

様式 7

# アドバイス・レポート

2020年3月31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

2020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【デイサービスセンター リエゾン羽束師】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><b>1. 利用者の意向をもとに、身体機能向上・維持に向けたケアを実践しています</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者が、どのような日常生活を希望しているかを利用前に確認し、身体状況に合わせた適切な「個別機能訓練プログラム」を作成し、機能訓練指導員と介護職員が連携し、利用者の「こうなりたい」という希望に近づけるケアを実践しています。例えば、利用者の「階段の昇降が不安」「洗濯物が干しにくくなった」等の訴えに対し、下肢筋力低下の防止や向上、関節可動域の拡大等を機能訓練プランに取り入れ、利用者の日常生活に対する不安を軽減するためのケアの実践が行われています。その結果、実際利用者のADL（日常生活動作）に改善が見られたという事例がありました。</li> <li>○ デイサービス利用時のケア実践に加えて、利用者が在宅で行うことができる機能訓練プログラムも提案し、在宅生活が円滑に行えるよう支援しています。</li> </ul> <p><b>2. 職員は仕事に対する意識が高く、やりがいをもって働いています</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職員は仕事に対するモチベーションや技術・知識の到達度が高く、一方、自己採点は、厳しくされています。今回の第三者評価においても、共通評価項目チェックシートの自己評価は、全職員で精査し、厳しい目で自己採点されていました。実際、当日の聞き取り調査で、B判定をA判定に変更する箇所（しっかりできていると認めて）が多くありました。</li> <li>○ 職員は現状に満足することなく日々の業務に取り組み、利用者の満足度を高める様に、努力を続けています。</li> </ul>
------------------------	---

	<p><b>3. 利用者満足度の高い事業所です</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 満足度調査の結果と同様に、第三者評価の利用者アンケートでも、殆どの利用者が、このデイサービスを利用するようになってから、「自分でできることが増えた」「体調もよくなり気分も晴れやかになった」「毎週来るのが楽しみだ」等々と回答しており、デイサービスを利用することで心身機能が向上したことを実感しています。</li><li>○ また、デイサービスについての内容や利用に関する説明等の項目においても「詳しく説明を受けて満足している」との回答が多くあり、利用者の満足度が高い事業所です。</li></ul>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p><b>1. 災害時等における地域との連携について</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 事業所の理念に「高齢者をはじめとする市民が住み慣れた地域において、共に支え合い助け合える地域社会を目指します」と掲げています。地域に根差した施設となるよう様々な取り組みが行われていますが、災害時等に助け合える関係も重要と考えます。地域と連携した訓練等、防災体制の再検討が必要です。</li></ul> <p><b>2. 広報の充実について</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 事業所情報はホームページやパンフレット等で提供していますが、「デイサービスセンターリエゾン羽束師」とパソコン等で検索した際、ホームページの情報量が少ないように思われます。</li></ul>

具体的なアドバイス

### 1. 地域と連携した防災体制の構築について

- 事業所は、挨拶運動や清掃活動、センター内で行われている月2回の「リエゾン体操クラブ」の実施、近隣のクリニックで行われている勉強会に参加する等、さまざまな地域に根差した取り組みを行っています。その他にも地域の関係者が出席する運営推進会議の開催等で、地域との関係は良好です。

羽束師地域は河川の氾濫等による水害の多い地域となっています。日頃より地域と良好な関係が築けていますが、災害発生時等において、お互いが協力できる体制を明確にすることが重要と考えます。まずは、年2回実施している火災訓練や水害訓練の時に、地域住民に参加・協力を呼び掛けてはいかがでしょうか。そのために地域の防災組織と話し合いを持ち、連携の取れたマニュアルの作成をご検討ください。

### 2. 広報の充実について

- 事業所の内容を知りたい方たちから、事業所への問い合わせや見学が、毎月2~3件あり、職員全員が同じ内容の説明ができるよう、マニュアルを作成し、丁寧な対応をしています。

最近では高齢者自身がパソコンを使用し、様々な情報を収集されるようになっていきます。利用者・家族または利用希望者が、パソコンで「デイサービスセンター リエゾン羽束師」と検索した場合、情報の簡単な記載は出てきますが、具体的な内容が不十分ではないでしょうか。例えば、事業所独自のパンフレットの内容を記載する等、閲覧者が具体的にイメージしやすい工夫が、必要と思われます。

- 「リエゾン羽束師通信」は定期的に発行されていますが、内容は地域密着型サービス（グループホーム・小規模多機能ホーム）の様子が、多く記載されています。個人情報保護等の問題もあると思いますが、デイサービスでの利用時の様子や事業所の現況を、定期的に家族等に知らせることは、喜びや安心につながり、また、担当のケアマネジャー等に配布することで生きた情報提供となります。

これらのように広報の充実を図ることで、新たな利用者の拡大につながるのではないのでしょうか。

※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)

※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	2670901095
事業所名	デイサービスセンターリエゾン羽束師
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)	介護予防型通所介護
訪問調査実施日	令和2年2月26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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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・運営方針は、パンフレット等に明記され、施設内にも掲示されています。センター長は週1回全体朝礼時に、理念に沿ったサービスの提供ができるよう職員に周知しています。利用者・家族には、契約時や機関誌等で理念を伝えています。 ② 法人として運営会議、管理者会議、通所部門会議等が定期的に行われ、組織運営の透明性が図られています。役職に応じた職務権限規定を作成し、職員の役割を明確にしています。管理者は、法人内の管理者会議において職員の意見等を踏まえて、意見を述べています。		
<b>(2) 事業計画等の策定</b>						
	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	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)			③ 事業所の事業計画（中期・単年度）に沿って運営を行い、毎月の運営会議で実施状況の課題や問題点を明らかにし、必要時は計画の修正を行い、着実に実行しています。 ④ センター全体（当該事業所、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、グループホーム）で各業務ごとに課題を設定しています。設定した課題の進捗状況は、毎月のデイミーティング等で確認し、必要時には、見直しも行っていきます。		

(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組みを行っている。	B	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。	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 管理者は京都府の集団指導に参加し、配布された資料は、職員が閲覧できる場所に保管しています。法令変更時には、デイミーティングで取り上げ、法令等を正しく理解する機会としています。法令等は常にPCで調べることができる環境にありますが、介護保険事業を実施するうえで把握すべき法令のリスト化が不十分でした。</p> <p>⑥ 組織図や職務権限規程により、役割や責任を明確にしています。管理者は、個別面談や業務の中で職員の意見を聞く機会を設けていることが、職員ヒアリングからも確認できました。毎年実施の「京都府組織活性プログラム」の内容に、管理者への評価項目があり、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する機会としています。</p> <p>⑦ 管理者は、専用携帯電話を常に所持し、緊急時にも連絡が取れる体制があり、緊急連絡網や利用者連絡先一覧を備えています。管理者は、業務日誌、申し送りノート、ケース記録等でも、日々の業務内容を確認しています。</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

## 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)		<p>⑧ 人材の確保は、ハローワーク、ジョブパーク、民間の人材紹介等を利用しています。法人内でケアスクールを開校しており、そこから人材の確保に結びつくケースもあります。法人内ケアスクールで実施の「介護福祉士受験対策講座・ケアマネジャー受験対策講座・介護職員実務者研修」に参加する職員には授業料の減免があり、キャリアアップを支援する体制があります。</p> <p>⑨ 新人職員研修、フォローアップ研修、管理者研修と、必要な知識と技術を段階的に身につけることができる体制があります。外部研修の情報は、申し送り時やデイミーティング等で周知し、研修参加職員は、デイミーティング等で研修内容の報告を行うなど、互いに学びあえる環境ができています。3か月に1回、職員が講師となり自主勉強会を実施しています。</p> <p>⑩ 法人内で実習生を受け入れる体制があり、実習マニュアルに基づき、オリエンテーション等を実施しています。利用者や家族等から、実習生受け入れ時の個人情報保護に関して同意を得ています。今後は、センター内で受け入れた実習生に対して、デイサービスの実習も組み入れることを提案いたします。</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。	B	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	A
(評価機関コメント)		① 有給休暇や時間外労働の管理は、管理者や介護事業部が行い、職員は年間平均13～14日の有給休暇を取得しています。育児休業法、介護休業法が就業規則に明記され、適切に対応されています。職員の業務負担軽減のため、電動自転車の貸し出し等を行っています。 ② 職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のため、産業医による相談体制があります。毎年職員ヒアリングを実施し、組織や上司に対する要望等を確認する機会としています。福利厚生制度があり、毎年旅行や慰労会が開催されています。休憩できるスペースが数ヶ所あり、職員が寛ぎの場を選択できるよう配慮がされています。ハラスメント規定の存在は確認できましたが、就業規則へ明記すべきです。		
(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。	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 デイサービス独自のパンフレットを作成し見学者に配布するとともに、地域包括支援センターの玄関にも設置し、事業所情報の提供に努めています。また、2か月に1回開催される運営推進会議でも、デイサービスの情報を地域に周知しています。 ⑭ センター内で月2回開催される「リエゾン体操クラブ」には、利用者や地域住民の参加が毎回15名程度あり、事業所の持つ専門的な技術や情報を地域に提供しています。毎月1日に、地域の清掃活動を行っています。地域ケア会議や近隣クリニックの勉強会に参加し、医療や福祉ニーズの把握に努めています。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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 事業所情報はホームページやパンフレットで提供しています。問い合わせや見学は毎月2～3件あり、職員全員が同じ内容の説明ができるようマニュアルを作成し、対応しています。利用者がデイサービスのイメージがしやすいよう、「お試し利用」の後に、サービスを開始しています。法人のホームページ上に「デイサービスセンターリエゾン羽束師」の情報はありますが、パンフレットの内容を掲載することで、より利用時のイメージがしやすくなると思われます。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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 サービスの開始にあたり必要となる内容や料金について、重要事項説明書を用いて利用者に説明し、同意を得ています。利用者の判断能力に支障がある場合は、家族等の代理人と契約を締結しています。後見人制度利用の仕組みも整備されています。利用者アンケートからも、サービス開始時にわかりやすく説明を受けたとの回答が多くありました。			

(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う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)		<p>⑰ 所定のアセスメント様式により、利用者の心身状況や生活状況等を記録しています。本人が昔のことは覚えていない等、最初は空欄もあるようですが、家族からの聞き取りや、利用者との日々の関わりを通して情報収集を行い、アセスメントをしています。アセスメントの見直しは、3ヶ月に1度行われており、利用者記録から確認しました。</p> <p>⑱ 本人・家族の希望を取り入れながら、居宅サービス計画書と連動した通所サービス計画書を作成し、利用者・家族に説明を行い、同意を得ています。利用者の「こうなりたい」という目標に沿って立案し、利用者・家族の希望を尊重した計画になっています。</p> <p>⑲ 個別援助計画等の策定にあたり、機能訓練指導員等と意見交換を行っています。また、利用者の状態に変化があった場合には、ケアマネジャーを通して主治医との連携も図っています。</p> <p>⑳ 個別援助計画の見直しは3ヶ月に1度行い、機能訓練計画も同様に行われています。ケアマネジャーとは、毎月末に情報共有シートを用いて連携を図っています。</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)		<p>㉑ 利用開始時や利用者の入退院時等、身体状況に変化があった場合は、ケアマネジャーを通じて主治医や関係機関と情報共有しています。機能訓練については、主治医の指示のもと、機能訓練計画書を立案・実施し、必要に応じて主治医に利用者の様子を報告しています。退院時カンファレンスにも参加しています。</p>		

(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	B	B
(評価機関コメント)		<p>㉔ サービス提供に関する業務マニュアルや手順書は、整備されています。業務マニュアルは毎年見直しが行われ、変更部分は赤字で記載し、変更箇所を確認しやすい工夫がなされています。法人全体のマニュアルを、事業所が利用しやすい内容に変更し、実用的に活用しています。利用者の送迎を業者に委託しているため、事故防止や安全性を重視した詳細な送迎マニュアルを作成し、車内にも設置しています。</p> <p>㉕ 利用者の状況及びサービス提供時の記録は、ケース記録等に適切に記入されています。記録の保管・保存・廃棄に関する規定はありますが、持ち出しに関する規定は、口頭説明のみとなっていました。書面での周知が必要です。</p> <p>㉖ 毎日の朝礼時に利用者情報の共有を行うとともに、月1回のデイミーティングでは、全職員参加のもと、ケアカンファレンスを開催し、意見集約等を行っています。</p> <p>㉗ サービス提供時の情報は、連絡ノートに記載されており、送迎時に職員から家族に口頭でも伝えていきます。緊急時は、電話連絡も行っていきます。しかし、利用者の日常の様子や事業所の現況を、定期的に家族等に知らせることはされていません。</p>		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>㉘ 感染症対策及び予防に関するマニュアルが整備され、研修も実施されています。毎年、職員や職員家族対象に、インフルエンザの予防接種を実施しています。感染症の持ち込みや拡散防止のため、出入り口での靴の履き替えや手指消毒の励行、体温チェック等を行っています。</p> <p>㉙ 事業所内の清掃は、午前午後の入れ替え時と夕方に、職員が行っています。整理整頓がされていて、衛生管理もできています。備品等の置き場所が少ないため、棚の設置などを現在検討中です。</p>		



(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。	B	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)		<p>㊸ 事故防止対応マニュアルと緊急時対応マニュアルが整備され、毎年更新されています。今年度は「緊急時の対応」研修も実施されています。緊急対応時の組織図や連絡網は職員に周知されています。法人内全部の事業所間で連携ができる仕組みも整備されています。</p> <p>㊹ 事故報告書は発生日に作成し、分析・事故対策に取り組むとともに、必要に応じてカンファレンスを行い、再発防止に努めています。日々の関わりの中から利用者情報を収集し、椅子からのずり落ちを防ぐために、肘つきの椅子に変更するなどの対応策がとられています。また、事故防止のため、簡易に記入できるヒヤリハットの報告書が検討され、活用の定着に向けて取り組まれています。</p> <p>㊺ 災害発生時における対応策を定めたマニュアルがあり、災害訓練も行われています。清掃活動を通して地域との関係は良好ですが、防災面を意識した連携はできていません。事業所として、災害発生時における地域との連携を今後の課題としています。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
	<b>(1) 利用者保護</b>					
	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。	B	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)			<p>㊻ デイサービス開始時に、利用者一人ひとりの「こうなりたい」という思いを確認し、サービスの提供を行っています。身体拘束や高齢者虐待防止マニュアルを作成し、年1回全職員が「人権擁護・虐待防止・身体拘束禁止」の研修を受けています。</p> <p>㊼ プライバシー保護についてのマニュアルを作成し、研修を年1回実施しています。入浴や排せつ介助は、利用者の希望に応じて同性介助を心がけています。</p> <p>㊽ サービス利用者等の決定は公平・公正に行っています。新規申し込みに関しては、原則断ることはなく、利用希望日など利用者の希望に沿った対応を行っています。</p>		

(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)		<p>③④ 利用者・家族からの意見・要望・苦情は、送迎時や連絡ノートから把握しています。また利用者満足度調査も、利用者や家族から意見・要望・苦情が出やすくなるように、質問項目を見直しながら、毎年実施しています。</p> <p>③⑤ 利用者等から意見・要望・苦情が出された場合は、迅速に対応し、毎日の申し送り等で、対処内容を職員に周知しています。当日欠席の職員には、デイサービス日誌に記載し、周知しています。満足度調査のコメントは、事業所の廊下に掲示し、利用者等に公表しています。</p> <p>③⑥ 相談や苦情を訴えるための窓口は、重要事項説明書に明記し、利用者・家族に説明しています。第三者委員の設置や市民オンブズマン・介護相談員等の外部人材の受け入れは、現在検討中とのことでした。</p>		

(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。	B	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)		<p>③⑦ 毎年、利用者満足度調査を実施し、調査結果は、職員で分析・検討しています。日々の介護現場で利用者から聞き取った情報は、申し送り時等に報告し合い、サービスの質の向上に役立っています。年度ごとの比較・検討をデイミーティング等で行い、対策や改善内容を確認しています。</p> <p>③⑧ 事業所の会議や法人内の部門別会議（3か月に1回）等で、サービスの質の向上について意見交換や情報交換を行っています。部門別会議等の内容は、管理者から職員に伝達しています。</p> <p>③⑨ 毎年1回自己評価を行い、評価結果を分析・検討し、次年度の課題を明確にしています。今後は、第三者評価を3年毎に受診し、振り返る機会としてください。</p>		