

アドバイス・レポート

平成29年6月8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1月24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満寿園につきましては、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>○延長サービスの提供 利用者個々の状況やニーズ等に応じて、朝食の提供や、サービス提供時間の延長等柔軟に対応されています。</p> <p>○360度評価の実施 相談員以上の役職を対象とした評価の仕組みを取り入れられており、1年に1回チェックシートによる管理者の評価を実施されています。職員の個人面談以外で、更に職員の意見を聴取する機会を確保することで、事業の運営に反映されています。</p> <p>○不適切ケア防止に関する標語の募集及び掲示 毎年、身体拘束委員会が主体となり、全職員に不適切ケア防止に関する標語を募集され、掲示をしています。虐待防止の啓発や意識向上、日頃のケアを振り返る機会にもなっており、事業所として権利擁護に対する意識の高さが感じられました。</p> <p>○職員の労働環境に配慮した取り組み 職員トイレに気づきの箱を設置し、労働環境に対する意見等を聴取する仕組みがあります。個人面談において直接上司に言いにくいことでも、意見箱を設置することで、意見を出しやすい環境作りに配慮していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○把握すべき法令のリスト化 守秘義務及び倫理規定や個人情報管理規定等、遵守すべき事項をまとめた例規集を全職員に配布されていることは評価できます。しかし、事業を実施する上で把握すべき法令のリスト化等、法令周知の取り組みはありませんでした。</p> <p>○個別援助計画書の変更基準や見直し時期の明確化 日々の記録を基に、定期的なアセスメントやモニタリング、計画書の見直し・変更が行われていましたが、計画を変更する基準や時期等が文書化されていませんでした。</p> <p>○災害発生時の地域の連携を意識したマニュアルの作成 法人として「防災対応マニュアル」を策定されており、備蓄の確保や定期的に避難訓練を実施されていましたが、災害発生時の地域との連携を意識した体制等のマニュアル記載がありませんでした。地域の合同訓練も2年前に参加され、以降は参加されていないとのことでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は平成16年4月に開設され、地域密着型認知症対応型通所介護事業所として、「お一人おひとりに耳と心を傾けながら寄り添い、目配り、気配りを心がける」をモットーに、個別ケアに取り組まれています。事業所は木材をふんだんに取り入れた、暖かみの感じられる内装や設備を導入され、浴室や居室等のサインも可能な範囲で取り外され、家庭的な雰囲気づくりを意識されていました。また、同事業所には保育園が併設されており、日常的に園児の元気な声が聞こえ、交流できる環境にあります。利用者の状況に応じて、朝食の提供や、サービス提供時間の延長等柔軟に対応されており、生活を支える支援という点からも評価できるサービス実践がなされていました。今後更なる発展を期待して、以下のアドバイスさせていただきます。</p> <p>○法令のリスト化 法人の個人情報管理規定や法令遵守管理規定等をまとめた例規集を全職員に配布されていますが、介護、福祉、医療等の関係法令を職員が把握できるよう、法令に関するリストを作成されることを期待します。</p> <p>○計画書の変更基準や見直し時期を明確にした文書の整備 全職員が標準的な手法でアセスメントからモニタリング、計画の見直しが行えるよう、手順書等の検討、見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>○災害発生時の地域との連携を意識したマニュアルの作成 法人で作成している「防災対応マニュアル」等を基にして、本事業所として、地域との連携を記載したマニュアルの整備、合同訓練等の実施により、地域との連携強化を期待します。</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。

(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	2693300135
事業所名	デイサービス満寿園
受診メインサービス (1種類のみ)	認知症対応型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	2017年3月27日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 理念や運営方針は、ホームページやパンフレットに明記しています。また、年に2回の全体研修や新入職員研修において、理念とケアの結びつきについての研修を実施しています。 2. 「運営組織規定」に職務権限について記載しています。経営会議、管理者会議、業務改善会議等、会議体系別に、職員の意見を集約・反映させる仕組みがあります。		
(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)			3. 法人で中長期計画を策定しています。各会議にて半期毎に振り返りと意見を集約し、年度末に見直しを行っています。 4. 法人にグループ活動と委員会活動があり、各活動毎に計画を立てています。管理者及び代表者が参加する「次年度事業計画に向けての会議」にて、達成状況や課題等を共有しています。		
(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	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)			5. 「地域密着型サービス事業者に係る集団指導」に管理者が参加しています。守秘義務及び倫理規定や個人情報管理規定等、遵守すべき事項をまとめた例規集を、全職員に配布していますが、リスト化された法令集はありません。 6. 年2回開催の全体研修において、理事長が役割と責任について表明しています。また、相談員以上の役職に対し、年1回以上「360度評価」を実施し、管理者自らの評価・見直しをする仕組みがあります。 7. 管理者が現場を離れる際は必ず携帯電話を携行し、オンコール可能な体制があります。事故発生時は「法人緊急時の対応マニュアル」に基づき、管理者に報告・指示を仰ぐ体制があります。		

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	B
		(評価機関コメント)		8. 総務部が「職員充足状況表」により実績管理を行っています。年に1回有資格者や職員比率を検証し、管理者会議で確認・検討しています。資格取得支援として、介護福祉士の実技試験を受験する職員に対して、先輩職員による実技指導も実施しています。 9. 法人で階層別の職員研修（新入職員・中堅職員・管理者）を実施しています。外部研修等の情報は、事業所内で回覧を行い提供しています。新入職員には担当制をとり、OJTにより指導・アドバイスする仕組みがあります。 10. 「満寿園実習受け入れマニュアル」を整備していますが、オリエンテーション実施方法等の記載はありません。介護福祉士や社会福祉士の実習指導者講習の修了者を、担当者として配置しています。		
(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)		11. 有給取得率は総務が発行する月報で管理者が管理し、毎月の管理者会議にて有給取得バランスを確認しています。有給休暇の取得日数は、全職員が閲覧できるようにしています。安全衛生委員会にて、労働環境等について検討する機会があります。スライディングボードを導入し、介護負担の軽減を図っています。 12. 法人が契約している保険会社にカウンセリングや心の電話相談等ができるサービスがあり、相談先が記載されたカードを全職員に配布し、周知を図っています。また、互助会として親睦会や、新入職員、入職3年目の職員を対象とした茶話会等も計画的に開催しています。		
(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. 年3回「満寿園たより」を発行し、弥栄町全区に配布しています。桜祭りや地藏盆等の地域行事に利用者が参加できるよう、職員が付き添う等の支援をしています。情報の公表制度による情報開示について、「満寿園たより」にて広報しています。 14. 管理者が地域サロンに出向き、介護保険制度の講座や相談会等を実施し、地域のニーズ把握、情報提供の機会を確保しています。また、法人独自で地域の病院や郵便局等にて、認知症サポーター養成講座も開催しています。		

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
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の他、「デイサービス満寿園」（広報誌）を発行し、利用者や地域に向けて情報提供を行っています。		

(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)		16. 料金表等にて介護保険内・保険外サービスの料金について分かりやすく説明し、同意を得ています。成年後見制度等を活用している利用者はいませんが、制度に関して説明できるよう準備しています。		
(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	B
(評価機関コメント)		17. 「利用者状況アセスメント」を用いて、担当ケアマネジャーと連携し、アセスメントしています。アセスメントの更新は、介護保険更新時期に合わせて行っています。 18. アセスメントに基づき、「認知症対応型通所介護計画書」を作成しています。また、相談員がサービス担当者会議に出席し、利用者や家族の意見等を聴取し、計画書に反映しています。 19. サービス担当者会議に出席し、他の専門職と意見交換や照会等を行っています。 20. 日々の状態や様子を「実行表」に記録し、それに基づき「デイサービス満寿園モニタリング」に結果を記録しています。個別援助計画は、ケアプラン変更に合わせて見直ししていますが、変更基準や見直しの時期について定めたマニュアル等はありません。		
(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. 事業所内に、関係機関一覧を掲示し利用者の状況に応じて活用しています。月2回、地域の医療・福祉の関係者が集まる「ミニスタッフ会議」（地域包括支援センターが主催）に参加し、利用者に関する情報を共有する機会があります。		
(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	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. 業務マニュアルを整備しています。見直しや更新は年に1回マニュアル担当が行い、副主任が確認していますが、提供しているサービスが標準的な実施方法に基づいて実施されているかを確認する仕組みはありません。 23. 利用者の状況及びサービス実施状況は「実行表」に記録しています。「個人情報管理規程」に記録の保管、保存、持ち出し、廃棄について定めています。年1回、デイサービス会議内で個人情報に関する勉強会を実施しています。 24. 利用者の状況等は、ミーティングやデイサービス会議、連絡ノート等で情報共有しています。 25. 「デイサービス満寿園」（広報誌）や連絡ノート、年2回の家族会で利用者の状況を伝えています。		

(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. 感染症の症例別に対応方法を記載した「感染症マニュアル」があります。年に2回感染症に関する研修会を実施し理解を深めています。感染症である利用者については、別室を設けて受け入れる体制を整えています。 27. 1日2回事業所内の消毒を実施し、清潔保持に努めています。		
(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	B
(評価機関コメント)		28. 「事故防止マニュアル」や「緊急時の対応マニュアル」を整備しています。また、年に2回リスクマネジメントの事例検討や外部講師を招いて研修を実施し、事故防止に努めています。 29. 月に1回、事故・ヒヤリハット委員会にて事故報告書を業務改善会議で検討・分析を行っています。 30. 「防災対応マニュアル」を策定しています。備蓄の確保や、土砂災害と火災を想定した避難訓練をそれぞれ年1回実施しています。災害発生時の地域連携について、マニュアル記載はありません。地域の合同訓練も、2年前の参加が最後となっています。		

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

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	B		
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. 法人として、外部講師による身体拘束・虐待防止の研修会の他、年に1回事例検討会を開催しています。身体拘束廃止委員会が中心となり、職員に向けて不適切なケア防止についての標語を募集し、掲示する等して、啓発活動に取り組んでいます。 32. デイサービス会議にて、プライバシーに関する勉強会を実施しています。各職員のケアを振り返り、実際の事例に基づき改善につなげています。ただし、業務マニュアル等には、プライバシーに関する記載がありませんでした。 33. 利用者の受け入れを断った事例はありません。定員を超過する場合の対応方法について、重要事項説明書に記載しています。				

(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	B
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)		<p>34. アンケート調査、家族会、連絡ノートで利用者や家族の意向を収集する仕組みがあります。利用者の何気ない言葉を書き留める「気づきのノート」を設置し、月に1回苦情対応委員会で記載内容の検討をしています。必要に応じて利用者にフィードバックしています。</p> <p>35. 意見箱を設置しています。苦情等は苦情対応委員会で検討する仕組みがあります。対応方法に関する仕組みはありますが、文書はありません。</p> <p>36. 第三者相談窓口の情報は、玄関に掲示し、重要事項説明書にも明記しています。市民オンブズマンが近隣に無い為、苦情解決第三者委員が介護相談員として年に3回訪問することで、利用者の相談機会としています。</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	B
(評価機関コメント)		<p>37. 年に1回利用者満足度調査を実施し、結果をデイサービス会議で分析、検討しています。今年度実施した満足度調査のアンケート回収率は94%とのことでした。</p> <p>38. 月に1回業務改善会議を開催し、サービスの質の向上に向けて検討しています。他事業所との比較検討については、「ユニットイン北京都」の研修に参加し、情報収集を行っています。</p> <p>39. サービス提供状況の質の向上について、業務改善会議にて検討する機会があります。自己評価については、単年度の事業計画を基に毎月チェックを行っていますが、事業所独自の自己評価の仕組みはありません。</p>		