

様式 7

アドバイス・レポート

2019年 11月 18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

2019 年 7 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【京丹後市佐濃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. 利用者の立場に立ったサービスが提供されています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 職員は勤続年数の長い人から新人までバランスよく構成されています。有資格者の正規職員が多く、利用者への対応スキルが高いことが、質の高いサービス提供に繋がっています。 ○ 職員の言葉遣いが丁寧で、多くの利用者や家族が、施設から大切にされているという思いを持ち、安心して利用できる雰囲気を作られていることが、今回の三評の利用者アンケートからも窺えます。 ○ 利用者が元気で生き生きと意欲をもって生活できるように、身体機能訓練・口腔ケア、「えいよう塾」の実施などに取り組まれています。食前の口腔体操を継続して行うことで、誤嚥がなくなるという大きな効果を出されています。 <p>2. 職員間の連携がよく、働きやすい職場環境です</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎日の朝礼と終礼で連絡、報告等を行い、話し合いをすることで情報を共有し、職員間の円滑な連携に努めています。 ○ 管理者が積極的に職員とのコミュニケーションを図り、意見を出しやすい雰囲気作りに努めており、労働環境もよく職員が働きやすい職場です。 <p>3. 地域との連携に努め、事業所情報を提供されています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域のニーズに対応した活動として、出前サロン、ゆうゆう介護・元気塾、おれんじクローバー活動、配食サービス、青色回転灯自主防犯活動、中学校福祉体験活動支援等多くの活動を積極的に行い、地域との連携に取り組まれています。 ○ 法人のホームページは項目が見やすく、佐濃デイサービスのページも写 |
|-----------------------------|---|

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>真や見出しを付けて事業内容をわかりやすく表現されています。</p> <p>○ 事業所情報の新たな提供方法として、今年度から写真を多用した佐濃デイ独自の機関紙を年2回発行し、地域にも配布しています。また、フェイスブックなども活用してレクリエーションや体操風景等を掲載しており、家族からは普段見ることのない明るい表情や楽しんでいる様子を見ることができたと喜ばれています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>1. 職員全員で課題等を協議する場が必要です</p> <p>朝礼・終礼では、日々の活動の報告・連絡や事業所内の研修報告等が効率よくコンパクトに行われています。また、業務担当職員ごとに、分担する業務内容の点検も行われています。しかし、業務上重要な課題や問題点については、職員全員が意見を出し合い協議する場が必要です。</p> <p>2. 利用者満足度調査の実施について</p> <p>利用者満足度のアンケート調査はされていませんが、第三者評価のアンケートによると、多くの利用者や家族は、デイサービスの利用に満足されているようです。しかし、利用者から意見や意向を、項目を定めて、継続的に聞き、サービス向上のための資料とすることが必要です。</p> <p>3. プライバシー等の保護について</p> <p>トイレは入口を入ると中で男女別に分かれています。入口に扉等視線を遮るものがないため、通路からは男子トイレの中が直接見える状況です。出入りがしやすく、目も行き届きますが、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した対応が必要と思われます。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1. 職員全員で課題等を協議する場について</p> <p>毎日の朝礼・終礼での話し合いにより日々の業務は円滑に運営されていますが、業務上重要な課題や問題点については、短時間の話し合いだけで終わるのではなく、計画策定や目標設定に繋がるものとして全職員が認識し、意見を出し合い協議する場を設けることが必要です。</p> <p>2. 利用者満足度調査の実施について</p> <p>利用者に対する満足度調査は、サービス提供に対する新たな希望、送迎時も含めた課題、良かったこと等小さなつぶやきも聞けるような質問項目を検討されるなど、利用者や家族の様々な意見や思いを汲み取る工夫をして実施する必要があると思われます。</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>3. プライバシー等の保護について</p> <p>トイレは間口が広く開放されていて、車椅子の出入りもしやすく、トイレの中まで見通せることで、利用者の安全確認ができるなどの利点がありますが、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した対応をするために、入口に目隠しとなる暖簾やドア等の設置について検討されることを期待します。</p> <p>「所感」</p> <p>毎日の昼食は、自前で調理されていて、地元の食材を使い、季節ごとに地元の料理を提供するなど、地域の利用者の嗜好に寄り添ったメニューを提供されています。献立や調理等について、大学と連携した調査を10年以上実施されており、給食内容について大学から高い評価を得られています。</p> <p>また、久美浜町内の高齢者で配食が必要な方に1日19食弱、年間約4900食の配食サービスを行い、地域住民の健康保持に貢献されています。</p> <p>加えて、利用者を送ったあと、送迎車の青色回転灯を点滅しながら、地域の子供や高齢者の見守りを自主的に行われており、今後も地域の核となって地域福祉の一翼を担っていただくことを期待します。</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)

※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 | 2672400054 |
| 事業所名 | 社会福祉法人 北丹後福祉会 京丹後市佐濃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) | 介護予防通所介護 |
| 訪問調査実施日 | 2019年10月8日 |
| 評価機関名 | NPO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 法人理念・行動指針を明確にし、事務所内や休憩室にも掲示しています。毎日の朝礼では、職員が理念の唱和を行い、理解を深めています。また、年度当初には施設長が理念と事業の関連を説明し、理念に基づいたサービスの提供に繋げています。 ② 法人の理事会は定期的に開催され、施設長が事業計画、事業報告等を説明しています。役員会は理事の他に外部から民生委員等が参画して月1回開催されています。事業所では業務分担表が職員に配布され、運営規程の中で各職務に応じた権限を規定しています。 | | |
| (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質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 | A |
| | | 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 法人は中・長期目標として2014年度に10年間の目標を3つ定め、単年度計画として最重点目標と5つの基本計画を定めています。事業所としては「基本計画」「達成目標」が作成されています。 ④ 課題設定はなく「基本計画」に基づき職員間で意見交換をし、達成目標を作成して個別に解決しています。半期に一度管理者・相談員等で振り返りを行い、その内容を朝礼で伝達し、最終評価は次年度計画策定時に行っています。 | | |

| (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 | 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) | | ⑤ 法令等の重要な通知は朝礼・終礼で周知し、詳細は個別にPC等で確認しています。しかし、関係法令等の整備は法人本部が所管しており、事業所には関係法令のリストはありません。 ⑥ 組織図・職務分掌表等で責任と役割を明確にしています。朝礼・終礼には施設長・管理者が出席し意見を述べています。管理者等を評価する仕組みはありませんが、年1回職員に個別面接を行い意見を聞く機会を作るなど、意見の言いやすい環境づくりに努めています。 ⑦ 管理者は現場を直接管理し、施設長は2か所のデイサービスの運営を兼務していますが、随時実施状況を把握しており、具体的な指示が行えています。 | | |

| 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 | A |
| (評価機関コメント) | | ⑧ 地元からの人材確保を優先して行っています。経験年数の長い職員から新人までバランスの良い人員構成で、常勤職員、介護福祉士の比率が高く、介護福祉士等資格取得への研修の受講受験諸費用の援助があります。 ⑨ 階層別人材育成計画、年間研修計画があり、職員の職責に応じた知識や技能を身に付けるようにしています。また、外部研修は本人の希望する研修に参加できています。朝礼・終礼を利用して職員間で意見交換し日常的に学びを行っています。新人職員にはトレーナー制度を導入しています。 ⑩ 実習生の受け入れ体制は整っています。毎年地域の中학생を受け入れ、福祉学習の支援をしています。 | | |

(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) | | ⑪ 有給休暇は時間単位で取得でき、時間外労働もほとんどありませんが、有給休暇の付与日数の通知が必要かと考えます。育児・介護休業の実績があります。 ⑫ 年1回管理者が職員に行うヒアリングで要望を聞き取るようにしています。職員にはメンタルヘルスケアの相談窓口を知らせています。休憩室は和室でリラックスできるようになっています。ハラスメントに関する規定は、就業規則の中で定められており、相談窓口は職員休憩室のハラスメント啓発文書に記載されています。 | | |

| (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) | | <p>⑬ 法人のホームページがリニューアルされ、事業所情報が詳しく分かりやすく掲載されています。事業所の広報紙を、今年度から年2回独自で発行しています。また、年2回オープンデイを開催し、高齢者疑似体験、認知症ミニ講座、パワーリハビリ利用などを通じて、事業所情報の開示及び地域との関わりに努めています。</p> <p>⑭ 地域公益活動を多面的に実施し、出前サロン、認知症サポーター養成講座・認知症カフェ等を行っています。また、自施設の給食部門を活用した地域への配食サービスや、送迎車に青色回転灯を装備して防犯活動するなど、山間で生活される地域住民の健康と安全を守るために貢献しています。</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 |

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 リニューアルされたホームページと新たに作成されたパンフレットでは、事業所のサービス内容や様子がわかりやすく紹介され見やすくなっています。見学は随時受け付けています。 | | |

(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 重要事項説明書で内容・料金等を丁寧に説明し、利用者には同意を得ています。デイサービスの目的や内容が分かりやすく表記されたパンフレットも活用されています。 | | |

(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 利用者宅に相談員が出向き、生活状況や心身の状況を確認し、利用者・家族から希望を聞き記録しています。アセスメントは担当者を決め、3か月毎に実施しています。利用者記録は簡潔に記載されていますが、もう少し具体的な記録が望まれます。初回のアセスメントで利用者の希望事項のアンケートを行っています。</p> <p>⑱ 居宅サービス計画を基に利用者・家族の希望を尊重して通所介護計画書を作成し、利用者の同意を得ています。</p> <p>⑲ 退院時やサービス担当者会議で専門家の意見等を聞いています。また、必要に応じて専門家・他事業所に意見照会をしています。</p> <p>⑳ 3か月毎にモニタリングを実施し、個別機能訓練については3か月に一度自宅訪問を行っています。退院時や介護状態に変化がみられる場合もケアマネと相談し、必要に応じて計画を見直しています。</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) | | ⑳ 医師をはじめ関係機関とは、連携体制が確保されています。特に京丹後市立久美浜病院とは常に連絡を取れる関係に有り、地域連携室を通して情報の共有に努めています。 | | |
| (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 | 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 | 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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | ㉑ 業務マニュアルは法人総務課で作成され、毎年見直しをしています。苦情や事故防止策等の見直し時において、その内容を反映するような取組みが望まれます。 ㉒ 利用者のサービス状況、家族の依頼、訪問記録等は簡潔に記入されています。個人情報保護等について研修を行い情報管理をしています。廃棄書類の適切な管理が望まれます。 ㉓ 利用者の状況は朝礼・終礼時に報告され、情報を共有していますが、状況に応じて職員同士が協議するカンファレンス等の時間が必要と思われる。また、必要に応じて相談員が訪問したり電話連絡することもあります。 | | |
| (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) | | ㉔ 「衛生管理・感染症予防マニュアル」があり、研修に参加するなどして最新情報を収集し周知と対策を行っています。利用者、職員の感染症の発症は数年間ありません。感染症流行前に予防訓練を職員全員で行い、発症に備えています。 ㉕ 事業所内の物品の整理整頓は担当者を中心に行われ、清掃は担当職員を配置しています。害虫駆除は毎月専門業者に委託しています。また、空気清浄機を設置するなど臭気対策にも配慮しています。 | | |

| (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) | | ㉔ 「緊急時・事故発生対応マニュアル」があり職員に周知しています。上級救命講習・普通救命講習を受講し「救マーク認定事業所」の認定を受けています。緊急対応一覧を事務所に掲示していて、毎年窒息時の対応研修を実施しています。 ㉕ 事故発生時には、マニュアルに基づき適切に対処されています。事故やヒヤリハットは、速やかに報告、分析・検討を行い、再発防止とサービス向上のために職員間で共有しています。 ㉖ 「非常災害対策マニュアル」があり、職員に周知しています。マニュアルに基づき避難訓練を年2回実施しています。災害時の地域との連携については、近隣施設等との避難訓練等も検討されることを期待します。 | | |

| 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 | 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) | | ㉑ 利用者の尊厳の保持は法人理念に明示され、朝礼時に唱和し周知しています。利用者が自己決定できるようにサービスメニューを選択する機会（体操の実施、トレーニングマシンの利用等）を設けています。毎年虐待防止研修を実施し、職員全員が参加しています。 ㉒ プライバシーの保護については、朝礼時や全体研修で常に職員に周知しています。排泄・入浴時においては、目隠しや同性介助に注意していますが、利用者が使用するトイレの入口は開放されているため、扉等の設置が望まれます。 ㉓ サービス利用を身体的・精神的な理由で断ったことはありません。医療的ケアが必要な方も受け入れていて、希望日が定員を超える場合は、その旨を説明し、曜日変更等を行い、理解を得ています。 | | |
| (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。 | 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) | | ㉔ 利用者の意向は、送迎時やサービス提供時、モニタリング時にも聞いていますが、利用者個人への相談面接や懇談会は特に設定せず、機能訓練の面接を利用して意見等を聞いています。 ㉕ 利用者・家族からの相談や苦情は「相談・苦情受付書」に記録して迅速に対応し、サービスの向上に役立っています。個人情報に配慮して事業所の対応を公表されることも必要かと思われます。 ㉖ 重要事項説明書等に公的機関の苦情窓口を紹介しています。京丹後市では介護相談員や市民オンブズマン等の配置がありませんが、第三者の受け入れ意欲はあります。 | | |

(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てている。 | 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。 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | <p>⑳ 利用者の意向は、日々の業務の中で利用者の言葉に耳を傾け、サービスの向上に繋げています。しかし、利用者満足度に関する調査は実施していません。</p> <p>㉑ 業務分担を設け、サービスの質の向上について、それぞれの課題について検討し、実施に移していますが、さらに、職員全体で協議する時間が必要と思われます。京丹後市福祉サービス事業者協議会主催の高齢者部会には、相談員が出席し情報交換をしています。</p> <p>㉒ 事業所内に7つの業務担当を設け、年1回業務ごとの話し合いを持っています。検討結果は各委員会の次年度の目標計画に反映させています。年度終了後に、理事会において目標の評価結果を報告しています。評価を3年ごとに受診されています。</p> | | |