

アドバイス・レポート

平成28年 4月14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 2月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「宇治明星園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

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>特に良かった点とその理由 (※)</p> | <p>1. 利用者の意向に沿ったサービスが展開されています ○日々の活動支援では利用者を主体としたグループ活動（運動、制作、農園、音楽、スリーA、書道）を展開し、利用者が当日に選択できるようにしています。グループごとに職員が支援し、参加者の自主性を引き出すようにしています。（例えば季節ごとの野菜を植えて収穫、その野菜を使っておやつを作る、音楽は発表会を開催、誕生月の利用者のための記念品製作等） ○利用者の誕生月には職員が話しを聞き、希望されることの実現に取り組んでいます。（例えば以前に住んでいた処を訪ねる、食事に行く、買い物に行く等） ○利用者・家族の希望に応じた独自の連絡帳を作成し、利用しています。 ○医療的ケアの必要な方の受け入れを実施しています。 ○今回の第三者評価アンケートでも、デイサービス利用者・家族から、高い満足度が示されています。</p> <p>2. 設立精神の「地域に開かれた 地域に根ざした 地域住民に支えられた施設づくり」を実践しています ○施設の活動地区には「菟道明星園とともに地域の福祉をよくする会」があり、明星園カフェや健康チェック、講演会、絵画展等が開催されています。小地域包括ケア会議に出席し、地域でのつながりの輪を広げています。 ○事業所の機能を地域に還元というより、共に地域を作りあげるというスタンスです。地域との繋がりを大切にし、地域のボランティアの方々を継続的に受け入れています。デイサービスで行われている6つのグループ活動に地域住民の参加があり、交流を深めています。</p> <p>3. 事業所情報の公開内容が充実しています ○ホームページ、パンフレット、季刊紙「明星園」、フェイスブックは写真やイラスト等を利用し、わかりやすく作成されています。法人の年1回発行されている総合情報誌「1年のあゆみ」や法人が開催している「実践研究発表会」のまとめが発行され、法人、施設、事業所の活動が良く理解できるものとなっています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>1. 業務マニュアルの見直しについて ○マニュアルは多くの種類が作成されており、感染症マニュアルは見直されていますが、見直しの基準を策定し、全てのマニュアルの見直しをされることが必要です。</p> <p>2. 利用者アンケート調査の実施と分析について ○利用者の思いを聞き取るために利用者・家族から意見、要望を聴こうと努められていますが、さらに利用者アンケート調査を実施し分析することが必要です。</p> |

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1. 業務マニュアルの見直しについて ○マニュアルは日頃の活動の基準となるもので、実務書として利用されるために、最新の情報を盛り込んだものが望ましいです。種類によって担当を決め、事業計画の中に位置づけて毎年見直しをされてはいかがでしょうか。法人には、デイサービス事業所が3か所あるので、協同して取り組まれるのも良いかもしれません。</p> <p>2. 利用者アンケート調査の実施と分析について ○日頃の活動の中で、利用者・家族の声を聞き取られています。声を上げにくい利用者や事業所として聞きたい事を分析するためにも毎年利用者・家族のアンケート調査を実施し、分析されることでサービス向上の貴重な資料になると思われます。</p> <p>《所感》 ○利用者の自立支援、主体性を大切にした当事業所の取り組みは、今回の三評アンケートからも、利用者や家族等から感謝が伝わってまいります。十分認識なさっておられることと思いますが、職員の常勤・非常勤・経験年数の多少の区別は、利用者にとっては関係ありません。全職員がプロとしての自覚をもって業務に当たれるように、自らを向上させる機会が与えられますように願っております。</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 | 2671200042 |
| 事業所名 | 社会福祉法人宇治明星園 宇治明星園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) | 介護老人福祉施設、短期入所生活介護、居宅介護支援、 介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成28年3月17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 |
| 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法人の理念及び設立精神、経営理念、運営理念は事業所内に掲示されています。職員は月一回の職員会議で唱和しており、その理念に沿ったサービスの提供を行っています。法人から職員、利用者への年賀状にも理念を明示しています。利用者・家族には契約時、機関紙「明星園」にて周知しています。 ②法人では理事会、評議員会が開催され、法人内の施設管理者による管理職会議、事業種別会議が開催されています。拠点事業所内では5つの委員会が開催され、職員の意見が反映されています。 | | |
| (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 | A |
| | (評価機関コメント) | | | ③単年度事業計画は課題や問題点を明らかにしたうえで、項目別に策定されています。課題の明確化は職員会議で話し合わせ、職員の意向が反映されています。中長期計画は策定されていませんが、平成28年度から策定予定です。 ④事業計画は各項目毎に課題が設定されており、具体的な計画を策定しています。事業活動は半期ごとに中間総括して、見直しされています。 | | |

(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 | 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 集団指導及び説明会には管理者が出席し、経営戦略セミナーにも参加しています。職員には職員会議での伝達や必要に応じて文書を配布し、法令遵守に努めています。必要な法令は揃えています。</p> <p>⑥ 事務分掌で職務内容を明記しています。管理責任者は管理職会議、職員会議に出席し意見を述べ、又、日頃から職員に意見を聞く機会を持っています。理事長は積極的に事業の推進について指示を与えています。</p> <p>⑦ 管理者は施設内で勤務しており、さらに職員会議、業務日誌、各種報告書で運営状況を把握しています。緊急事態では常に連絡がとれるようにしています。</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 必要な人材の確保は、法人が人事方針に基づき、積極的に行っています。資格の取得には、勤務時間の調整、法人での勉強会の開催を行っており、介護支援専門員の更新研修は、半額補助をしています。</p> <p>⑨ デイサービスセンター職員研修計画があり、中間総括もされ、個人別の目標計画表があり上司が評価するようになっています。さらに、非常勤職員を含む全職員対象の体系的な内部研修計画を作成し、実践されることを願います。</p> <p>⑩ 実習の基本方針、マニュアルは定められており、インターンシップ、福祉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) | | <p>⑪ 有給休暇、時間外労働は心身の負担軽減に配慮され管理されています。特養では育休中の職員が2名います。ベッドは3モーター仕様を利用しており、入浴はリフト浴があります。</p> <p>⑫ 職場は上司が相談に乗りやすい雰囲気を作り、意思疎通を図るようにしています。産業医には精神科医を配置しています。</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) | | ⑬法人の設立精神「地域に開かれた 地域に根ざした 地域住民に支えられた施設づくり」のもとに、地元自治会や老人クラブ等と連携を保ち、機関紙「明星園」「1年のあゆみ」を発行し、情報を開示しています。法人が年に1回開催する実践研究（交流）発表会には、地域の方も参加し、発表しています。ホームページやフェイスブック、パンフレットは見やすく作成されています。 ⑭施設は地元自治会に加入し、月に1回デイが開催している事業に案内を行っています。明星園カフェや介護講習会の開催やケア会議へ参加をしています。地域に還元というより共に地域を作りあげるというスタンスです。地域との繋がりを大切にし、地域のボランティアの方々を継続的に受け入れ、デイサービスで行われている6つのグループ活動に地域住民の参加を呼びかけています。施設として地域に配食を実施し、おせち料理の配食も行っています。 | | |

| 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 |

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ホームページは充実し、パンフレットは事業所独自のものを作成し、わかりやすく紹介されています。フェイスブックの発信もあります。見学希望を受け入れており、デイサービス一日体験も実施しています。 | | |

(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重要事項等説明書やリーフレットを用いて、利用料金、サービス内容をわかりやすく説明され、同意を得ています。今回の三評アンケートからも利用者・家族がサービスの説明に関し、満足されている回答結果が得られています。 | | |

(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) | | <p>⑰事業所独自のアセスメント様式にてアセスメントを行っており、適宜主治医との連携も行われています。職員4人で利用者の担当を決めています。アセスメントは介護度の変更、更新時、状態の変化時に行われていますが、定期的にも見直されることが望ましいです。</p> <p>⑱サービス担当者会議は、本人・家族が参加し、長期・短期目標を定めており、通所介護計画には、利用者・家族の同意を得ています。利用者の個別ファイルの中に個別援助計画、サービス担当者会議の会議録がファイルされています。</p> <p>⑲サービス担当者会議にて、多職種の意見を聞いて通所介護計画を策定しています。必要に応じて主治医のサマリーを得ています。</p> <p>⑳通所介護計画の見直しは適切に行われており、月1回サービス実施状況を介護支援専門員に文書で報告しています。</p> | | |

(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利用者の入退院時には適宜情報提供(サマリー)を受けています。施設内に地域包括支援センターがあり連携をとっています。 | | |

(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 | 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>㉒業務マニュアルについては時期を定めて見直し、更新の期日を記載されると良いでしょう。感染症については最新のものに更新され活用されています。</p> <p>㉓利用者の個別ファイルは整理され、各サービスについての記録も綴じられ保管されています。ファイルの整理、保管については文書管理規程に従って管理され、廃棄についても個人情報保護法に基づき適切に処分(溶解処理)されています。</p> <p>㉔朝、夕に申し送りを実施し、送迎時で得た情報を申し送りノートに記録しています。非常勤職員にも回覧され、各自が捺印することにより相互確認が徹底されています。</p> <p>㉕家族等とはサービス担当者会議や日々の送迎時に情報交換が行われています。家族の希望により、独自の詳細なサービス利用時の状況報告を記入した連絡帳を使用し密に情報交換し、自宅での介護を支援しています。独居者の家族とは電話にてコミュニケーションを取っています。</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) | | ②⑥法人内の感染症委員会では、感染症対策及び予防について常に最新の情報を入手し、二次感染に対する取り組みも強化しています。それに伴いマニュアルを更新し整備し、職員会議（毎月）で全職員に周知されています。外部の研修会にも積極的に参加しています。 ②⑦日常は職員が清掃を行い、年に1回床清掃は業者が行っています。清掃はチェック表で確認していますが、車いす等の整備点検等も加えた安全衛生点検にされることをお勧めします。空気清浄機を置き、臭気対策を行っています。衛生管理者（2種）が配置されています。 | | |

(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。 | 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 | B |
| (評価機関コメント) | | ②⑧緊急時対応マニュアルが作成され、緊急連絡網が事務所内に掲示されています。訓練が実施されています。 ②⑨ヒヤリハットは、事故報告書と同じフォームを使用されていますが、簡易で書きやすいフォームを使用することにより、更に件数も増え事故防止につながると考えられます。 ②⑩災害発生時の対応マニュアルがあり、避難訓練を実施しています。特養が、福祉避難所に指定されています。近隣の自治会の「明星町」が防災の組織化を進めていますが、まだ地域防災協定は結んでいません。今後の積極的なアプローチを望みます。 | | |

| 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「利用者が主体」と考え、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供が行われています。また、人権に配慮したサービス提供のために、法人内で人権研修を行っており、今年度は9月に実施しています。三評アンケート結果からも、サービスの質や内容は高いと確認できました。過去に地域包括支援センターと問題を解決した事例（虐待）があります。人権関連の新聞記事等の情報を回覧しています。 ③②職員会議でプライバシーや羞恥心についての勉強会を行っています。職員会議に参加できなかった職員には資料を配布し周知徹底しています。入浴時の同性介助については利用者からの申し出により対応し、おむつ交換はプライバシー配慮のもと行われる等、プライバシーや羞恥心への配慮に努めています。 ③③デイサービス利用可能地域を決めており、その地域内であれば断ったことはなく基本的にどんな条件の利用者であっても受入れる姿勢があります。医療的ケアの必要な利用者（バルーン、導尿、胃瘻等）や徘徊も見られる認知症の利用者についても積極的に受け入れています。 | | |

(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 | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | <p>③④利用者の意見、要望、苦情は、デイサービス利用時に一人ひとり会話の中から確認するようにしています。昼食時には管理栄養士が利用者の意見を聞き取りしています。家族からの意見、要望、苦情は連絡ノートや送迎時に確認しています。玄関に意見箱を設置しています。お誕生日の月には希望を聞いた企画を実施しています。</p> <p>③⑤利用者の意向は、朝と終了時の申し送り会議等で報告が行われ、迅速に対応しています。バイタル（血圧、脈拍、体温、呼吸数）や体調面等で細かな申し送りを希望している家族には、個別の連絡帳で対応しています。苦情については迅速に対応し、記録されています。</p> <p>③⑥第三者委員、公的機関の相談窓口の電話番号、FAX番号、受付時間等を重要事項説明書に記載し、施設内に掲示されています。市民オンブズマンや介護相談員等、外部の人材受け入れによる利用者の相談機会の確保はデイサービスではありません。</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。 | 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 | B |
| 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 | A |
| (評価機関コメント) | | <p>③⑦平成25年以降、満足度調査は行われていませんが、日々の関わりの中で一人ひとりの意向確認をしています。デイサービスの質向上のために、利用者主体で活動が展開されるよう6種類（運動、制作、農園、音楽、スリーA、書道）の中から利用者が自己決定し参加しています。</p> <p>③⑧サービスの質の向上を図るため月1回デイ会議で話し合われています。また、当日参加できなかった職員には書面で伝えていきます。法人内の事業所とは、定期的に会議を行っていますが、他法人事業所の情報収集や、自事業所の取組との比較検討が望まれます。</p> <p>③⑨評価を行う担当者・担当部署・委員会等を設置はしていませんが、サービスの質の向上について、月1回の職員会議において話し合われています。その中で結果の分析・検討を行い、サービスの内容についての課題を明確にし、次年度の事業計画に反映させていきます。</p> | | |