

アドバイス・レポート

平成30年2月16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8月26日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスゆうあい寺田 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>○資格取得 新人採用時の研修は、プログラムを作成し、職員が講師となり互いに学び合う仕組みになっています。全職員が、認知症介護実践者研修を体系的に受講しており、受講予定者はリストで管理しています。また、介護福祉士国家試験を経験年数に合わせて、取得できるように取り組んでいます。施設内では研修担当の職員が計画を立てて、月1回研修を実施しています。外部研修にも職員の希望や推薦で、受講しており、研修後のフォローアップ研修、報告を行い、実践に生かしています。</p> <p>○地域との交流 運営推進会議を開催し、自治会、行政、社会福祉協議会と、地域の情報交換を行っています。また、寺田センターとして、合同花見会、合同運動会や夏祭りを毎年開催して、地域住民の方にも参加を呼び掛けています。専門性を生かして認知症カフェや認知症予防教室を開催するほか、地域からは多数のボランティアが様々なレクリエーションの講師や作業に関わっておられます。</p> <p>○個別状況に応じた計画の作成 利用者ごとに担当職員を決めて、独自のアセスメント用紙に利用者の状況を記録しており、3か月ごとにアセスメントを実施しています。それに応じて、サービス計画書、個別機能訓練計画書を作成し、モニタリングを行い、必要に応じてサービス計画書の見直しをしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中長期計画の策定 企画渉外部で作成した年度の事業計画を総会で報告し、各担当ごとに年度目標を掲げ、半期での点検、年度末に反省と次年度の課題を明確にして職員に報告していますが、中長期計画の策定が確認できませんでした。</p> <p>○自己評価 年に一回の自主点検を実施していますが、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はありません。</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、評価する仕組みはありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>ゆうあい寺田デイサービスは、NPO法人水度阪友愛ホームの寺田ケアセンターとして、小規模多機能施設、グループホーム、居宅介護支援事業所と併設しています。センターの建物は、幼稚園を改装して利用されており、教室や階段等の名残をうまく利用されています。利用者の方には、以前の幼稚園を懐かしがられる方もおられるようです。最後まで歩けるようにというコンセプトで、下肢筋力の訓練を重視されています。階段は幼稚園仕様のため、段差が低く、上がりやすくなっているおり、2階にあるデイサービスまでの階段昇降を生活リハビリとして、いかしておられます。また、「ふまネット」運動や木製の機能訓練機器等、積極的に取り入れておられます。その他、事業所では、多数のボランティアの方から様々な支援を受けておられ、特に音楽療法・絵画教室・ソフトエアロ・麻雀・大正琴他、色々な活動をボランティアの方が中心に進められています。地域との関わりをさらに深めるため、行事やカフェ、認知症予防講座等の開催も積極的に行っておられます。今後もさらに活動を広げたいとの事で、よりサービスの質を上げていかれますよう期待いたします。</p> <p>○事業所として、3年先（中期）5年先（長期）を見据えた事業計画を策定して下さい。長期計画の実現に向けて、年度計画に課題を設定することで、将来の展望に向けて計画的に進めることが、出来ると思います。今後も様々な事業を実施したいとの事でしたので、中長期計画の策定を行い、実現に向けて計画的に取り組みられてはいかがでしょうか。</p> <p>○今回、事業所としては、初めて第三者評価を受診されています。事業所の自己評価は実施されていないとの事ですが、事業所のサービス内容、質について、評価基準を定めて、自己評価を行い、定期的実施されることで、改善する課題が明確になると思います。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みられて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。今後は、リーダーシップ向上につなげるために、管理者自らが課題を明確にして、職員からの評価を受ける仕組みを検討ください。</p>
------------------	--

(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	デイサービスゆうあい寺田
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
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、地域密着型認知症対応型共同生活、居宅介護支援、小規模多機能型居宅介護
訪問調査実施日	平成29年12月11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、ホームページに掲載しています。年度始めに全職員に理念に関する研修を毎年実施しています。また、朝礼で理念の唱和をしています。利用者家族には、契約時に説明しています。 2. 管理者は、センター会議や毎日のミーティングで職員からの意見を集約し、管理者会議、運営会議で意見を図っています。業務内容一覧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	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. 法人の企画渉外部で事業計画を作成し、総会で報告しています。また、担当係ごとに年度目標を立てていますが、中・長期計画として、明確に定めたものは確認できませんでした。 4. 各担当業務ごとに年度目標を策定し、半期の見直し、年度末に評価し、次年度の課題を明確にしています。			
(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。	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	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. 年1回法令遵守についての研修を実施しており、職員が確認できるように、ファイルしていますが、事業に必要な法令が常に確認できるようにリスト化するなど、明確にはなっていません。 6. 管理者の役割は、業務内容に記載しており、年度初め広報紙「友愛だより」に今年度の目標を掲げています。職員とは面談等を通じて意見を聞く機会は設けていますが、職員から管理者を評価する方法はありません 7. 管理者は、ミーティングや朝礼に参加し、デイサービスの支援中も一緒に関わり、日々の状況を把握しています。緊急連絡網や緊急時に指示を仰ぐ仕組みを事務所内に貼り出し、わかりやすくしています。			

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. 人員配置は、指定基準より多く配置しており、毎月人員配置をチェックしています。 職員は、全員が認知症介護実践者研修を受講するようにしており、職員全員が、介護福祉士の資格取得できるように支援体制を整えています。 9. 新規採用時の研修プログラムを作成し、認知症介護実践者研修にも対象となる職員は受講する体制をとっており、体系的に研修が受けられようとしています。また、研修担当が計画を立てて、毎月1回、施設内研修を実施しています。外部研修に参加した職員は、フォローアップ研修の実施やミーティングの場で報告を行っています。 10. 職場体験の受け入れを行い、インターンシップ受け入れのためのプログラムを作成していますが、実習受け入れについてのマニュアルは整備していません。		
(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。	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。介護機器等を見直し、職員の負担軽減につながるように取り入れています。 12. 職員にカウンセラーの資格を持っている職員がおり、必要に応じて相談にのることもできますが、体制としては不十分です。福利厚生として、互助会を作り、職場の懇談会、旅行を企画しています。休憩室はセンター内に設けています。		
(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. 事業所の情報は、ホームページで公開しており、機関誌「友愛だより」を2ヶ月に1回発行してを地域の民生委員等にも配布しています。地域の資源や情報の掲示板に張り出して、利用者に情報提供しています。 14. 毎年夏まつり、合同花見会、運動会を開催しており、地域住民にも参加を呼び掛けています。また、認知症カフェや認知症予防教室を開催し、3か月に1回の運営推進委員会では、自治会や行政、社会福祉協議会の方が参加しており、地域の福祉ニーズについて把握する機会としています。		

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. パンフレットやホームページで情報を掲示しています。 見学や無料体験も随時受け入れ、家族同伴での体験利用も行っています。		

(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. 契約時、契約書や重要事項説明書で説明し同意を得ています。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業は、必要に応じて介護支援専門員に相談する体制をとっています。			
(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)	17. アセスメントは、本人、家族、介護支援専門員を含めて聞き取りを実施し、3ヶ月に1回見直しています。家族の参加が困難な場合は、事前に聞き取る等の対応をしています。 18. 利用者、家族の意向を聞き取り、サービス計画書に基づいて個別援助計画、個別機能訓練計画を作成しています。 19. サービス担当者会議や退院前カンファレンス等に参加し専門家等からの意見を個別援助計画に反映しています。 20. 3ヶ月に1回モニタリングを実施し担当者が介護支援専門員と連携して、必要に応じて個別援助計画の内容を変更しています。			
(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. 介護支援専門員を通じて連携して、利用者の状況把握に努めています。退院前カンファレンスに参加し医師からの意見を聞きとっています。また、デイサービスの看護師からの意見を聞き、個別援助計画に反映しています。			
(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。	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。	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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	B	A
(評価機関コメント)	22. 災害マニュアル・交通マニュアル等を整備しています。各マニュアルは年1回見直しを実施しています。 23. 個人記録に日々の様子やミーティング内容を記載し管理しています。記録の持ち出し、廃棄については現在規定を作成中です。 24. 利用者の様子はミーティングノートに記録し、毎朝職員が確認しています。ミーティングで利用者の情報共有は行っていますがケアカンファレンスは実施していません。 25. 事業所から配布した連絡ノートを使用しサービス提供時の様子を伝えています。また、送迎時にも家族に声を掛け意見交換ができるよう努めています。			
(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。	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. 感染症マニュアルに基づいて定期的に研修を実施しています。 27. 掃除マニュアルが整備されています。臭気対策にも取り組んでいます。また、職員全体でも清潔の徹底に努めています。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 緊急対応マニュアル、交通事故マニュアルが整備しています。ボランティアも参加しての訓練や研修を実施しています。 29. 苦情処理記録票に記録し、事故やヒヤリハット発生時は毎日のミーティングや月1回のケア会議で報告・検討し再発防止に努めています。 30. 緊急対応マニュアル「地域高齢者への支援」に災害発生時の対応も記載しています。年2回避難訓練と年4回消火器訓練を実施しています。防災訓練は、地域住民も参加して実施しています。		

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

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. 高齢者虐待に関する研修を年に1回実施しています。併設事業所の職員を含むセンター会議や管理者会議において、振り返りを行っています。 32. 他の利用者から見えないように、静養室はパーテーションで仕切られています。トイレに関しても、フロアから扉が直接見えないような配置になっています。プライバシーに関する研修を年に1回実施しています。 33. これまで利用を断ったケースはありません。希望曜日の定員がいっぱいの時にも、他の曜日で利用を受け入れ、希望曜日が空いた際に利用できるようにしています。				
(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	B		
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	B		
(評価機関コメント)		34. 年に1回利用者アンケートを実施しています。送迎中の車内や昼食時など、利用者が話し易い環境の際に、職員が聞き取るようにしています。夏祭りなどの行事の際や送迎時に、家族からの意見を聞き取っています。 35. 利用者や地域住民からの意向に関しては、苦情処理記録表に記録しセンター会議で対応について話あっていますが、情報公開はしていません。 36. 苦情窓口について重要事項説明書に記載や掲示していますが、介護相談員などの導入に関しては検討中です。				
(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の職員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回、全利用者に対してアンケートを実施しています。センター会議において、アンケート結果を基に分析・検討を行っています。 38. 併設事業所の職員を含む複数の職員が担当として検討を行い、センター会議において全職員で話し合っています。 39. 自主点検については、年に1回、複数の職員で行なっていますが、事業所としての自己評価を行う仕組みはありません。				