

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 2 月 9 日

平成 28 年 10 月 6 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青嵐荘 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>通番 1) 理念の周知と実践 法人として、理念・方針はパンフレット・ホームページ・広報等に掲載され、職員には常に意識してもらうために名札の裏にも携帯し、毎日、朝礼で唱和もされています。歴代からの理念も継承し、年に一度は理事長の講話もされています。その理念に基づいたケアの実践に向けては、「職員全員取り組みアンケート」を実施して集計し、事業所として理念が活かされているかの分析と検討もされています。 理念の周知として、利用者には事業所の見やすいところに掲示し、家族には「家族の集い」で話されています。</p> <p>通番 14) 地域への貢献 地域への情報公開や地域貢献には、地域の要拠点として、しっかり根付いた取り組みをされています。 地域住民対象の「だんないでえカフェ」（毎月）では、地域の高齢者も気軽に集えるようにオープンし、ふれあい餅つき大会なども恒例となっています。デイサービスとしての取り組みとして「かやのひな祭り」など地域行事に利用者とともに職員が同行して参加しています。 事業所の有する機能を充分活かしており、認知症サポーター養成講座や介護の日の取り組み、地域の文化祭に出向き啓蒙活動や介護相談も開催しています。 また地域住民には、車椅子の貸し出しもしています。</p> <p>通番 32) プライバシー等の保護 施設としてプライバシー保護マニュアルが作成され、研修を行って職員への周知徹底を図ると共に、デイサービスセンター青嵐荘独自のマニュアルを作成しています。特に業務の中でプライバシー保護について注意を払うべき入浴介助や排せつ介助のマニュアルにおいては、プライバシーの保護という項目を設け、場面ごとの注意点を具体的にわかりやすく挙げている点は、マニュアルが形骸化することなく、実際に現場で役立つものとして有効に活用されている表れといえます。そして、それは法人理念の中の「利用者の尊重」を現場で実践する試みとして評価することができます。</p>
-----------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番 20 個別援助計画の見直し 個別援助計画の更新はされていますが、見直し基準がなく、更新日が明確になっていませんでした。</p> <p>通番 23 サービス提供にかかる記録と情報の保護 記録の管理の徹底や職員教育はされていました。記録の書き方として、利用者の状態等の記録はされていますが、サービス実施計画に基づく記録としては確認できませんでした。</p> <p>通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者の意見・要望・苦情を広く収集しようとする姿勢が顕著で、実際にそこで挙がってきた利用者の意見・要望・苦情をサービスの提供に役立てていくための仕組みがしっかり構築されています。しかしながらそうした利用者の意見・要望・苦情についての改善状況について、個人情報保護に配慮しながら公開されているということが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人 成相山青嵐荘は、昭和 41 年に住職の石坪哲眞氏を代表とし、養護老人ホームとして開設されました。石坪哲眞氏は、お寺にお参りに来る人たちを見て「戦後、苦勞を乗り越えてきたこの人たちは、今は元気な姿であるが、老後も豊かに幸せに暮らせるだろうか。誰もが幸せに暮らせる場所を作りたい」との思いが込められましたと聞きました。また当初からの法人理念に込められた「和」という漢字には縦棒が一画足りませんが、その一本をどのように入れるか皆で考え、支えあい、創り出すという意味があるといえます。</p> <p>そして平成 11 年、介護保険制度導入前に特別養護老人ホーム、デイサービス等も開設されました。介護保険制度導入後も地域に必要とされる事業を展開し、今年 50 周年を迎え、地域で暮らす高齢者にとって安心な場所として、大きな役割を果たした施設です。特にデイサービスでは、来所時だけを支援するという考えではなく、地域連携の中で住み慣れた地域や家で暮らせる支援のあり方や利用者ではない高齢者から施設というイメージを持たれないような気楽に集える「だんないでえカフェ」など、積極的に取り組んでおられます。</p> <p>法人全体としての体制及び土台がしっかりしており、安心な施設運営をされています。この第三者評価を受診する上でも「第三者評価項目 職員チェックシート」を全職員 53 名が取り組み、自施設の課題や気づきを職員一人ひとりに浸透させ、その分析結果から組織全体の課題抽出をされて、一丸となって素晴らしい取り組みをされています。その結果として、大項目Ⅰの「介護サービスの基本方針と組織」や大項目Ⅱの「組織の運営管理」においては、全職員としても高い評価となっております。その中であえてこれからの努力目標とする項目もありました。「気づき」の中で職員の運営組織内規も今年 11 月に作成され、現場の職員に職務に応じて権限委譲や、各責任を明確にしていくことがこれからの課題とされています。また事業計画についても各職員から抽出した課題を 1~2 月に計画して、年度末に明文化される仕組みになっており、職員の自主性を活かした施設として、今後大いに期待できます。</p>

	<p>成相山青嵐荘は、海や山の風光明媚な景色が望める立地で建物も素晴らしく、どの階からも海が望め、入居者においては初日の出に手を合わせる方もあるとのことですが、高齢になっても豊かな気持ちで過ごせる居心地の良い施設です。</p> <p>今回の調査における具体的アドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none">・大項目Ⅲの「適切な介護サービスの実施」では、個別援助計画の見直し基準がなく、更新日が明確となっておりませんでした。基準の明確化やまた日々の記録との整合性があるように記録の書き方の工夫を検討されてはいかがでしょうか。・大項目Ⅳ「利用者保護の観点」では、前回、法人内の他事業所の第三者評価でアドバイスを受けて、その事業所は改善できていたところが、デイサービスに繋がっていませんでした。全職員の意見集約からの課題分析が施設としての課題や計画となっているのですが、各部署の横断的な取り組みとなる体制を工夫されると、尚一層の施設全体としての組織の基盤強化が図れるのではないのでしょうか。 <p>利用者から収集した貴重な利用者の意向も、より良いサービスの提供に繋がる「宝の山」と認識して、是非工夫していかれることをお勧めします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672100068
事業所名	デイサービスセンター青嵐荘
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・訪問介護・介護予防訪問介護・ 介護老人福祉施設・短期入所生活介護・ 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成28年12月6日
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。	B	B	
	(評価機関コメント)		1)組織の理念・方針はパンフレット・ホームページ・広報等に掲載され、職員は名札の裏にも携帯し、毎日、朝礼で唱和もしている。実践に向けて、「職員全員取り組みアンケート」を実施し集計している。利用者には事業所の見やすいところに掲示し、家族には「家族の集い」で話している。 2)組織図もあり、理事会をはじめ、会議関連図もあり、各委員会との関連性の中で施設全体の質向上を図る仕組みがある。権限委譲については、今後見直す予定である。			
(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。	B	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)法人運営会議・施設運営会議・主任会議にて課題を多角的に検討し、計画の策定に職員の意向も反映される仕組みになっているが、中長期計画が策定されていない。 4)年度末に各委員会から出た課題を全体会議で統括し、次年度の事業計画を策定している。事業計画は具体的な目標とし、四半期会議で達成状況を確認をし、見直している。			
(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	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)遵守すべき法令をファイルに整理し、事業所内に配置されている。施設長より随時、法令遵守について指導がある。 6)法人運営組織内規に経営責任者の役割と責任及び会議図も明記されている。7月と12月に施設長による職員面談があり、その中で職員からの意見を聞く機会が設けられている。 7)職員全員が、緊急連絡網で管理者に連絡及び指示を仰ぐ体制となっている。事故や苦情受付は速やかに報告し、施設長から順に回覧を行う。			

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)「人材育成基本方針」により、基本的な考え方や方針が確立している。「職員採用手順書」に則り、職員採用を計画的に採用している。資格手当金の支給や資格取得奨励金制度がある。 9)人事考課制度の中で、年2回Do-CAPシートを基に上司による面談があり、業務の振り返りや指導を仰ぐ体制がある。事業所内会議で、職員がお互い学びあうための勉強会を開催している。 10)「インターンシップ受け入れ研修」「福祉即戦力人材育成課実習受け入れ研修」「認知症介護リーダー研修受け入れ」等、実習の受け入れに対する基本姿勢の明確化と体制は整備されている。		
(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。	B	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)有給休暇や時間外労働は各部署及び本部で管理している。リフレッシュ休暇制度もあり7割以上が取得している。 12)ストレスチェックが行われ、高リスク者には産業医に相談できる体制がある。福利厚生制度は互助会がある。畳スペースの休憩室があり、また更衣室にソファを置いて、リラックスできる空間にもなっている。		
(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)地域住民対象の「だんないでえカフェ」(毎月)・ふれあい餅つき大会、また「かやのひな祭り」など地域行事に職員が同行して参加している。 14)認知症サポーター養成講座や介護の日の取り組み、地域の文化祭に出向き啓蒙活動や介護相談を開催している。地域住民に車椅子の貸し出しもしている。		

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)パンフレットやホームページで情報提供するとともに施設の玄関には誰でもが見やすいように施設情報をファイリングして置いている。見学希望者には担当者が見学に付き添い、対応している。		
(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)サービス内容は「重要事項説明書」に記載している。判断能力に支障がある場合、居宅支援事業所・地域包括支援センターと連携し、成年後見制度を紹介する仕組みがある。		

(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。	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) 所定のアセスメント様式を用いて記録されているが、定期的に更新がされていない。 18) 利用者・家族の希望を尊重した自立支援のための個別援助計画等、策定されている。サービス担当者会議には本人または家族が参加している。 19) 担当者会議にて意見交換や意見照会を行っている。ケアマネジャーを通じて、主治医や訪問看護師の情報や意見を個別援助計画に反映させている。 20) 個別援助計画の更新はされているが、見直し基準がなく更新日が明確になっていなかった。		
(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) 利用者の主治医や関係機関との連携体制はある。入退院時は担当ケアマネジャーより連絡が入り、必要に応じて退院前カンファレンスに参加し受け入れ体制を整えている。		
(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。	B	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。	B	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。	B	B
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) 業務ごとにマニュアルが整備され、全職員に配布されている。年に1回見直しされ、事業所会議において全職員に周知する体制となっている。 23) 記録の管理の徹底、職員教育はされていた。利用者の状態等、記録されているが、個別援助計画に基づく記録が確認できなかった。 24) 利用者の状況に関する情報は、朝・夕のミーティングや申し送りノートで共有しているが、個別援助計画策定のためのカンファレンスが定期的に行われていなかった。 25) 利用者の日常の様子は、手帳に記入すると共に送迎時に伝えている。事業所の現況は広報誌等で知らせている。		
(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) 感染症予防マニュアルを設置し、年一回見直すと共に、感染症予防の内部研修を流行時期の前に開催している。職員の「自宅待機規程」を定め、感染症持込み防止を図っている。感染症予防期間には、送迎車、共用部、車椅子等の消毒を実施している。 27) 事業所内清掃は委託業者が行い点検表がある。毎日のサービス提供時間終了後には清掃職員が浴室・トイレ・フロアの清掃を行い記録している。書類、備品等は整理し事業所内、倉庫で保管している。臭気対策としてはオゾン設備がある。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		28)事故や緊急時の対応マニュアルを様々な場面ごとにきめ細かく具体的に作成している。施設内研修を年2回(7月・12月)に実施すると共に、普通救命講習を全職員が3年に一回受講している。 29)事故防止委員会を設置し、毎月各部署で起きた事故・ヒヤリハットを報告するとともに、再発防止策を検討している。事故発生時は家族、関係者に報告し、特に骨折については必ず宮津市に報告することになっている。 30)防災および非常災害時対応マニュアルを定め、指揮命令系統を明記している。総合消防訓練を年2回、災害想定訓練を年一回実施している。災害発生時の地域連携を意識したマニュアルは確認することができなかった。		

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理念、運営規定に明記し、理念を毎日朝礼で唱和している。特化したマニュアルだけでなく、各種マニュアルの中でも必要に応じて人権尊重を謳い、広く啓発に努めている。身体拘束ゼロ委員会では、啓蒙ポスターの掲示、研修会を行っている。 32)施設のプライバシー保護マニュアルと共に、特に意識すべき場面(入浴、排泄等)については各個別マニュアル内にプライバシー保護の文言を盛り込んで注意喚起を行っている。 33)受け入れられない場合は、その旨説明し、他事業所の紹介はケアマネジャーを通して行っている。定員超過以外は断っていない。		
(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	B
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。	B	B
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)利用開始に際して苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し、口頭で説明している。ご意見箱を設置している。利用者の個別相談面接や懇談会は定期的には行われていなかった。 35)利用者の意向の対応について重要事項説明書、苦情対応規程に定めている。利用者からの意見・要望・苦情は、「苦情受付記録」に記載したうえ管理者、主任を経て全職員に回覧している。改善状況について、個人情報に配慮しながら公開されていることは確認できなかった。 36)利用者や家族に第三者または公的機関等の相談窓口の詳細を契約時に重要事項説明書に記載したうえで説明、事業所内の見やすい所にも掲示している。宮津市の介護相談員を受け入れている。		
(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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		37)今年度利用者満足度調査を実施、意見をまとめて事業計画に反映させる予定である。 38)施設検討委員会、他各種委員会に全職種の職員が参加し、会議録を全職員に回覧、周知徹底を図っている。研修会やインターネットを通して他事業所の情報収集を行っている。 39)前回の第三者評価結果を踏まえて課題チェック表を作成し、運営会議・主任会議において改善方法を検討している。そこから課題を明確にし、次年度の事業計画に反映させているかどうかは確認できなかった。		