し即座に対策会議を開催し、迅速に対処し、全体報告をするとともに、サービスの質の向上や改善に役立っています。個人情報保護に配慮したうえで、改善や対応内容を玄関受付の閲覧ファイルで公開しています。</p> <p>③⑥ 相談や苦情に対する第三者委員を定め施設内に掲示され、公的機関の相談窓口を重要事項説明書に記載し、新規契約者には説明し、周知を図っています。受け付けた苦情は、第三者委員にも適宜アドバイスをもたらえる体制が整っています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>③⑦ 利用者の満足度を調査するため、年1回アンケート調査を行い、食事について満足度の聞き取りを実施しています。利用者から日常的に聴き取ったこと等も含め、事業所内職員で検討分析し、サービスの質の向上につなげています。</p> <p>③⑧ 事業所では、職員会議、デイ会議、NS会議でサービスの質の向上を目指し、検討し、管理職会議で各検討内容や実践報告を受け、さらに検討されています。その会議内容等の情報は職員で共有できています。また、食事会議には委託業者も参加し、食事サービスについて検討しています。同一法人経営の神戸の施設や、他法人の奈良・枚方の施設を見学する取り組みをしています。</p> <p>③⑨ 各部署や事業計画の目標の進捗状況を年度末に確認・評価し、改善を要することは次年度の計画に反映させています。第三者評価は3年毎に受診し、指摘のあった事項は、改善されています。</p>		