

アドバイス・レポート

平成30年2月27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7月21日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた三愛荘指定通所介護事業所につきましては、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>○人権尊重の取り組み 三愛荘の研修員会の取り組みで、「人権研修」を実施し、在宅会議で、高齢者虐待について、身体拘束の研修を実施しています。身体拘束・虐待防止委員会を設置しており、虐待防止アンケートを行い、予防等の具体策を検討するなど、三愛荘全体で人権について取り組んでいます。</p> <p>○アセスメント個別援助計画 事業所で作成した「お元気度評価表」を用いて、アセスメントを定期的に行い、個別援助計画書を作成しています。定期的にモニタリングを行い、関係機関と連携を図り、必要に応じて、計画の見直しをしています。また、ホットバック他各種訓練機器を設置して、個別の機能訓練に取り組んでいます。希望利用者には、看護師が個別機能訓練計画書を作成しています。</p> <p>○情報共有 利用者の情報は、朝礼時、終礼時他、連絡簿を使用して、すぐに情報共有できるようにしています。出勤した職員はパソコンのデータや連絡簿を見ることを徹底しており、確実に情報が伝わるようにしています。また、利用者ごとに担当者を決め、デイ会議で定期的にカンファレンスを行い、必要な支援が行えるように取り組んでいます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>○マニュアル 各種マニュアルを整備し、年1回見直しをしていますが、マニュアルに基づいてサービスが実施出来ているかを確認する仕組みがありません。また、見直しの基準が明確に定められていません。</p> <p>○自己評価 年に1回の自主点検を実施していますが、サービスの質を向上する目的で、一定の評価基準に基づき、自己評価を行い、課題を明確にする仕組みがありません。</p> <p>○管理者の自己評価 管理者は職員の意見を聞くため、個人面談を行っていますが、管理者自らが、職員より信頼を得ているかどうかを評価することを目的として、評価する方法はありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人「みつみ福祉会」は、福知山市と丹波市にまたがり、高齢、障害、保育の施設を包括的に運営しています。その中で、三愛荘は、特別養後老人ホームをはじめとする高齢者施設と、在宅部門でデイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業所を運営しています。三愛荘通所介護事業所のある敷地は、高台にあり、デイサービスの大きなガラス窓からも眼下を一望することが出来る見晴らしのいい立地です。デイサービスの特色として、機能訓練には特に力を入れておられ、機能訓練指導員として看護師を3名配置し、利用者のニーズに対応できるよう、個別の機能訓練計画を立て、運動機器を各種取りそろえて、機能訓練に取り組まれています。また、介護度の高い重度の利用者も積極的に受け入れることが出来るような体制もとおられます。サービスについては、利用者からの要望を取り入れ、食事についても、食材や献立、食器にもこだわりのある物を使用されており、より良いものをと考えて、配慮されていることがうかがえました。今後さらに、サービス向上に努められることを期待いたします。</p> <p>○マニュアルは、現状のサービスに即していることが大切であると考えます。サービス手順を確認しながら、見直していくことで、より実状に沿ったマニュアルになるのではないのでしょうか、職員全員で、マニュアルを確認する機会を設けてはいかがでしょうか。さらにサービスの質を上げるマニュアルを作成していくことが出来ると思います。</p> <p>○3年に1回第三者評価を受診し、評価結果に基づき課題の明確化を図っておられますが、定期的な自己評価を行う仕組みはありません。事業所のサービス内容について年1回、自己評価を行い、利用者アンケートの分析を合わせて行うことで、改善する課題が明確になると考えます。課題を次年度の事業計画に反映させて、サービスの質の向上に取り組まれてははいかがでしょうか。</p> <p>○管理者は、自身の役割と責任について、明文化し、会議や面談の機会を通じて、職員からの意見を聞く機会を設けておられますが、さらに、管理者自らの課題を明確にして、職員からも評価受けることで、今後のリーダーシップに生かしていけるのではないかと考えます。</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	2672600109
事業所名	三愛荘指定通所介護事業所
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29年11月14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. 理念を施設内に掲示し、理念、運営方針をホームページに掲載しています。年度始めの在宅会議で職員に周知しています。広報誌「さんあいの和」「緑の丘の花だより」に掲載して、利用者や家族に配布しています。 2. 管理者は、デイ職員会議や各種委員会からの意見を集約し、法人の「管理者、施設長会議」で意見を反映しています。職員業務分担表で職務を明確にしています。			
(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)		3. 法人内で「みつまみ5ヶ年計画」を策定し、年度の事業計画を策定して、デイ会議や在宅会議で評価の報告をしています。 4. 三愛荘の各種員会で年間の計画を策定し、また、職員ごとの「目標管理シート」にチームの目標を設定して、半年ごとに達成状況の確認をしています。			
(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。	B	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。	B	B	
	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. 管理者は、経営セミナーなどの研修会に参加した報告や、管理者施設長会議で得た情報を、デイ会議や終礼で職員に伝えています。介護保険の報酬加算に関する規定は、ファイルにしていますが、事業に必要な法令を、リスト化するなど、わかりやすい管理とはなっていません。 6. 管理者の役割は、三愛荘専決事項に明記しています。管理者は、事業所の運営方針を決定し、デイ会議で役割や責任について表明していますが、管理者自らを評価する方法はありません 7. 管理者は、デイ会議や朝礼、終礼に参加し、日誌等で、日々の状況を確認しています。緊急連絡網で、緊急時に指示を仰ぐ仕組みを明確にしています。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 法人内の人材育成部が中心となり、各事業所の職員不足状況調査表を作成し、就職フェアの参加や学校訪問等を計画的に実施しています。資格取得の際には、取得補助制度を設けて費用の負担や必要な研修の参加が出来るようにしています。 9. 法人の人材育成部で体系的な研修を定めており、年度の初めに受講の職員の決めていきます。三愛荘在宅部で、研修計画を策定して実施しています。また、デイサービス内研修では、職員の意見を取り入れた研修を定期的実施しています。 10. 介護職や看護学生の実習を受け入れています。事業所について説明できる資料を作成していますが、受け入れに関する基本姿勢の明記とはなっていません。実習指導者の研修は実施していません。		
(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、スタッフが充分に休む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. 有休消化率のデーターを管理し、業務の状況に合わせて、有休がとれるように声をかけるなどの配慮をして有休の取得を勧めています。勤務体系や人員体制を見直し、時間外勤務の削減に努めています。 12. 産業医や法人で「総合相談センター」を設置し、職員からの相談に応じる体制を整えています。福利厚生で共済会に加入し、H29年から度新たに福利厚生倶楽部にも加入しました。事務所や施設周りで休憩できるスペースは設けられていますが、休憩室を設けていません。		
(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。	B	B
		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. 事業所の情報は、ホームページで公開しており、広報誌「さんあいの和」を地域の自治会に配布しています。地域の資源や情報のチラシを玄関に設置しており、利用者に情報提供していますが、情報の公表制度を地域住民に広報し、事業所の情報開示までは行っていません。 14. 法人で地域貢献委員会を設置し、毎年イベントを開催しており、デイサービスの職員が地域のふれあいまつりにブースを設けて参加しています。管理者は、地域ケア会議に参加しています。在宅部で地域に向けた介護者教室を開催し、デイサービスの職員も参加しています。		

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. パンフレットに、事業内容を分かりやすく紹介しています。ホームページの内容についても、必要事項を分かりやすく掲載しています。新規相談者には試し利用が出来るなど、希望には柔軟に対応しています。		

(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. 重要事項説明書により、サービス開始時に十分な説明を行い同意を得ています。認知症等により判断能力に支障のある利用者には、後見人等と契約を結び、同意を得たうえでサービスの提供を実施しています。		
(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. フェースシートを用い、利用者の心身状況や生活状況等把握し、主治医や専門家等の意見を取り入れたサービスを提供しています。また、更新時には「お元気度評価表」を担当者がそれぞれに作成し、アセスメントをおこなっています。 18. 個別援助計画等の策定にあたり、利用者や家族のニーズを聞き取りサービスの提供内容を決定しています。サービス担当者会議にも積極的に参加しています。 19. 個別援助計画の策定にあたり、ケアマネジャーを通して医師、専門家の意見を聴取しています。また、多面的アプローチに基づいて計画を作成しています。 20. 定期的に個別援助計画の見直しを行い、また、利用者の状態変化により必要時には計画の見直しを行っていますが、十分に適切（3ヶ月ごとの見直し）とは言えません。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		21. 利用者が退院する時には、積極的にカンファレンスに参加し関係機関と連携しています。また、ケアマネジャーとも密に連携をとり、退院後の支援について対応を検討しています。		
(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。	B	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、手順等を整備しており、定期的に見直ししていますが、その確認の仕組みについては見直しの基準が定められているとは言えません。 23. 記録は、管理ソフトにより管理しており、文書取扱規則に基づき保管期間を定めていますが、保管期間や持ち出し、廃棄方法については明文化出来ていません。 24. 利用者は担当制になっており、利用者に関する情報は月1回のデイ会議の場で確認しています。又、日々業務終了後の終礼にて情報を共有、不在の職員には連絡簿に記載することで情報の共有が来ています。 25. 家族等との連携を図るため連絡帳を活用しています。また、送迎には必ず介護職員が同乗し、その機会にも家族との情報交換を行っています。		

(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。	B	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. ノロウイルスの対策に関しては備品を整備し、感染症の研修を年1回実施して、職員はマニュアルに則り適切な対応が出来る体制となっています。又、保健所で行われる感染症の研修に看護師が参加し、法人全体の看護師会でマニュアルの更新をしています。 27. 施設内の清掃は職員で行い、トイレ内の臭気対策にも取り組んでいます。浴室は、同法人の障がい者施設の利用者により清掃が行われています。		
(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。	B	B
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)		28. 事故や緊急時の対応マニュアルは策定しています、対応策について、終礼やデイ会議で話し合い、その都度対策を検討していますが、研修や実践的な訓練は行っていません。 29. 事故やヒヤリハットの原因分析は、当日の終礼が活用されています。また、事故ヒヤリハットの記録はデータにまとめられ、再発防止に繋がられています。 30. 「三愛荘防災計画」を作成しています。また、自然災害発生時に備え備蓄も確保しています。水害発生地域であることから、「戸田入居区域における水害対策（水害マニュアル）」を作成し、避難の受け入れ先としての役割を担っています。		

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. 身体拘束・虐待防止委員会が職員アンケートを実施、集計検討して日常業務の改善に取り組んでいます。在宅会議の際に虐待研修、人権研修を実施しています。研修では、資料レジメの具体例を事例として取り上げ検討しています。 32. 日頃から同性介助を原則としており、入浴や更衣についてもパーテーションやプライベートカーテン等で配慮しています。在宅会議で「個人情報漏洩・プライバシー・守秘義務研修」を実施しています。 33. 定員を満たしている事や送迎の問題等でやむを得ず利用を断る事もありますが、その際には納得のいく説明を丁寧に行っています。		

(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。	B	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てている。	B	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. 利用者の意向についてはデイ会議で検討し、解決出来る事は速やかに対応しています。例えば、献立が知りたいとの希望を伺いメニューを希望者に渡したり、浴室の天井・壁を綺麗にしてほしいとの要望についても、業者に見積りを依頼している所です。苦情の公表は「緑の丘の花だより」に掲載をしています。</p> <p>35. 利用者から意見や要望、苦情を聞いた時は、その対応者が生活相談員に報告し、デイ会議で検討するとともに生活相談員が記録に残しています。また、すぐに解決できるような事はできるだけその日の内に解決しています。苦情については、法人全体の「事故苦情等報告」としてまとめ、公表しています</p> <p>36. 窓口や対応方法は重要事項説明書の他、施設内の掲示物で確認しました。第三者委員には地域住民2名を配置しています。また、毎月来所される介護相談員や介護支援サポーター等外部の方による相談の機会を確保しています。</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てている。	B	B
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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>37. 今年度は満足度調査を実施しましたが、定期的ではありません。管理者と相談員が中心となって分析検討していますが、改善を確認する仕組みは出来ていません。</p> <p>38. 毎月のデイ会議、各委員会、三愛荘各事業所連携会議等に全職種の職員が参加し、サービスの改善につながる話し合いを行い、計画的に実施に取り組んでいます。府老協主催の年2回のデイサービス会議や法人内の管理者連携会議等で他事業所の情報を収集しています。</p> <p>39. 自主点検表以外に自己評価を実施しておらず、評価の仕組みが不十分です。</p>		