

アドバイス・レポート

令和 4 年 5 月 6 日

令和 3 年 7 月 12 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 厚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

| | |
|---------------------|---|
| 特に良かった点とその理由 (※) | <p>(通番 14) 地域への貢献</p> <p>社会福祉法人として、地域のためにできることを最大限実施するというこ とで、顕在化したニーズのみならず、年 1 回サービスを利用していない地域住民 に対し、潜在的ニーズ調査を実施しています。この調査によって、たとえば防 災に関する不安を汲み取り備蓄倉庫を建てるなど、浮かび上がってきたニーズ に対する具体的な対応にも繋がっていることが確認できました。そのほかにも、実務者研修への講師派遣や災害ボランティア登録など、さまざまな形で地 域への貢献、還元を行っていました。</p> <p>(通番 2) 組織体制</p> <p>法人として ISO9001 を取得し、品質マニュアルやマネジメントレビューによ って、その質が担保されていました。組織体は、各施設の代表で話し合う法人 単位の「プロジェクト」と、施設単位の「委員会」に区分され、それぞれの課 題に対し役割と責任を果たす体制が整備されていました。</p> <p>全体的に書類の整備をはじめ、管理の仕組みが行き届いており、また、適切 に権限移譲が行われていることも見て取れました。</p> <p>(通番 39) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>年 1 回、ISO の内部監査の項目に沿って、法人内他施設との間で相互評価を 実施しています。そこであがった課題を分析検討し、リーダー会議、デイ会議 と共有して、次年度の事業計画の目標に反映する仕組みが構築されていまし た。同法人他施設の取組みの情報共有や比較検討を通じて、自施設の取組みを 客観視するなど、相互評価のメリットを活かしながら、組織としての PDCA サ イクルを確立していました。</p> |
|---------------------|---|

| | |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>（通番 35）意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 あがってきた要望や苦情は、苦情解決規定に沿って、苦情クレーム報告書に記録して職員間で共有し、迅速な対応に努めていましたが、その改善状況を個人情報保護に配慮しながら公表するということについては、確認することができませんでした。</p> <p>（通番 37）利用者満足度向上の取組み 担当者、担当部署を設けた上で、年 1 回、顧客満足度調査を実施し、分析、検討を行っていますが、調査前・調査後でどのようにサービス内容が改善されたかについて、確認する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>2002 年に開設した厚デイサービスセンターは、社会福祉法人成光苑が運営する事業所で、JR 福知山駅にほど近い住宅街の中にあります。</p> <p>法人として法人として、ISO9001 や「きょうと福祉人材育成上位認証」を取得されており、客観的な指標に基づく品質管理システムは、社会福祉法人としては非常に特徴的で、定期的に内部監査を実施することで、その品質の担保に努めています。</p> <p>また、地域住民のニーズに応えるべく、365 日稼働しており、重度者への対応も積極的に行っています。</p> <p>あわせて、職員の労働負担の軽減の観点から、数年前に営業時間を 7-8 時間から 6-7 時間に変更するなど、目先の収益よりも人材を大切にする事業所であることが、その運営姿勢からもみ取れます。</p> <p>かつて水害により水に浸かった地域であることから、特に風水害対策に力を入れており、防災ラジオを設置して市の防災無線を受信できるようにしていたり、地域との連携を意識したマニュアルを整備しています。</p> <p>今後もさらに地域の重要な拠点としていろいろなニーズに応えていかれることを期待します。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情や要望など利用者からの意見を公表することによって、サービスの質を向上や「意見を言えば受け止めて対応してくれる」という信頼を得ることにつながります。HP や通信などを活用して公表されてはいかがでしょうか。 ・顧客満足度調査を実施し、明確になった課題に取り組んだ結果、サービスがどのように変わったのかを可視化することでサービスの実践の振り返りにも繋がり、事業所全体で質の向上を実感することができると考えます。 |

※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 | 2672600265 |
| 事業所名 | 厚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) | |
| 訪問調査実施日 | 2021/10/22 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク 一期一会 |

| 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）及び事業所のスタッフ全員が、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) 組織理念や運営方針は、名札の裏や全職員に配布される小冊子「和顔愛語」に明記され、毎朝読みあわせを行うことで、全職員への浸透を図っている。年3回発行される機関誌「ききょう」にも掲載し、利用者や家族の理解が深まるよう取り組んでいる。 2) 「人事システムガイド」に各等級、各職種の役割等が明記されている。理事会、マネジメント会議、役職会議、リーダー会議等レベルに応じた会議が定期的開催されており、適宜情報伝達や意見交換が行われている。 | | |
| (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共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) 各施設の代表がプロジェクトを組んで策定した「成光苑 これからの経営設計図」をもとに、具体的な目標と達成時期が明示された事業計画を策定している。顧客満足度調査の結果等を踏まえた目標設定となっている。 4) 業務レベルの課題はISO9001に基づく「品質目標実施計画書」によって取り組んでいる。契約目標、サービス目標、教育目標等、分野別の具体的な目標を掲げ、毎月のデイ会議で振り返り、進捗状況を管理している。 | | |
| (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。 | 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、いつでもスタッフ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) 法令順守規定を整備し、法人内で法令遵守についての勉強会を実施している。制度改正等の情報は法人本部から伝達され、デイ会議で周知している。把握すべき法令についてはリスト化されている。 6) 管理者の責任と役割は「人事システムガイド」に明記されている。管理者は毎回デイ会議に出席し意見を述べている。全職員は毎年「自己申告書」を提出することで、仕事に対する思いや異動希望等の意見を運営母体の施設長に伝えることができる。 7) 管理者は通所介護日誌に日々目を通すことで、現場の状況を把握している。管理者が休みの日でも、携帯電話を通じて相談できる体制が取られている。 | | |

| 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) | | 8) 正職員3名と非常勤職員という体制を敷いている。土日に出勤できる職員が少ないことが課題。資格取得のための勉強会等の支援を行っており、資格を取得すると時給や手当があがる仕組みがある。現在、介護職員全員が介護福祉士を持っている。EPAについても法人内でプロジェクトを立ち上げ積極的に取り組んでいる。 9) 職員育成は法人研修と外部研修の二本立てで行っている。職員研修規定に基づき計画的に研修を実施し、「研修訓練計画実績表」で把握している。人事考課のフィードバックの機会に上司から助言を行っている。デイ単独でも虐待防止やプライバシー保護などの勉強会を実施している。 10) 実習受け入れマニュアルを整備し、主に「福祉即戦力人材養成科」の実習生を受け入れている。 | | |
| (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 | スタッフ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) | | 11) 有休台帳により有休取得状況を把握している。超過勤務のデータは法人本部で集約している。自己申告書によって育児休業や介護休業の意向も早めに把握し対応している。 12) 毎年ストレスチェックを行い、高ストレスの職員には受診勧奨を行っている。自己申告書によって要望・不満を汲み取る仕組みがある。共済会やソウェルクラブに加入している。ハラスメント規定を整備し、相談窓口を設けている。法人内で上司向けのハラスメント研修を実施している。休憩場所はもともと事務室だったが、休めないという要望を受け、場所を変更した。 | | |
| (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) 年3回発行される法人機関誌「ききょう」や「しほうかん便り」、「厚デイサービスだより」等を用いて、事業所の理念や考え方を地域に広報している。福知山市の支援ガイドや冊子「わたしたちの介護保険」を用いて必要な情報を適宜紹介している。文化祭の展示や福知山市ふれあいフェスタ等への参加支援を行っている。 14) 実務者研修への指導看護師派遣や、災害ボランティア登録、福知山市ふれあいフェスタへの展示参加、自治会への事業者協力金の納付など、様々な形で地域への還元を行っている。年1回、サービスを利用していない地域住民に対するニーズ調査を実施しており、たとえば、防災に対する不安というニーズを捉え、備蓄倉庫を建てるなど、具体的なフィードバックも行っている。 | | |

| 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) デイサービスのパンフレットは利用者や家族が見てわかりやすい内容になっている。また、必要に応じて法人全体のパンフレットを利用者等に情報として提供している。事業所への問い合わせがあれば相談カードに記録し、ケアマネジャー等からの見学希望者は受け入れ、通所介護日誌に記録している。 | | | |
| (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) 重要事項説明書は利用者等に理解しやすいようサービス内容等が詳細に記載されており、契約時には時間をかけて丁寧に説明している。判断能力に支障がある場合は家族や家族代表の方の同意も書面で得ている。また、日常生活自立支援事業制度の利用が必要と思われる利用者は地域包括支援センターや社協へつないでいる。 | | | |
| (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) | | 17) 所定の面接報告書に利用者の心身の状況や希望、その他特記事項が必要に応じて記載されている。今年度より「LIFE」を活用し、毎月入力することで定期的なアセスメントとしても活用している。 18) 通所介護計画書には利用者や家族の希望が尊重されているケアプランと連動した目標が設定され、利用回数の増回やケアプランの変更に伴い、通所介護計画も見直している。利用者や家族から同意を得ている。 19) サービス担当者会議にはできる限り出席するようにし、医療面での配慮が必要な利用者はケアマネジャーを通じて主治医等からの情報を得ることで、通所介護計画に記載している。 20) 計画通りにサービスが行えているかの確認やモニタリングが行えるようケース記録の様式が工夫されており、計画の見直しを行う時期・手順を定めた通所介護手順書も整備されている。 | | | |
| (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) 医師との連携はケアマネジャーが中心となって行われている。利用者の退院時のカンファレンスにも看護師が出席するようにしている。関係機関のリストは活用しやすいように事務所に掲示している。福知山市認知症ケアパスの活用も行っている。 | | | |

| (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 | 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) 業務マニュアルとして事業所独自の品質マニュアルは職員に配布されている。その時々で注目すべき事項は休憩室に読みやすくまとめ、確認できるよう工夫している。また、年2回ISO内部監査において実施方法を確認する仕組みがある。法人内の苦情や事故報告を検討する場があり、見直し時に反映している。 23) 記録の廃棄については細かな規定があるが、持ち出しに対する規定はやや不十分である。個人情報保護はプライバシー保護についての勉強会と一緒に計画的に行う事ができている。 24) 朝礼・夕礼でその日の利用者の様子等申し送りが必要なことを確認している。休みの職員は引き継ぎノートを活用し情報を共有する仕組みになっている。 25) モニタリングの結果については、ケアマネジャーを通じて必要なことは家族に伝えている。日常の利用者の体調等の変化は確実に家族に伝わるよう電話で連絡している。利用時の様子は連絡帳に記載しており、送迎時にも家族と情報交換を行っている。 | | |
| (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) コロナ感染症については、厚労省が発出している「介護現場における感染対策の手引き」を活用し、体温測定・手指消毒・アクリル板の設置・マスクの着用等の対策を行っている。利用中に体調が悪くなった方はカーテンで仕切った奥のスペース休んでもらうこともするが、コロナ禍のもと、37.5度以上の発熱が見られる場合は家族に連絡し迎えにきてもらうよう協力を依頼している。看護師主導で感染症の勉強会は毎年おこなっている。 27) 衛生管理点検表や各種チェックリストを用いて整理整頓、清潔保持を心がけている。 | | |
| (7) 危機管理 | | | | |
| 事故・緊急時等の対応 | 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 | 災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に一回以上、必要な研修または訓練が行われている。 | A | A |
| 災害発生時の対応 | 30 | 災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 28) 緊急時の指揮命令系統を明示した基本マニュアル、緊急時対応規程を設置している。毎月のデイ会議で事故やヒヤリハットの内容確認を行い、会議録に記録し情報共有している。 29) リスクマネジメント委員会に参加している。事故発生時は本人、家族、関係者に説明し必要に応じて保険者に報告している。起こった事故は、緊急対応・不適合報告書（ヒヤリハット含む）を作成し、2か月に1回集計して特に重大な事故はISO事務局会議にて分析、検討し再発防止に努めている。 30) 地域との連携を意識したマニュアルを設置している。年2回の避難訓練を実施、夜間避難訓練にも参加している。特に事業所のある地域の特性から、ハザードマップ等参考にして風水害対策に力を入れている。防災ラジオを設置して市の防災無線を受信できるようにしている。 | | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 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 |
| | | 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)法人理念に、利用者の尊厳保持を基盤とした最善のサービスを提供することを明確にし人権研修を行っている。身体拘束予防指針、抑制廃止宣言を設置し虐待防止研修を基本的に年1回、内容によっては年3、4回実施する他、職員にケアに関するセルフチェックを年3回実施、それらの結果から明確となった課題は事業計画に盛り込み改善を図っている。 32)個人情報保護規定を設置し利用契約時にプライバシー保護も含めて説明し同意書取っている。具体的にトイレはフロア側の戸と内側にはカーテンを設置し、浴室の脱衣場は衣服の着脱の際、扉から死角になるよう配慮している。 33)曜日や時間によって利用者の希望に合わない場合はあるが、原則断ることはない。365日型で年末年始や土日も利用できる。 | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | |
| | よう | 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)年1回顧客満足度調査と嗜好調査を行っている。食事についてはケアマネジャー対象に試食会を開催し第三者的な意見も聞いている。送迎時を個別に意見を聞く機会ととらえ日頃から話しやすい雰囲気作りに努めている。市介護サービス相談員派遣を受け入れており利用者から好評である。ご意見箱を設置している。 35)苦情解決規定を設け対応を定めている。挙がってきた意見・要望・苦情は苦情クレーム報告書に記録して職員間で共有、迅速な対応に努めている。その改善状況を個人情報保護に配慮しながら公表はできていない。 36)事業所関係者以外の第三者を法人第三者委員として2名設置し、事業所内相談窓口、公的機関の相談窓口と共に重要事項説明書や契約書に記載、契約時に利用者に口頭で説明するほか、事業所内に掲示している。また、市の介護相談員を受け入れている。 | | |
| (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 | 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スタッフ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) | | 37)担当者、担当部署を設け年に1度顧客満足度調査を実施、分析・検討を行っている。その結果に基づいて調査前と後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みは確認できなかった。 38)ISO9001のプロジェクトとして上半期・下半期の報告及びその集計をリーダー会議、デイ会議と下ろして行って共有し、目標設定に繋げるという仕組みが構築されている。リーダー会議では同法人内他施設との情報交換や、自施設の取り組みとの比較検討ができています。 39)年1回ISO内部監査の項目をチェック表にて法人内他施設と相互評価している。その内容を分析検討し課題を明確にした上で目標設定し次年度に反映させている。第三者評価を3年に1度受診している。 | | |