

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 2 月 4 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

令和 3 年 8 月 8 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「いちがお園デイサービスセンター」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>○現場の声を吸い上げる仕組み 部署会議前に職員に検討してほしいことを確認した上で部署会議を開催し、検討や改善が行われています。部署会議で検討された提案事項等は必要に応じて主任会議、そして検討会議へと持ち上げ、最終は法人ミーティングを経て運営会議で検討・決定を行うボトムアップ方式を意識した組織運営を 行われています。</p> <p>○連携法人を活用した人材育成 本法人は、以前より京都市内等にある 5 法人で結成する連携法人“社会福祉法人グループリガーレ”に参画されており、小規模法人では行いにくいことを共同することで取組める体制を維持されています。人材育成では、統一研修として階層別プログラムを計画し、リーダーや役職者向けの研修を実施する他、介護福祉士や介護支援専門員の資格取得対策講座を計画し、資格取得支援にも積極的に取り組まれています。施設の職員を講師として派遣したり、スーパーバイザーによる巡回指導を受け入れ、リーダーやサブリーダー、若手主任等の育成をサポートする体制も整えています。質の高い介護サービスを提供するための人材育成に意欲的に取り組まれています。</p> <p>○地域への貢献 丹後町のボランティア連絡会に事業所として登録し、依頼があればサロン等へ出向き、認知症サポーター養成講座やレクリエーション等を行われています。また、法人の 10 台程の車両で青パト活動（青色回転灯を装備する自動車を使用し、かつ、青色回転灯を点灯させて行う自主防犯パトロール）を行 われており、通所介護でも講習・登録を終えた職員が送迎時に青色回転灯を 点灯させて送迎に回られています。その他、村祭りへの参加や配食サービス 等も行われており、日々地域を意識した活動を展開されています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点 とその理由（※）</p>	<p>○業務マニュアルの更新・見直し 法人として年1回各種マニュアルを更新・見直しされていますが、通所介護の業務に関するマニュアルは長らく更新されていませんでした。</p> <p>○利用者の意向の記載とアセスメント情報更新 ケアマネジャーとの連携やサービス担当者会議への参加、日頃の関わりの中で利用者の状態や意向を確認し、把握されていますが、アセスメント記録表が更新されていません。また、個別支援計画書に利用者等の意向の記載がなく、書面から確認できませんでした。</p> <p>○利用者への第三者相談窓口の周知 利用契約時に重要事項説明書をもって第三者相談窓口の説明と周知を図られていますが、通所介護利用者の目につきやすい方法で周知する仕組みは確認できませんでした。</p>
--------------------------------	---

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>奥丹後半島の海からほど近いところに位置する「はしうど福祉会」は、旧丹後町時代に町民の要望から設立されました。平成3年9月に特別養護老人ホーム、短期入所生活介護、同11月に通所介護、平成9年に社会福祉協議会からの引継ぎを受けて訪問介護の事業を開始しました。平成28年4月には宇治川診療所の指定管理を受け、丹後町の医療と介護に係るサービスを一手に担っています。法人理念「私たちは地域の皆様に信頼され、愛される施設を目指します」をモットーに、『自分が受けたいサービス』という視点に立って、日々利用者の支援に尽力されています。今後、更なるサービスの向上に向けて、下記についてアドバイスさせていただきます。</p> <p>○業務マニュアルの更新・見直し 業務マニュアルは、どの職員が支援を行っても統一したケアが行えるように業務に必要な手順を定めるもので、自立支援の在り方や事故防止・安全確保の状況によって適宜更新・見直しが必要なものです。法人の更新・見直しの時期に合わせて、通所介護の業務マニュアルの更新・見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>○利用者の意向の記載とアセスメント情報更新 利用者支援を行うための課題を把握するために必要なものが利用者の心身の状況や生活状況を記録したアセスメント情報です。職員皆が利用者状況を把握・共有できるように時期を定めて「面接記録表」（アセスメント様式）を更新されることをお勧めします。また、利用者が通所介護を利用されるにあたって把握されている希望やニーズ等の意向を個別支援計画書に明示できるよう、記載欄を設けて下さい。</p> <p>○利用者への第三者相談窓口の周知 利用者が事業所とは別の第三者に相談ができる環境の整備として、通所介護事業所内の利用者の目につきやすい場所に第三者相談窓口等を記載したポスターを掲示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)

※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	2672300015
事業所名	いちがお園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)	訪問介護
訪問調査実施日	令和3年10月18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. 法人理念及び運営方針は、運営規定や重要事項説明書に記載し、職員の名札裏や玄関にも明示しています。法人理念は各事業所会議で復唱を行い、周知する取組みを行っています。 2. 職員の声を拾い上げるボトムアップ方式で会議を開催しており、「部署会議→主任会議→検討会議→法人ミーティング→運営会議」の順に会議を行い、運営会議で最終意志決定を行います。理事会は四半期に1回開催し、必要な構成員が出席しています。就業規則に職務権限移譲及び決定方法を規定しています。		
(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. 単年度の事業計画と、中期を3年、長期を5年として中・長期計画を策定しています。単年度計画は、基本方針を基に各部門で作成しており、計画策定の際には、部署会議で職員からの意見を拾い上げ、職員全体が参画できるように取り組んでいます。 4. 部署会議で現状分析を行った上で課題を設定し、具体的な計画を策定しています。四半期ごとに進捗状況を確認しています。		

(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	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. 施設長は、京都府が主催している施設長研修、経営者会議に出席しています（ここ2年間は新型コロナウイルス感染拡大防止のため中止）。事業を実施する上で把握すべき法令は、施設内パソコンの共有フォルダに「関係法令集」としてリスト化しています。事務局長が管理し、適宜更新しています。例規集は事務所に設置し、職員が見やすい環境を整えています。</p> <p>6. 施設長の役割と責任は、管理規程の「業務分掌」に明示しています。施設長は主任会議、検討会議、法人ミーティング、運営会議に出席し、職員の意見を聞く機会を持ち、意見を述べています。しかし、施設長は、自らの行動を把握、評価・見直しするための方法も持っていません。</p> <p>7. 施設長は、毎朝申し送りやパソコン上で日報等を確認し、事業の実施状況等を把握しています。緊急時は施設長の携帯電話に連絡が取れる体制にしており、コミュニケーションアプリも有効活用しています。事故等の緊急事態発生時は、施設長が家族の対応を行います。</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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 「職員採用方針」を基に単年度計画策定時に、職員採用予定人数を勘案した「職員採用計画」を作成し、理事会に提出しています。人員体制は事務局で管理し、玄関には有資格者配置表を掲示しています。採用後の資格取得支援として、月1回の資格取得対策講座の実施と、「介護福祉士資格取得要項」に基づき合格祝い金を贈る仕組みがあります。</p> <p>9. 研修委員会において年間研修計画を策定し、実施しています。研修委員会で個人の研修受講状況を把握し、研修案内があれば、Eキューブ（法人内の情報共有手法）にて発信しています。法人は、当初より社会福祉法人グループリガーレ（中小規模社会福祉法人による連携・共同事業）に参画し、階層別プログラムを立て、リーダーや役職者、資格取得に関する統一研修を実施している他、リーダーやサブリーダー、主任に対し、リガーレグループスーパーバイザーの巡回指導による人材育成にも取り組んでいます。認知症介護実践者研修修了者らが自主的な活動として立ち上げた認知症委員会があり、3カ月に1回認知症ケアについて検討しています。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備しています。資格取得のための実習受け入れや中学校の福祉体験学習に講師派遣をしています。福祉体験学習では、車いすを押す体験やアイマスク、食事介助体験等を地元の中学校3年生に向けて行っています。</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。	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)		<p>11. 有給休暇取得状況は、事務局が管理しています。有給休暇取得率は37.9%、育児休業後の復職率は100%です。職員の負担軽減として、入浴リフトや見守りのためのセンサーマットを導入している他、トランス委員会を設置し、介護技術の習得にも力を入れています。また、令和3年度「京都ゼロ災3か月運動」にちなんで、8月からメンタルチェックによる対策を行っています。</p> <p>12. 月1回安全衛生委員会でストレスチェックによる対策を行っています。メンタル面で不調がある職員は、主任が面談して、必要に応じて産業医へ繋がります。産業医と連携してカウンセラーを案内することもあります。福利厚生制度として、コロナ禍では開催を控えています。年1回職員親睦会「夕凧会」があります。休憩室は、畳が設置されている家族宿泊室と、会議室を活用しています。</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。	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. 丹後町の高齢者介護に係るサービスを一手に担っていることから、事業計画は毎年4月の広報誌「いちがお園だより」に掲載し、丹後町に全戸回覧しています。この2年間はコロナ禍のために開催できていませんが、毎年いちがお園オープンデーやいちがお園祭りを開催し、地域との交流を行っています。また、丹後町ボランティア連絡会に事業所で登録しており、依頼があればサロン等に講師派遣しています。正月には道の駅でぜんざいを無料配布したこともあります。</p> <p>14. 地域の福祉サロンに毎年講師派遣しています。2021年は11月に派遣予定です。毎年、地域包括支援センターと協力して丹後中学校で認知症サポーター養成講座を実施しています。学校の下校時には送迎車両で青パト活動（青色防犯パトロール）も行っています。</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. ホームページやパンフレット（A3版）を活用して情報提供を行っています。体験利用の希望者は「デイサービス体験利用申込書」にて受付し、時間等は希望に合わせて対応しています。			
(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. サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書をもとに、利用者や家族に説明し、同意を得ています。料金改定があればその都度、料金改訂表にて説明し同意を得ています。成年後見制度も積極的に活用し、成年後見人や地域福祉権利擁護事業の活用事例もあります。			

(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	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	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)		<p>17. 通所介護初回利用時の面接記録表がアセスメント様式になっています。ケアマネジャーを通じて主治医や他職種と連携しています。アセスメントの見直しは居宅サービス計画書の変更・更新時に行っていますが、アセスメント記録表は更新していません。</p> <p>18. 一人ひとりに合わせた個別援助計画を作成し、利用者及び家族の同意も得ていますが、利用者や家族の意向を記載していません。</p> <p>19. サービス担当者会議参加前には、事業所内で評価した上でサービス担当者会議に参加しています。会議で得られた専門職の意見は個別支援計画に反映しています。</p> <p>20. 居宅サービス計画書の短期目標に合わせて計画書の見直しを行っていますが、時期にばらつきがあります。見直しを行う時期・手順等の定めはありません。</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)		21. ケアマネジャーとの連携や退院時カンファレンスへの参加等により医師や関係機関と連携しています。		
(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。	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。	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	A
(評価機関コメント)		<p>22. 通所介護の業務マニュアルは適宜見直していますが、見直し基準の定めがありません。訪問介護は年1回見直しを実施しています。</p> <p>23. 利用者の状況及びサービス提供状況等は、法人独自の処遇管理ソフトに記録しており、計画の実施状況、状態変化の推移などをわかりやすく記載しています。記録は、「個人情報管理規程」に基づき適切に管理しています。記録の管理について入職時の新人研修で説明していますが、継続的な教育や研修の取組みは確認できませんでした。</p> <p>24. 利用者の状況等に関する情報は、毎朝のミーティングや申し送りノートの活用、月1回の部署会議で共有しています。訪問介護は週2回のヘルパー会議の場を活用して共有しています。</p> <p>25. 利用者の様子や利用状況等は、送迎時の伝達や連絡ノートを活用して家族等と情報交換しています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		26. 感染症委員会を月1回開催し、毎年9月に研修を実施しています。マニュアルは「感染症及びまんえん防止の指針」に基づき作成し、適宜最新の情報に更新しています。コロナ禍では、家族に濃厚接触者がいないか確認したり、通所後に発熱された場合には、家族に確認後、他利用者等から離れて過ごして頂いたりする等の対策を講じて受入れています。 27. 事業所内は、毎日清掃と感染症対策のための消毒を行っています。書類やレクリエーションの道具を使用しやすいよう工夫して保管し、整理・整頓しています。		
(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	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. 事故防止に関する指針を定めています。通所介護の送迎に関しては、座学で危険箇所を確認した後、実際に送迎コースを走行して確認する等し実践的な訓練を行っています。 29. 事故等発生時には、法人独自の「事故報告書」、「ヒヤリハット報告書」に発生状況や対応経過を記録し、その日のうちにミーティングで振り返り、対応方法を確認・検討しています。また、部署会議で検討した後は、主任会議で取り上げてリスクマネジメントを行っています。マニュアルや防止対策等の定期的な評価・見直しの記録は確認できませんでした。 30. 災害発生時における対応等を定めた「有事マニュアル」を整備し、火災想定訓練を年2回、自然災害想定訓練を年1回実施しています。地域の防災訓練に協力する等地域と連携を意識して行っていますが、地域との連携を意識したマニュアルの整備は行えていません。		

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. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行うことを基本方針に示しています。2020年度には、DVD視聴による不適切ケアに関する研修を実施し、半年かけて「研修効果測定チェックシート」を作成しました。2021年度は「人権学習（虐待防止のための研修）」を実施し、職員個々に「不適切ケア（虐待の芽）チェックリスト」にチェックして振り返る研修を行いました。 32. 利用者のプライバシー保護に関しては、入職時の研修と、年1回実施している「不適切ケア（虐待の芽）チェックリスト」を基に職員に意識付けを行っています。部署会議前には「検討してほしいこと」を職員に確認しており、トイレに設置している暖簾の隙間から中が見えるとの意見があった際には、レースカーテンを重ね付ける等して改善を行いました。 33. 利用申込みを断ることはありません。通所介護の場合、車イスを使用する利用者が重なると送迎車両に乗車しきれないことがあるので、別曜日を提案する等して受入れ対応を行っています。訪問介護では、朝方の訪問依頼が重なると8:00～18:00の通常料金内で対応が難しくなり、割増料金の時間帯で案内することがありますが、空きが出れば通常料金の範囲内で対応できるよう調整し、対応しています。		

(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。	B	B
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	A
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)		<p>34. 利用者からの意向等は、ケアマネジャーを通して把握したり、利用時に聞き取りしたりする他、年1回満足度調査を実施して拾い上げています。訪問介護では、訪問時に利用者等から意見等があれば、後日サービス提供責任者がモニタリングで訪問して改めて意向等を確認し対応しています。通所介護では、都度聞き取り、拾い上げていますが、定期的な面接機会は設けていません。</p> <p>35. 利用者の意向に対して、「利用者の意見・要望等の相談解決実施要綱」に基づき対応を行っています。苦情があれば、リスクマネジメント報告書を作成し、法人内の共有フォルダで共有しています。また、匿名性を確保した上で「いちがお園だより」に掲載し、公表しています。</p> <p>36. 相談機会の確保として、事業所関係者以外に第三者委員を設置しています。苦情等があれば「利用者の意見・要望等の相談解決実施要綱」に沿って対応しています。第三者委員は重要事項説明書に明記し、利用契約時に説明していますが、事業所の目のつきやすい所に掲示する等利用者の目につきやすい方法での周知は行えていません。介護相談員等外部人材による相談機会はありませぬ。</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	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。	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. 利用者満足度調査を年1回実施し、担当者が結果分析等を行い、部署会議にて共有と確認を行っています。「いちがお園だより」での公表もしています。ただし、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか確認する仕組みはありません。</p> <p>38. 部署会議等でサービスの質の向上に関する検討を行い、全職員で確認し、具体的なサービス改善に取組んでいます。他事業所の評価や取り組み等については、参画する京丹後市サービス事業者協議会高齢者部会やユニットin北京都において情報収集し、自事業所の取組みと比較検討する等しています。</p> <p>39. 3年に1回第三者評価を受診しています。年1回自主点検は行っていますが、自己評価は行えていません。</p>		