

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 1 6 日

令和 2 年 1 月 3 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービス満寿園 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. 人権等の尊重 法人で法令遵守・身体拘束・虐待防止の勉強会を実施し、参加職員が事業所で伝達し周知していました。身体拘束ゼロ委員会により職員アンケート調査を行い、ケアの点検とサービスの改善に積極的に取り組まれていました。</p> <p>2. 質の向上に対する検討体制 「ユニットイン北京都」(京都北部の近隣施設でユニットケアについて検討する勉強会)の取り組みの中で、職員の交換研修を実施し、他施設の情報収集や提供サービスの良い点を取り入れるなど相互のサービスの改善に取り組んでいました。また、職員のマンネリ化防止や他施設からの刺激を受けてモチベーションを高めることに効果が出ていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 個別援助計画等の見直し モニタリングは毎月実施していましたが、ケアプラン見直しやモニタリングを行う時期・手順などの基準がありませんでした。</p> <p>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情対応マニュアルを整備し、意見・要望や苦情があれば事業所内と苦情対策委員会で検討していましたが、公開は集計のみでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は 3 年に 1 回に受診していましたが、第三者評価以外での自己評価の仕組みがありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 個別援助計画等の見直し 通所介護計画作成に係るアセスメント、課題の明確化、計画原案作成、モニタリング、計画変更の時期や手順等を定めた基準(規程またはマニュアル等)を整備されてはいかがでしょうか。基準を定めることで、計画作成担当者が交代した場合なども基準に基づいて引き続き適切な通所介護計画が作成できるのではないのでしょうか。</p>

	<p>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>以前は苦情について詳細にホームページで公開されていたところ、家族から苦情元が特定されるとの意見があり、集計の掲載になったとヒアリングで聞き取りました。意見・要望・苦情の公開については、個人情報の保護に配慮し、苦情内容とその対応についてのみ公開されることで、要望・苦情についてどのように改善がされたかが分かり利用者や家族の安心につながるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>第三者評価を3年に1回受診して自己評価に取り組まれていましたが、事業所のサービスの向上のために年1回は自己評価の仕組みを整備されることをお勧めします。自己評価の項目としては、第三者評価で実施できていなかった項目やサービス提供上での課題（接遇・報告連絡相談・事故防止等）、利用者からの意見・要望・苦情からの課題などから設定されてはいかかでしょうか。</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)

※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	2693300135
事業所名	デイサービス満寿園
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型認知症対応型通所介護
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	令和2年2月19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. デイルームに理念の掲示により利用者や職員に周知し、理念に基づいて利用者個々の意向を尊重したサービス提供に努めていました。また、理念は広報紙「満寿園だより」「デイサービス満寿園だより」（各年3回発行）の掲載や家族会（年2回開催）で説明をして、利用者や家族の理解に努めていました。 2. 経営会議・管理者会議・業務改善会議・事業所内会議のほか各種委員会を開催し、職員の意見を反映した案件別の意思決定の仕組みがありました。また、「運営組織規程」にて各職務の業務と権限について明記していました。		
(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	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. 法人の事業計画を策定し、人材確保や質の高いサービス提供などの運営方針を示し、地域の幅広いニーズに 대응していくための長期計画（5か年）と中期計画（3か年）を明記していました。 4. 法人の事業計画にそって事業所の事業計画を策定し、認知症の進行の予防や改善に向けての取り組みを定め、年2回進捗状況の確認をしていました。		
(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。	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。	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. 管理者は管理者会議で関係法令の改定事項の研修を受け、職員に伝達していました。また、法令遵守委員会で介護保険をテーマに取り組んでいました。関係法令のリストは作成していましたが、すぐに調べられる体制がありませんでした。 6. 管理者の役割や責任について、「運営組織規程」に明示していました。管理者は事業所会議に出席し意見を述べるとともに、職員からの意見も聞き取っていました。また、「360度評価」にて職員からの管理者に対する多項目の評価を行っていました。 7. 管理者は事業所内で業務を行い、事業所を離れるときは携帯電話を所持していました。また、業務日誌や報告書にて業務の実施状況を把握していました。緊急時連絡網を掲示し、緊急時にはすみやかに管理者に報告できる体制がありました。		

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
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	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	B
		(評価機関コメント)		8. 事業計画に人材育成の方針や職員の倫理規範を明示していました。人員の採用や配置についての検討は、法人総務部が担当していました。また、職員の資格取得支援として、介護福祉士実務者研修の受講費の減額や受講日や受験日の勤務調整をしていました。 9. 毎月テーマ（法令遵守・感染症対策等）を決めて全職員を対象とする職場内研修を実施し、終了時の申し送りや事業所内会議で「気づき」の検討や助言を行っていました。キャリアパス研修として、外部研修による経験年数に応じた段階的な研修の体制はありましたが、職員の研修計画がありませんでした。 10. 実習受け入れに関する基本姿勢を明記した、実習受け入れマニュアルはありましたが、実習指導者に対する研修は未実施でした。		
(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. 人事考課面接（年2回実施）の中で聞き取った職員の就労に関する意向や要望は、法人総務部で集約検討していました。また、ハラスメントの規程を整備し、相談受付担当者も設置していました。職員の負担軽減として、リフト浴の設備がありました。 12. メンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当し、外部の電話によるカウンセリング受付もありました。考課面接で組織や上司に対する要望や不満を聞き取り、法人総務部で集約・検討していました。福利厚生として、共済会の加入や親睦会による日帰り旅行や忘年会に法人が費用負担していました。また、十分な広さの休憩室がありました。		
(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. ホームページの公開や、法人とデイサービス機関紙を地域に回覧し広報していました。また、情報の公表制度の事業所情報を玄関にファイルを設置し閲覧できるようにしていました。地域のイベント情報も掲示し情報提供していました。地域の地蔵盆の催しに利用者が職員の付き添いで参加していました。 14. 法人で開催する地域住民参加の「介護の集い」（喫茶や体操・レクリエーション・介護相談）や地域のバザーの開催に合わせたおむつの講習会に職員を派遣していました。		

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
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、広報紙はより効果的な情報提供となるよう、写真や文章の配置など専門家のアドバイスを受けて作成していました。		
(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. 重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金について説明し同意を得ていました。また成年後見制度のパンフレットを玄関に設置して活用を推進し、後見人と締結した契約書や重要事項説明書がありました。		
(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	B
		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	B

(評価機関コメント)		17. アセスメントは6か月毎に実施し、利用者のニーズや課題を明らかにしていました。 18. サービス担当者会議に出席し利用者及び家族の意向を聴取していましたが、記録がありませんでした。 19. サービス担当者会議で各専門職からの情報収集と意見交換を行い、通所介護計画に反映していました。また相談員や介護職員もサービス担当者会議に出席して、より詳細な情報交換をしていました。 20. モニタリングは毎月実施していましたが、ケアプランを変更する基準やモニタリングを行う時期の定めがありませんでした。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		21. 関係機関をリスト化して連携出来る体制を整えていました。また地域ケア会議に出席し、関係機関・団体と連携を取っていました。		
(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。	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	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. 各種マニュアルは整備していましたが、見直しの基準がありませんでした。また、苦情対応結果や顧客満足度調査分析結果、事故防止策の具体策などを反映する仕組みがありませんでした。 23. 年1回、「法令遵守研修」の中で個人情報保護に関する研修を実施していました。また、利用者の記録は書庫で保管し、「個人情報保護規定」や「保存文書分書分類表」に保管・保存・廃棄を規程していましたが、記録の持ち出しに関する規程がありませんでした。 24. 職員間の情報共有として朝・夕に申し送りを実施して、併せて通所介護計画内容やサービス提供内容の検討もしていました。また、月1回の事業所内会議で利用者ケアについて検討していました。 25. 家族等との情報共有は、連絡帳の活用や送迎時の面談、サービス担当者会議や年2回の「家族会（見学、食事会、懇談会）」の開催時に実施していました。		
(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。	B	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. 感染症対策マニュアルを整備し、最新の感染予防情報を周知していました。また、感染予防・対策に関する研修を年2回実施し、感染症のある利用者には感染予防を講じて受け入れていました。 27. 施設内の備品等は整理整頓され、職員による清掃で安全で清潔な環境となっていました。毎日の換気・清掃・消毒により、トイレなどは臭気もなく清潔な状態でした。		
(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	B
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. 事象別に作成した事故対応マニュアルを整備し、緊急連絡網により指揮命令系統を明確にしていますが、研修や実践的な訓練は実施していませんでした。 29. 事故発生時に事故報告書を作成して対策を講じていました。また事故防止委員会で事故報告内容を共有し再発防止に取り組んでいましたが、マニュアル等に反映させる仕組みがありませんでした。 30. 災害時対応マニュアルを作成し、年2回併設の特別養護老人ホームと合同の防災訓練を実施していました。また、地域の住民が参加する法人事業所の防災訓練を実施していましたが、地域との連携を意識した防災マニュアルはありませんでした。		

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。	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. 法人で法令遵守・身体拘束・虐待防止の勉強会を実施し、参加職員が事業所で伝達し周知していました。身体拘束ゼロ委員会により職員アンケート調査を行い、ケアの見直しに取り組んでいました。 32. 排泄・入浴の業務マニュアルはプライバシーに配慮した内容で、写真を取り入れた説明で新人職員にもわかりやすくしていました。 33. 基本利用申し込みは断わらない方針で、希望の曜日に添えない場合は他の曜日を介護支援専門員や利用者として調整していました。		
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		34. 玄関やトイレ入口に意見箱の設置や、アンケート調査・家族会・連絡ノート・送迎時の面談で利用者や家族からの意見や要望を聞き取り、事業所内会議で検討していました。 35. 苦情対応マニュアルを整備し、意見・要望や苦情があれば事業所内と苦情対策委員会で検討していましたが、公開は集計のみでした。 36. 第三者委員を設置し、相談受付方法は分かりやすく明記したフローチャートをデイサービス玄関に掲示していました。また、公的機関の相談窓口の連絡先を重要事項説明書に記載し説明していました。第三者委員が利用者の相談を担当して、年2回報告会を実施していました。		
(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。	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1回利用者満足度アンケート調査を実施し、事業所内会議で結果を分析し、改善の方法や改善に向けた計画を立てていました。アンケートにより、連絡帳だけでなく送迎時にも利用の様子を伝えて欲しいとの要望があり改善していました。 38. 事業所内会議や各種委員会でサービスの質の向上について検討していました。また、「ユニットイン北京都」（京都北部の近隣施設でユニットケアについて検討する勉強会）で、職員の交換研修を実施し、施設間の情報交換やサービスの改善に取り組んでいました。 39. 第三者評価は3年に1回に受診していましたが、第三者評価以外での自己評価の仕組みがありませんでした。		