

アドバイス・レポート

平成29年2月24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8月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ひだまり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>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>○組織の理念・運営方針 平成28年度を、グリーンビラ夜久野改革元年と位置づけ、事業の在り方について法人全体で見直し、検討を重ねています。全ての職員から意見を聞きとる仕組みとして、職員の声を拾い上げる仕組みの他に、「職員提案に関する規定」を新たに策定しています。実施結果については、施設の入り口の誰でも目につきやすい場所に掲示され、提案に対して採用・不採用、またその理由についても明示し、職員一人ひとりが自分の出した意見がどのように運営に反映されていくのかが分かる仕組みになっています。</p> <p>○危機管理 マニュアルを整備して、緊急事故や災害などの際には、すぐに参照できるようになっています。警察や消防署をはじめ、自治会や地域の消防団など地域の人と顔の見える関係が培われており、合同で防災訓練を実施する等、地域との交流や意見交換が活発に行われています。特に施設の立地が山手にあるため、土砂災害に対する意識が高く、豪雨時等には地域住民と連携して見回りを行っています。</p> <p>○質の向上に係る取り組み 年1回実施されている利用者満足度は、平成28年度においては100%の回答率となっています。調査項目の自由記述欄には多くの意見が書かれており、調査がよく機能している姿が伺われます。答えやすい工夫として、食事の嗜好調査では絵や写真を併用するなどの配慮をされています。分析した調査結果は、広報誌等により公表されています。日常の実践の中だけでなく、家族懇談会も年1回開催する等、利用者や家族の声を拾い上げる姿勢がみられます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事業計画の策定 利用者満足度も毎年実施され単年度の計画に反映されています。半年ごとに振り返りシートにより見直しが行われていますが、日付が確認しづらい様式になっています。また、中長期計画については、平成24年度から27年度の期が終了しており、平成28年度以降についての計画を策定中です。</p> <p>○ストレス管理 事務室が休憩の場所を兼ねており、更衣室が男女入れ替え制となり使いづらさを感じます。ハラスメントに関する取り組みについては、防止規定にうたわれている相談機関が内部に限定されています。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>地域の認知症高齢者が住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けられることを目指し、利用者の思いを十分に聴き職員全体が共通した認識を持ち、個人の思いに合わせた対応ができること、地域との交流事業等に取り組まれています。今後のサービス向上のために以下の通りアドバイスします。</p> <p>○振り返りシートなど、書類の日付欄など、はっきりわかるようにすることを勧めします。また、現在、策定中の中長期計画を完成させて、中長期計画に基づく事業の推進とサービス向上の実施に繋げて頂くとともに、今後、中長期計画が連続して策定できる仕組みを作られてはいかがでしょうか。</p> <p>○法人本体から離れたところにあり、施設規模も小さいため休憩室や男女別の更衣室の確保が難しい現状があると思いますが、現場から離れて休憩できるスペースの確保は必要と考えます。中長期計画策定・推進会議等の場でも検討し、実現に向けて取り組ま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。

(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	2692600105
事業所名	ひだまりデイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型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	平成28年11月25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思決定を行い、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. 毎年、事業報告を「1年間の歩み」として冊子にまとめ、法人内各部門毎及び関係機関に配布しています。年に1回の職員会議は全職員参加できるよう2回に分けて実施しています。掲示物、広報誌、ホームページでも明示しています。 2. 意思決定の為の会議として定期的に「経営会議」、「管理者会議」を開催しています。会議内容の伝達の為、「ひだまり職員会議」を月1回開催しています。「職務業務分掌規程」により権限を明確しています。		
(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	B
	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	B
	(評価機関コメント)			3. 現場の職員も中長期計画推進会議に参加しています。利用者満足度調査も毎年実施し、単年度の計画に反映しています。中長期計画については、平成24年度から27年度で終了し、平成28年度からの分を作成中です。 4. 「年度事業方針点検」を年2回実施し、進捗状況確認しています。点検票の日付欄が確認しづらく、漏れているものもありました。		
(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。	B	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. インターネットや、『月刊デイ』、『シルバー新報』等による情報収集を行っています。「倫理・法令遵守研修会」を開催しています。 6. 管理者の役割と責任は、規程集、各種会議録において確認できました。管理者に対する評価の方法について「職員提案に関する規定」、「面接シート」等により聞き取る仕組みがあります。 7. 緊急時の連絡マニュアル、連絡網があります。介護等事故報告については、京都府・福知山市への報告についてのチェック欄を設け、基準も明示しています。		

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)		8. 常勤・非常勤、また有資格・無資格をバランスよく配置して事業所を運営しています。定期異動は実施していますが、前項の比率等は、ほぼ維持しています。 9. 人材育成指針に基づき、職員の到達レベルに合った研修に取り組みを構築しています。また、「職員提案に関する規定」を策定して、職員の考えや意見を伝えやすい環境が整っています。 10. 「実習生受入マニュアル」に基本姿勢を明示し、介護職員初任者研修や介護福祉士の実習等を積極的に受け入れています。また、地域の子どもや学生の福祉体験等、地域の福祉教育に貢献しています。また、介護福祉士実習指導者講習会への参加など指導者の育成にも努めています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 時間外に実施される定期の会議を除き、業務時間内で運営を行えています。腰痛予防ベルト等は採用時に全職員配布しており、職員処遇向上検討委員会で検討した内容が業務に活かされています。リフレッシュ休暇についても取得する仕組みを構築しています。 12. ストレス解消やメンタルヘルス維持の体制確保のため、外部カウンセラーやストレスチェック等を活用しています。また、職員を対象としたスポーツ教室や文化教室等を企画し、施設使用料等は福利厚生の一環として法人が負担しています。事務所（相談室）内に休憩室を設けている点、更衣室が共用で男女入替利用となる点、ハラスメントに関する相談窓口が内部に限定されている点が課題です。		
(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. 施設の広報誌やパンフレット等は見やすい内容で、関係機関にも配布が行われています。介護相談員やボランティアの訪問等、地域団体の受け入れ、福知山市ふれあい福祉フェスタへの参加や「介護の日」における作品展示等、積極的な地域交流を行っています。また、地域自治会や消防団と合同の防災訓練を実施しており、地域ぐるみでの組織運営が確立しています。 14. グリーンビラ夜久野展における講演会の開催や定期的な家族懇談会等、専門性の高い内容を地域に発信しています。また、すずやかスポットやオープンデイ等での施設の開放、京都府認知症あんしんサポート窓口の設置等、事業所機能を還元しています。		

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. 施設広報誌は民生委員や自治会、学校や駐在所等に毎月配布する等、活動内容の広報に積極的に取り組んでいます。また、サービスの問い合わせや見学にも積極的に対応し、体験利用についても実績があります。			
(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. サービスの開始に必要な利用契約書や重要事項説明書等により、わかりやすく説明しています。また、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に関するパンフレット等を用意し、必要に応じて情報提供しています。			
(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)		17. アセスメントシートや通所介護計画書、通所介護計画書評価表は所定の様式を使用して実施しています。利用者や家族の意向等もわかりやすく整理しています。 18. ケアプランを参考にしながら通所介護計画を整備しており、具体的な目標も本人や家族の意向に沿った内容でした。 19. サービス担当者会議において、主治医を含めた専門職から情報を得ています。情報と実態の整合性を図りながら、通所介護計画を作成しています。 20. 定期的（3か月毎）にモニタリングを実施しています。また、本人の状態や介護環境に変化が認められる場合には、個別援助計画の見直しを実施しています。			
(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)		21. 日常の支援の中で地域の関係機関との連絡・連携が円滑に行われている様子が各種記録から確認できました。特に、関係機関の連絡一覧表には、地域の開業医や連携病院、相談機関、介護事業所等が一目でわかるようにまとめられ、職員がすぐに確認できるように掲示しています。			
(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)		22. 法人全体で検討した各事業所共有の基本的マニュアル（虐待や身体拘束の防止を含む）があり、これを受けて「ひだまり」での独自マニュアルを作成し、活用しています。 23. 24. 利用者の状況に関する情報については、送迎後のミーティングだけでなく、「引継ぎノート」や、独自に作成している「気づきファイル」を活用し、共有しています。 25. 家族との情報交換については送迎時等に行っています。年1回、家族懇談会を開催しています。			

(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. 「感染症対応マニュアル」を法人で作成し、事業所内で研修を行い、研修不参加者に対する補講等の対策も徹底し、職員全員が理解しています。 27. 臭気対策については、これまで入浴設備の中にあった汚物置き場や洗濯スペースを戸外に移す等の改修をすることで効果を得ています。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルはわかりやすく、各職員が見やすいように掲示しています。 29. 事故・ヒヤリハットの基準を明記し、それぞれ報告書を整備してリスクマネジメント会議による再発防止策の検討を行っています。 30. 地域の実施する防災訓練には毎回参加し交流や意見交換を活発に行っています。施設の立地が山手にあるため、土砂災害に対する関心が高く、豪雨時等には地域住民と連携して見回りを行っています。		

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	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. 虐待防止を含む利用者の人権の尊厳に関して、法人全体で検討会やグループワークの積み上げに加え、事業所内でも話し合いの場を活発に持ち、個人レベルまで理解が浸透しています。 32. 日常のケアにおいては、利用者の思いをきめ細かくアセスメントがしており、その人の気持ちに寄り添った支援をよく意識しています。 33. 受け入れを断った実績はありません。			
(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)		34. 苦情・要望の収集・対応については法人で規定しており、掲示物や意見箱を設置しています。施設内には相談室を設置し、事務室でも相談できるようにしています。日常の中で利用者が相談しやすい雰囲気があり、生活場面での相談が多いのが特徴的です。 35. 相談は記録の上、終礼等のミーティングで日々共有し、サービス改善へフィードバックしています。 36. 苦情解決の仕組みは、重要事項説明書、掲示物で確認できました。			

(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)		37. 平成28年度、利用者満足度調査の回答率は100%でした。調査項目の自由記述欄には多くの意見が書かれており、調査結果の分析・公表を行い、次期事業方針に反映されています。 38. サービスの質の向上を検討する自己評価委員会には、施設長をはじめ現場職員が参加しています。 39. 年1回サービスの質の向上のための独自の評価シートによる評価を実施しています。自己評価委員会にて、課題を明確にし、次期事業計画に反映しています。第三者評価は定期的に受診しています。		