

アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 10 日

平成 29 年 2 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 大山崎町社会福祉協議会デイサービスなごみの郷 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>記特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番 6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 職務権限等が明文化され周知されていきました。また、「センター長とは」を文章化し、職員に配布するとともに「センター長評価シート」を作成し、職員による評価を実施していきました。正規嘱託会議をはじめ、パート会議等の各会議に参加して職員の意見を聞いていました。</p> <p>(通番 24 職員間の情報共有) 職員誰もが気付いたことを書き込め、いつでも見ることができる職員連絡簿を常備するとともに、毎日 2 回のミーティングや定例会議を活用して利用者の状況等が職員で共有されていきました。</p> <p>(通番 29 事故の再発防止等) 「事故報告書」、「ヒヤリハット報告書」を作成し、事故の再発防止に向けて分析・検討して再発防止に努めていることが確認できました。特にヒヤリハットについては、気付きの段階でヒヤリハット一覧に挙げ、その中で実際に該当すると考えるものを「ヒヤリハット報告書」に挙げています。また「ヒヤリハット一覧」の中ですぐに対応、改善できるものは午後ミーティング等で話し合い実行しています。事故を未然に防ぐための大切な気付きとヒヤリハットを認識して、ヒヤリハット以前の段階から精査し、迅速に対応しようとする姿勢は、事故につながる要素を初期の段階で払拭する取り組みとして評価できます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番 3 事業計画等の策定) 毎年度の問題点や課題をふまえ単年度の事業計画は作成されていましたが、中長期計画が策定されていませんでした。</p> <p>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者の記録は整備されていますが、個別援助計画と連動した記録になっていませんでした。また、利用者の記録の持ち出し、開示等にかかる規程を明文化されていませんでした。</p> <p>(通番 39 評価の実施と課題の明確化) 事業所が提供するサービスについての自己評価が行われていませんでした。第三者評価を機に設置した評価委員会を機能させ、サービスの課題を明確化し、次年度につなげていくことを予定しているとのことで今後に期待します。</p>

具体的なアドバイス

デイサービスなごみの郷は、社会福祉法人大山崎町社会福祉協議会が母体となり、平成12年4月に大山崎町老人保健福祉計画に基づき開設された（定員30名）デイサービスセンターです。

今回の受診にあたっては、管理者のリーダーシップのもと、現場職員による振り返りを行い、一丸となって課題設定に取り組まれたとお聞きしました。

管理者は、職員に対して「センター長評価シート」や「センター長とは」を文章化し、役割と責任について周知を図っていました。

また、事業運営については、送迎において、少人数や個別対応ができるようにしたり、グループ活動として多様な中から選択式の導入を行ったりとリーダーシップを発揮されていました。

職員間の共有については毎日、午前ミーティングと午後ミーティングを行うとともに休みの職員には職員連絡簿で情報共有がなされていました。

事故の再発防止についても、ヒヤリハットを2段階に分けるとともに、気づきシートを活用して組織的に分析・検討を行い、迅速に対応されており、高く評価できます。

利用者支援に当たっては、安心・安全・快適なサービス提供を行うための様々な工夫がありました。プログラムは、グループ活動として選択制の導入、なごみ農園、音楽、サークルイベントの多様なプログラムが行われて一人ひとりが主体的に楽しめるようなプログラムとなっていました。入浴サービスは、一般浴に加え、寝台リフト、リフト浴などを導入され一人ひとりにあわせて対応できるように整備されていました。食事は、楽しく食事ができるための工夫として、希望メニューの導入やバイキングの実施、利用者とのおやつ作り、個別対応としておかゆ、きざみ、とろみ、ミキサー食なども行われていました。また、ターミナルの方も受け入れており、最後まで住み慣れた地域で暮らしていきたいという利用者や家族の思いを受け止めた支援を目指されていました。地域との交流については、福祉まつりにおける施設見学会、小学生との交流、地域の催しへの参加など日常的に地域の方々との交流を行っていました。また、認知症カフェへの職員派遣や介護相談会を実施するなど大山崎町における高齢者福祉の拠点としての役割も果たされていました。

一方で単年度事業計画は適切に策定されていましたが中長期計画がありませんでした。また、事業所が提供するサービスについての自己評価が行われていませんでした。訪問調査においては、評価項目についてあえてB評価にされている項目もあり、質の向上に向けた姿勢をうかがうことができました。

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。

- ・法人の理念は確認できましたが、サービス内容等を鑑みたとき、事業所単独の理念についても検討されてはいかがでしょうか。

- ・個別援助計画の策定について、在宅療育手帳などで医療との連携はされていましたが、アセスメントや個別援助計画の変更にかかる基準が確認できませんでした。個別援助計画マニュアルの作成等を検討されてはいかがでしょうか。

また、個別援助計画の目標が意識できるように記録様式に目標を明示したり、記録をする際に色分けするなどの工夫をされてはいかがでしょうか。

	<ul style="list-style-type: none">・ 利用者の記録の持ち出し、開示等にかかる規程の明文化を検討されてはいかがでしょうか。
--	---

※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	2671000012
事業所名	大山崎町社会福祉協議会 デイサービスなごみの郷
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)	
訪問調査実施日	平成29年2月13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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		1. 理念については正規嘱託会議、センター長会議、個人面談を通じて職員に周知するとともに配布をしている。また、施設内にも掲示されている。利用者等には社協だより、なごみの郷だよりや福祉まつり等を通じて周知を行っている。 2. 職務分掌、役割分担表、組織図が整備されていた。理事会、評議員会、センター長会議、事業長会議、正規嘱託職員会議、パート会議等の階層別の会議を定期的実施し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。		
(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。	C	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。	B	A
		(評価機関コメント)		3. 毎年度の問題点や課題をふまえて単年度の事業計画は作成されているが、中長期計画が策定されていなかった。 4. 各業務の課題一覧表を作成して、正規嘱託会議にて、課題の共有及び達成状況の確認や評価を行っている。具体的には利用者や職員の声を活かして食事やレクリエーションなどの改善を図っている。		
(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。	B	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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	B	A
		(評価機関コメント)		5. 管理者は法令遵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。法令等についてはリスト化され、パソコンを通じていつでも最新の情報を閲覧できるようになっている。 6. 職務権限等が明文化され周知されていた。また、「センター長とは」を文章化し、職員に配布するとともに「センター長評価シート」を作成し、職員による評価を実施していた。正規嘱託会議をはじめパート会議等の各会議に参加して職員の意見を聞いている。 7. 日々の状況については、管理者自ら現場に入り、日々の状況把握に努めている。また、短時間で午前ミーティングや午後ミーティング及び利用状況表により把握している。センター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。		

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。	C	B
		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。	B	B
		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	A
		(評価機関コメント)		8. 無資格であっても、入職後に資格取得を推奨しており、費用の負担や勤務上の配慮など支援体制を整えていた。非常勤から正規職員への登用の道もある。離職者にアンケートを実施し、離職防止につなげている。しかし、必要な人材や人材に関する基本的な考え方が明文化されていなかった。 9. 外部研修を活用して個々の職員に適した研修に派遣をしている。業務を通じて個々の職員が気づきシートを記入し、勉強会等を開催している。しかし、研修計画が体系化されていなかった。 10. 実習受け入れマニュアルを整備している。実習指導者に対する研修を実施されている。実習受け入れも積極的に行っている。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	C	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。	C	A
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇取得や時間外労働のデータ把握をしている。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た。職員の負担軽減については特浴及びリフト浴を導入している。また、福祉用具会社と連携して研修を行っている。 12. ピロティ乙訓に加入し、福利厚生を行っている。現場から離れたところに休憩室が設置されている。また、センター長がメンタルヘルスマネジメント2級資格を取得し、職員が直接相談できる体制がある。関係機関の一覧を作成し外部の機関の紹介も行っている。		
(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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		13. 社協だより、なごみの郷だよりを作成し全戸配布をしている。福祉まつりや公民館サークルまつりに参加している。日常的に小学校との交流も行っている。 14. ふれあいいきいきサロンや認知症カフェ等に職員の派遣をしている。福祉まつりで施設見学及び介護相談会を実施している。		

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. ホームページやパンフレットを通じて、事業所の情報を提供している。見学者の対応は、一覧表を作成している。デイルームの見やすい場所に、1日のサービスの流れを絵と文字とで分かりやすく掲示している。		
(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. 契約書、重要事項説明書を用いて、サービスの内容や料金を説明するとともに同意を得ている。成年後見制度等のパンフレットを常備して説明できるようにしている。		

(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。	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。	B	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。	C	B
(評価機関コメント)		17. 食べ物の好き嫌い、義歯の状況等を詳細に記載できるシートを独自に作成し、アセスメントを行っている。利用者の状態に変化等があれば、利用者一覧表等に記載して支援を見直しているが、再アセスメントとしては行われていない。 18. サービス担当者会議等を通じて利用者や家族にサービス内容等について説明をし、同意を得ている。 19. 個別援助計画等の策定には、医師や看護師等の専門家の意見照会を行っている。 20. 利用者の詳細な状況を午前ミーティングと午後のミーティングで共有し、状況に応じた支援をしているが、個別援助計画等を見直す基準が明確になっていない。		
(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. 関係機関、関係団体のリストが作成され、事務所内に常備されている。乙訓医師会が発行している「在宅療養手帳」を活用し、医師との連携体制が確保されている。法人内に、地域包括支援センターがあり、緊密な連携を図っている。		
(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。	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。	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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルが作成され、職員に配布されている。また、毎年1回の見直しとあわせてヒヤリハットの分析や利用者アンケートをふまえて必要に応じて更新されている。 23. 利用者の記録は整備されているが、個別援助計画と連動した記録になっていなかった。利用者の記録の持ち出し、開示等にかかる規程は明文化されていない。 24. 職員誰もが気付いたことを書き込み、いつでも見ることができる職員連絡簿を常備するとともに、毎日2回のミーティングや定例会議を活用して利用者の状況等が職員で共有されている。 25. 利用者の入退院時、状況に変化があったときや毎日の送迎の都度等、様々な機会に家族と情報交換をしている。		
(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. マニュアルを整備し、全職員に対し定期的に研修を実施するとともに、感染症流行期には注意喚起をしている。 27. 清掃は職員内で主担当・副担当を決め、役割分担をして定期的に管理し、利用状況表に記録している。センター全体の清掃、メンテナンスは年2回業者委託にて実施され、点検表を提出してもらっている。臭気対策は換気を心掛ける他、臭気除去機能のある大型空気清浄機をフロアに2台設置している。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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. 事故、緊急時の対応マニュアルを整備し、指揮命令系統が明記されている。マニュアルに沿った内部研修のほか、適宜救命救急研修等必要な研修、訓練を行っている。 29. 事故報告書、ヒヤリハットの記録を作成し、定期的(3か月に1度)に集計し、分析を行って全職員に周知している。ヒヤリハットは、気付きの全てを「ヒヤリハット一覧」に挙げ、その中から実際にヒヤリハットに相当するものを「ヒヤリハット報告書」に記載している。 30. 自然災害時の連絡体制マニュアルを作成し、老人福祉センター(長寿苑)や町役場と連携を取りながら総合避難訓練を年に1回以上行っている。センター長が社協組織内の防災委員会に委員として参画している。		

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

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。	B	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. 利用者の尊厳保持を理念・運営方針に明文化し、事業所内に掲示している。センター長・看護師が外部研修を受講して職員全体研修を行っている。また「不適切なケア」に関しての研修、気付きシートを用いての勉強会を行うなど虐待・拘束防止に向けて継続して検討し続ける仕組みがある。 32. 業務マニュアルにプライバシー保護への配慮について明記している。職員には定期的な回覧書や個人面談の中で意識付けを行っている。浴室脱衣場やトイレは、視線の角度を考慮して戸やカーテンを設置している。 33. 原則受け入れを断ることはなく、要介護度の高い場合やターミナルの場合も受け入れている。				
(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。	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っている。	B	A		
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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	A		
(評価機関コメント)		34. 利用者や家族の意向を収集する手段として、送迎時に必ず利用者・家族に声掛けをする他、利用者アンケートを1年に1度実施している。また、今年度は初めて利用者と役員、局長、職員(非番の職員も含めて)で食事交流会を実施し、今後定期的に開催する予定になっている。 35. 利用者、家族からの意見や要望、苦情には、苦情・要望対応受付票を作成し組織的に対応している。利用者アンケートの結果は内容を抜粋してデイルーム内に掲示するとともに利用者に配布している。 36. 第三者委員を設置している。苦情窓口とあわせ重要事項説明書に記載し、契約時に説明している。デイルーム内にも掲示している。多様なボランティアが複数名入っており、利用者との馴染みの関係が構築されているため利用者等の相談機会の確保となっている。				
(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	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。	C	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、その結果を正規嘱託職員会議で分析・検討し、新たな課題に対応している。 38. 月2回実施する管理者を含む全職種が出席する正規嘱託職員会議でサービスの質の向上を検討している。ハートフル京都や向日市社協のデイサービスセンターと積極的に交流し、情報交換したり、京都府社会福祉協議会が主催する介護保険事業担当部署会議に参加し、情報収集を行っている。 39. 事業所が提供するサービスについての自己評価が行われていない。今後は、第三者評価を機に設置した評価委員会を機能させ取り組んでいく予定としている。				