

アドバイス・レポート

平成30年 2月26日

平成29年11月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンターやすらぎ 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>【通番24】 職員間の情報共有 日々の状況については、毎日の連絡帳やミーティングで徹底しています。朝の送迎時に「利用者メモ」を持っていき、利用者・家族からの連絡事項を記入して情報共有を行っています。また、毎月の定例会議やサービス担当者会議、パソコンネットワークシステム「長寿」で情報共有を行っています。</p> <p>【通番31】 人権等の尊重 利用者の人権尊重を基本理念・基本方針に明記し、施設内に掲示しています。「身体拘束防止」「虐待防止」について新人研修のほか、1年に1回研修を行っています。利用者アンケート等を実施し、定例会議で日常業務の振り返りを行っています。</p> <p>【通番35】 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情対応マニュアルを定め、迅速に対応し、改善策を講じる仕組みがあります。利用者アンケートの結果は個人情報保護に配慮しながら広報紙やホームページで公開しています。 利用者の希望に基づいて個別の誕生日レクリエーションを行ったり、アンケート結果をもとに給食懇談会に図り、行事食やおやつバイキングを実施する等利用者の声を聞き取り具体化する取組は高く評価できます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>【通番17～20】 個別状況に応じた計画策定 個別援助計画の策定にあたっては、アセスメントを行い、利用者、家族のニーズを聞き取り、それらを基に個別援助計画策定を行っていました。また、計画策定の際は、看護師、リハビリの専門家からの意見や写真付きのリハビリプログラムを参考に、多面的なアプローチを図っていました。しかし、定期的なアセスメント、定期的なモニタリングに基づいた個別援助計画の見直しができていませんでした。 様式について、フェイスシートと計画書が重複している部分が見受けられました。業務を簡素化する意味でも、個別援助計画書の様式の見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>【通番22】 業務マニュアルの作成 デイサービスセンター業務マニュアルが整備され、活用されていましたが見直しの基準がありませんでした。マニュアル一覧表（目次）を作成し、見直し日や変更を行った日時を明示されてはいかがでしょうか。</p> <p>【通番23】 サービス提供に係る記録と情報の保護 管理ソフトにより一元的に管理されていました。また、個人情報保護の観点から法人職員全体に研修を実施していました。しかし、記録等の持ち出し規程が確認できませんでした。法人のリスク管理の観点からも規程を見直し、整備されることを望みます。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人大樹会は、昭和57年12月に設立認可を受けました。理念「一人一人の人生を大切にし、健やかでやすらぎのある生活を送っていただくことを目指します。」をもとに舞鶴市の住民ニーズに応える形で幅広いサービスの提供を行い、高齢者福祉の推進役として役割を担ってこられました。また、法人における中長期ビジョンを明確にし、事業所ごとの単年度計画を作成し、「職員だより」（年2回発行）を活用し全職員に周知を図っていました。

きょうと福祉人材認証上位認証、は一とふる企業認証、ワークライフバランス認証企業、きょうと健康づくり実践企業等を取得し、リフレッシュ休暇の創設や直接施設長に提出する「希望調査」を実施するなど職員が働きやすい職場づくりを目指しておられます。職員の離職率も低く積極的な実習受け入れや、PR動画や求職者に対するバスツアーを企画するなど積極的に人材確保に努めていました。また、法人で働く職員を「楽しませ人」とし、職員の方々が主体的に大樹会の魅力を発信しているところは高く評価できます。

デイサービスセンターやすらぎは、平成元年に設立され定員35名で片道1時間かかる地域からも受け入れを行っています。落ち着いた雰囲気的空間と一日を通して、また行きたいと思っただけのようなサービスをモットーに「楽しいと思えるデイサービス」を目指しています。

利用者のニーズに合わせて、利用者の誕生日に要望を聞き入れたり、外出支援として年2回の外出ドライブ、選択式個別レクリエーションの充実などきめ細かい個別支援が行われていました。個別援助計画の策定にあたっては、サービス担当者会議での連携ができており、それが利用者の身体機能アップに繋がっていました。

職員の情報共有も徹底されており、朝の送迎時に朝の送迎時に「利用者メモ」を持っていき、利用者・家族からの連絡事項を記入して朝のミーティングで情報共有を行っています。

職員個々の意見が出しやすい雰囲気もあり、業務改善等の提案に対し、タイムリーに対応し、実際の業務の中に取り入れて検討する姿勢がありました。

地域との関係においては、回覧板で広報紙（法人と事業所で毎月発行）を配布するとともに同法人の保育園との交流や近隣の施設と合同で行う夏祭りを通じてつながりを大切にされていました。

今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。

具体的なアドバイスは下記のとおりです。

- ・セクシャルハラスメント規定はありましたが、ハラスメント全般に関する規定を策定されてはいかがでしょうか。また、具体的に窓口の設置を検討されることもされてはいかがでしょうか

- ・理美容サービスの場所についてパーテーションで仕切る等の検討が望まれます。

- ・第三者評価を三年に一度受けていました。また、職員それぞれが日常業務について振り返りチェックし、その結果を突き合わせて検討することはできていますが、組織として自己評価を行う基準及び仕組みは確認できませんでした。年に1回、自己評価を行う仕組みの構築を期待します。

※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	2672700016
事業所名	デイサービスセンターやすらぎ
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	2017/12/15
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)法人理念及び運営方針を定め、定例会議で浸透するための取り組みを行っている。職員だよりを配布するとともに全職員が名札で携行している。家族には、広報紙(やすらぎ便り、やすらぎ新聞)を通じて周知している。ホームページに記載され、施設内にも掲示している。 2)組織図、キャリアパス一覧表、デイサービスセンター業務マニュアルを整備している。定例会議職員が参加する、主任以上で構成される法人リーダー会議等があり、職員の意見が反映される仕組みがある。			
(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質の向上に向けた計画を策定すると共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)法人において、中長期計画を定め、10か年及び5年の目標を掲げ、それをもとに事業所の事業計画が策定されている。計画の策定及び課題の明確化については、定例会議の中で行われ、職員の意向が反映される仕組みがある。 4)事業計画において業務レベルの課題が設定されており、毎月振り返りを行うとともに次月の目標をたてている。			
(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	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)管理者は法令順守等の研修に参加し、職員に対し伝達研修等を実施している。しかし、法令等についてはリスト化されていない。 6)管理者は職務基準書及びキャリアパス一覧表により、職務権限等が明文化されている。職場活性化アンケートの実施、施設長へ直接提出する「希望調査」を通じて管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認している。 7)施設長は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあり、必要に応じて適切な指示を出せるようになっている。緊急時のマニュアルに基づき当日のキャプテンを決めている。			

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
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) 法人として採用計画策定委員会を設置して、年度初めに職員採用計画を立て魅力発信チームを中心に、人材確保に努めている。行動指針が明文化されている。また、入職後に介護福祉士等資格取得を推奨しており、法人内での講習会、歯科取得にかかる費用の無利子貸付、勤務上の配慮など支援体制を整えている。また、PR動画を作成するとともに定期的に求職者に対するバスツアーなどを開催し、職員との座談会などを行っている。 9) キャリアパスに基づき体系的に研修計画が策定されている。新人職員には、担当者を配置してOJTが行われている。職員が互いに学び合うための事例発表会や認知症に係る勉強会などがある。 10) 法人として実習受け入れマニュアルを整備し、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実施されている。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	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) 有給休暇とは別に連続休暇であるリフレッシュ休暇がある。育児休業・介護休業法に基づく規程が整備され、適切に対応されている。職員の負担軽減についてはスライディングシートや移動式リフトの活用がなされている。 12) ストレスチェックを行い、必要に応じて産業医、精神科医につなげている。福利厚生については京都府民間社会福祉施設共済会に加入するとともに、互助会であるやすらぎ会において職員旅行など職員のストレス解消への取り組みがされていた。事業所内に休憩スペースが整備されている。		
(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) 広報紙を舞鶴市内の関係団体に配布するとともに、ホームページで施設内での取り組みを分かりやすく伝えている。同法人の夏祭りにデイサービスとして参加したり、保育園と交流を行っている。 14) 法人として事業所開放するオープンデイの取り組みを行ったり、お達者大学を行っている。		

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) ホームページが整備されており(リニューアル)、事業所の概要についてわかり易く情報提供されている。パンフレットもカラー刷りで分かり易い内容である。又施設見学希望者へは柔軟に対応する体制を整えている。		
(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、利用者にわ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) 重要事項説明書を基に丁寧に説明を行い、同意を得ている。判断能力に支障がある利用者に対する支援として、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用を行っている。		

(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。	B	B
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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		17)新規受け入れ時、退院後等身体生活状況の変化が認められる場合は、アセスメントを行い、個別対応の手がかりとしているが、定期的なアセスメント実施には至っていない。 18)利用者、家族のニーズを聞き取り、それらを基に個別援助計画策定を行っている。また、必要に応じてサービス担当者会議を実施しているものの、目標等の期間設定が行われていない。 19)個別援助計画策定の際は、看護師、リハビリの専門家からの意見や写真付きのリハビリプログラムを参考に、多面的なアプローチを図っている。 20)定例会議において利用者の状況について話し合いは行われているが、定期的(3か月)なモニタリングに基づいた個別援助計画の見直しができている。		
(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)かかりつけ医との連携はケアマネジャーを通じて行っている。また、関係機関等とは、常に顔の見える関係づくりを念頭に、有機的な連携を図るよう取り組んでいる。(地域ケア会議、在宅ミーティング、退院カンファレンス等)		
(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	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	B
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)「デイサービスセンター業務マニュアル」が整備され、活用されている状況ではあるが、定期的な見直しの基準が明確化されていない。 23)管理ソフトにより一元的に管理されている。また、個人情報保護の観点から法人職員全体に研修を実施している。しかし、記録等の持ち出しに関する規程が確認できなかった。 24)日々の状況については、毎日の連絡帳やミーティングで徹底している。利用者の状況は毎月の定例会議やサービス担当者会議、ちょうじゅ記録システム等で情報共有を行っている。 25)連絡帳を作成し、ご家族との連携を図っている。また、送迎時の機会をとらえご家族との情報交換を行っている。オープンデイなどの取り組みを通じて声掛けをしている。		
(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)法人内に感染症対策委員会を設置し、マニュアルを整備するとともに感染症に関する研修を定期的に行っている。 27)オゾン脱臭、空気清浄機と換気扇等による換気を行っている。事業所内に環境美化委員会を設置し、備品等の整理整頓に努めている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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)法人内に事故防止委員会を設置している。緊急時対応マニュアル及びフローチャートを整備している。定例会議において、嘔吐物対応訓練など実践的な訓練を行っている。 29)事故発生時、適切に対応すると同時に本人や家族に説明している。事故・ヒヤリハット報告書を設置し、定例会議にて振り返って分析、検討し今後の対策を立てている。 30)災害発生時対応マニュアルを設置し、法人本部を中心として、メール訓練や夜間対応含む避難訓練を行っている。施設建物自体がシェルターとなっており、市と福祉避難所の協定を結んでいる。		

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)利用者の人権尊重を基本理念・基本方針に明記し、施設内に掲示している。「身体拘束防止」「虐待防止」について新人研修のほか、1年に1回研修を行っている。利用者アンケート等を実施して、定例会議で日常業務の振り返りを行っている。 32)新人研修でプライバシー保護について研修を行い、定例会議やミーティングでも業務の振り返りを行っている。契約時個人情報同意書を頂いている。入浴、排泄介助は契約時に同性介助の希望を聞き、利用者の意向に添っている。 33)断らないことを基本姿勢として対応している。曜日の希望もできるだけ利用者の希望に添うようにしている。				
(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。	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)送迎時を利用者・家族との個別面談の機会ととらえ意向を聞いたり、電話でも聞き取っている。自ら思いを話せない利用者は、日常意識して声掛けし、表情や様子から涙み取るように努めている。あがってきた意向は定例会議、ミーティング等で検討し、結果を職員間で共有している。 35)苦情対応マニュアルを定め、意見や、苦情は迅速に検討、共有し、改善策を講じる仕組みがある。利用者アンケートの結果は個人情報保護に配慮しながら広報紙やホームページで公開している。 36)苦情解決の窓口設置場所等その体制について重要事項説明書に記載したうえで契約時に説明している。法人で第三者委員を設置し、あがってきた苦情等に迅速に対応する仕組みがある。また、利用者のほとんどが地域住民であることから地域の民生委員や住民がボランティアとして活動している。				
(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	B		
(評価機関コメント)		37)年に1度利用者アンケートを実施し、その結果を集計し、リーダー会議にて報告している。次年度の事業計画検討時に改善前と改善後の状況を確認し、次年度の事業計画に反映させている。具体的にはおやつバイキングなどの取り組みにつながった。 38)月1回のリーダー会議にてサービスの質の向上について検討し、法人内共有システムで議事録を公開して職員間で共有している。さらに月1回の定例会議や在宅ミーティングで具体的な取り組みへ繋げている。市通所連絡会で情報収集し、他事業所の取り組みと比較検討している。 39)第三者評価を3年に1度受けている。職員それぞれが日常業務について振り返りチェックし、その結果を突き合わせて検討することはできているが、組織として評価を行う仕組みはない。				