

様式 7

アドバイス・レポート

令和元年12月13日

令和元年11月5日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた はぎの里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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1. 質の高い人材の確保</p> <p>介護職の無資格者においては、正職員登用試験制度を設けていました。介護福祉士実務者研修の法人割引や受講料貸付を行い、資格取得支援に取り組んでいました。また、介護福祉士実務者研修実施にあたっては、実施会社に会場を提供し職員が参加しやすいようにしていました。</p> <p>2. 地域への情報公開</p> <p>ホームページにて運営理念を掲載しているほか広報誌「はぎ」を日吉町内へ全戸配布をしていました。情報の公表制度もホームページに掲載していました。地域行事（菊花展）にも利用者と共に参加していました。</p> <p>3. 多職種協働</p> <p>必要に応じてかかりつけ医に連絡し即時の対応につなげたり、退院時には入院中の情報を得てサービスに活かしていました。虐待の事例においても南丹市や地域包括支援センターと細やかに連携していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. 事業計画等の策定</p> <p>事業計画は半期に1回評価を行い、管理職会議で分析を行っていました。しかし、事業計画は単年度のみで策定となっており、中・長期計画を策定していませんでした。</p> <p>2. 事業所内の衛生管理等</p> <p>利用者の持参した薬を保管した仕切り箱がホール中央の机の上にあるため、職員が目を見れば誰でも薬に触れることができる状態でした。薬の紛失や誤薬服用に繋がる危険性があります。</p>

	<p>3. プライバシー等の保護</p> <p>プライバシーに関する研修は実施していましたが、トイレの仕切りがカーテンであり、鍵もなく、「使用中」などの札もありませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 事業計画等の策定</p> <p>事業計画はサービスの質向上や利用者満足の向上、事業の拡大など、今後の事業展開の方向性を職員全員で共有し、その目標に向けて実行するためにも有効です。</p> <p>ぜひ、中・長期計画を作成し、その目標達成に向けた単年度計画を作成されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 事業所内の衛生管理等</p> <p>利用者の薬の管理は看護職員が行い、職員以外の者が触れることができないようにする必要があります。薬の置き場所を変えるほか、覆い（ふたなど）を被すなどの安全対策を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. プライバシー等の保護</p> <p>いつ何時誰がカーテンを開けてしまうか分からないという状態では、利用者のプライバシーや羞恥心が守られているとは言えません。例えば、「使用中」の札を作ることで、うっかりカーテンを開けてしまうことを減らすなど、対策を検討されてはいかがでしょうか。</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	2693400059
事業所名	はぎの里デイサービスセンター
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、居宅介護支援
訪問調査実施日	2019年11月21日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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. 理念はデイサービス玄関に掲示しているほか、ホームページ、パンフレット、広報誌「はぎ」に掲載し利用者や家族に配布していました。毎年4月にはデイサービス会議で理念の説明をしていました。 2. 理事会は年4回以上開催していました。デイサービス会議の内容を管理職会議、管理者会議で検討することで職員の意見を反映していました。「組織及び運営に関する規則」にて組織の意思決定方法や職務権限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。	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. 事業計画は半期に1回評価を行い、管理職会議で分析を行っていました。しかし事業計画は単年度のみ策定となっており、中・長期計画を策定していませんでした。 4. 各職員の役割に応じて、現状把握や課題の検討をデイサービス会議で行っていました。また、課題の見直しも事業計画の評価と併せて行っていました。			
(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。	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)	<p>5. 運営管理者は、法令遵守の研修（今年度は働き方改革関連法）に参加していました。また、法令のリスト化はパソコンのフォルダ内に作成し、全職員が検索出来るようにしていました。デイサービス会議にて遵守すべき法令を周知していました。</p> <p>6. 組織及び運営に関する規則にて役割と責任を明確化していました。運営管理者はデイサービス会議に出席し、職員の意向を聞き取っていました。しかし、運営管理者自らを評価するための仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 業務日誌により事業状況の把握をしていました。運営管理者が常時携帯電話を所持する事で緊急時に迅速に報告・指示ができる体制となっていました。</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。	B	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)		<p>8. 介護職の無資格者においては、正職員登用試験制度を設けていました。介護福祉士実務者研修の法人割引や受講料貸付を行い、資格取得支援に取り組んでいました。また、介護福祉士実務者研修実施にあたっては、実施会社に会場を提供し職員が参加しやすいようにしていました。</p> <p>9. 法人の年間研修計画やデイサービスでの年間勉強会計画を策定していました。また、随時必要な研修はデイサービス会議で取り入れ実施していました。外部研修は勤務扱いの他、参加費も事業所負担で行っていました。</p> <p>10. 実習受け入れに関する基本姿勢を含めた実習生受け入れマニュアルを整備していましたが、現在は実習生の受け入れがないこともあり、実習を担当する職員に対しての研修は出来ていませんでした。</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	B
(評価機関コメント)		<p>11. 有給消化率や時間外労働のデータは管理職会議で分析をしていました。育児・介護休業規程を設けていました。介護負担軽減のために特殊浴槽を導入及び記録の電子化を導入していました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談窓口として契約保険会社のカウンセリングサービスを周知していました。福利厚生制度として共済会に入会していました。また、ハラスメントに関する規程（マタニティーハラスメント・セクシャルハラスメント）を就業規則内に定めていましたが、パワーハラスメントの記載がありませんでした。</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。	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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>13. ホームページにて運営理念を掲載しているほか広報誌「はぎ」を日吉町内へ全戸配布をしていました。情報の公表制度もホームページに掲載していました。地域行事（菊花展）にも利用者と共に参加していました。</p> <p>14. 日吉町内の地域別懇談会に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズを把握していました。しかし、専門的な技術講習会や研修会は実施していませんでした。</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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		15. 法人のホームページや事業所全体のパンフレットを作成し、サービス内容や提供時間をわかりやすく簡潔に記載していました。			
(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. 重要事項説明書にサービス内容や料金等を記載し、説明のうえ同意を得ていました。判断能力に支障のある利用者には成年後見制度を活用していました。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントは事業所独自の様式にて、利用者の心身状況や生活状況を記載していました。しかし初回の作成以降は行っていませんでした。 18. サービス提供計画（個別援助計画）は、利用者や家族の思いを尊重して作成し同意を得ていました。また、サービス担当者会議にも出席していました。 19. サービス担当者会議にて各専門職から情報を得て、居宅サービス計画書と連動した個別援助計画となっていました。 20. 個別援助計画やモニタリングを作成するためのマニュアルがなく、個別援助計画の変更基準を定めていませんでした。			
(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. 必要に応じてかかりつけ医に連絡し即時の対応につなげたり、退院時には入院中の情報を得てサービスに活かしていました。虐待の事例においても南丹市や地域包括支援センターと細やかに連携していました。			

(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。	B	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)		22. 業務マニュアルはありましたが、マニュアルに基づいて実施していることを確認する仕組みがありませんでした。 23. 法人全体共通のパソコンによる記録システムを使用し、個別援助計画に沿ったサービス提供の記録がありました。個人情報保護は採用時研修にて周知していました。また、記録の廃棄は法人全体で廃棄方法を定め適切に処理していました。 24. 毎朝の朝礼時、終礼時のミーティングや毎月のデイサービス会議で利用者の変化における支援内容の検討を行い、その記録に閲覧の押印をすることで確実な共有に努めていました。 25. 利用者の連絡帳を活用するほか、送迎時や電話連絡により家族と情報交換していました。			
(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	B	
(評価機関コメント)		26. 感染症予防マニュアルがありました。法人内で研修を行い、その内容を事業所内研修で伝達していました。 27. 利用者の持参した薬を保管した仕切り箱がホール中央の机の上にあるため、職員が目を見れば誰でも薬に触れることができた状態でした。			
(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	B	
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. 事故・緊急時対応マニュアルがあり、緊急時の連絡体制図を作成しているほか、対応についての勉強会をデイサービス会議の中で実施していました。 29. 事故報告書、改善書を作成し対策を検討していましたが、マニュアルや事故防止策等の定期的な見直しなどに活用していませんでした。 30. 防災マニュアルがあり、年2回、他部署（特別養護老人ホーム）と連携して火災避難訓練を消防署立会いで実施していました。しかし、地域と連携した災害時の避難マニュアルは無く訓練も未実施でした。			

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。	B	B

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. 人権・尊厳保持について、法人理念にも明示し、朝礼や終礼時にも日々振り返りを行っていました。身体拘束禁止は運営規程に明示し、高齢者虐待防止法の研修も実施していました。 32. プライバシーに関する研修は実施していましたが、トイレの仕切りがカーテンであり、鍵もなく、「使用中」などの札もありませんでした。 33. 原則、利用申込みは断っていませんでした。送迎範囲外や定員超過のときは同一法人のデイサービスなど他事業所を紹介するようにしていました。		

(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	B
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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. 総合窓口にご意見箱を設置している他、日々の連絡帳のやり取りや、送迎時に利用者や家族から意見・要望を吸い上げ、運営管理者を含めたデイサービス会議で共有していました。 35. 苦情解決要領に沿って、運営管理者に報告していました。しかし、利用者からの意見・要望・苦情の公開はしていませんでした。 36. 第三者による相談窓口を明示していました。重要事項説明書に公的機関の相談窓口の連絡先を記載していました。外部人材による相談機会の確保は出来ていませんでした。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 満足度調査を実施し、デイサービス会議で前年度との比較を含め分析・検討していました。 38. 毎月開催するデイサービス会議にて、サービス向上に関する内容を運営管理者を交えて議論していました。また、地域の通所介護事業所が集まる部会（なんたん通所サービス部会）へ参加し、他事業所と情報収集を行っていました。 39. 自己評価を実施する仕組みがありませんでした。第三者評価は3年に1回受診していました。		