

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 4 年 6 月 1 7 日

令和 4 年 2 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた天ヶ瀬苑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

特に良かった点とその理由 (※)	1. ストレス管理 嘱託医がメンタルヘルスの相談窓口になっていました。職員は職場における意見や要望を「自己申告シート」に記載・提出し、法人本部で集約・検討していました。福利厚生として、会員制による旅行やレクリエーション施設の割引の利用ができました。また、十分な広さの男女別の休憩室がありました。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。 2. サービス提供に係る記録と情報の保護 サービス記録は介護ソフトを活用し、適切に記録していました。「個人情報保護管理規程」に記録の保管・保存期間・持ち出し・廃棄の方法について定めていました。また、個人情報保護に関する研修を年 2 回実施して周知に努めていました。 3. 利用者満足度の向上の取り組み 利用者満足度調査を年 2 回実施し、調査結果を集計・分析を行い職員会議で共有・検討していました。同じ内容で 2 回実施することで前回の要望や意見が改善できているか確認していました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1. 個別援助計画等の見直し 「生活相談員業務マニュアル」を作成し、通所介護計画を定期的に更新していましたが、計画を変更する（変更する期間・変更の必要になる場合等）について明確に定めていませんでした。 2. 業務マニュアルの作成 各業務マニュアルを整備し、毎年更新していました。更新後は職員に回覧し全員が確認していましたが、業務マニュアルの見直し基準を定めていませんでした。

	3. 第三者への相談機会の確保 第三者相談窓口を設け玄関に連絡先を掲示していました。公的機関の相談窓口も重要事項説明書に記載して契約時に説明していましたが、外部の人材による相談機会の確保はありませんでした。
具体的なアドバイス	1. 個別援助計画の見直し 現在運用している「生活相談員業務マニュアル」に、通所介護計画の変更の基準（定期的の見直しと随時の見直し）も明記されてはいかがでしょうか。 基準に基づいて確実に見直しをすることで、より利用者の状態にあった通所介護計画の策定になるのではないのでしょうか。 2. 業務マニュアルの作成 業務マニュアルの見直しについては、見直しの基準（見直しの根拠・定期的な見直しの他、意見・要望・苦情や事故対応などから随時にマニュアルの見直しをすること）を明確に定めることで、マニュアル見直しの担当者の交代があっても標準的に行えるようになります。そのことにより、業務マニュアルがより実際に即したものとなり、さらなるサービスの標準化が進むのではないのでしょうか。 3. 第三者への相談機会の確保 利用者は、直接職員に相談しにくい場合もあるのではないのでしょうか。そのような場合に、例えば（コロナ禍が収まり外部の人の訪問が可能となれば）以前訪問されていたボランティアの方に委嘱して、定期的（月1回程度）に事業所を訪問して利用者から意見等を聞き取ることで第三者による相談の機会となるのではないのでしょうか。聞き取られた内容を生活相談員が集約し分析、検討することでさらなるサービスの改善が可能にな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	2671200026
事業所名	天ヶ瀬苑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	令和4年5月25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思決定を行い、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. 理念・運営方針を玄関やスタッフルームに掲示していました。職員会議で管理者が理念について説明しているほか、携帯用職員カードに理念を記載し理解と周知に努めていました。また、事業所の広報紙「きずな新聞」（毎月発行）に理念を掲載し家族等に配布していました。 2. 法人の管理者・経営会議や部会と事業所の職員・ケース会議を毎月開催し、職員の意見を反映した意思決定の仕組みがありました。また、法人の規程に各職務の業務や権限を明記していました。			
(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	B	
	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、法人の取り組み目標と利用者の安心・安全の確保や地域連携・人材育成・財務の安定等について中・長期の計画を策定していましたが、中・長期の期間が明確ではありませんでした。 4. 事業所の事業計画における課題の他、各種委員会やレクリエーション・行事等の担当者による課題を設定し取り組み、年2回進捗状況を確認していました。			
(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。	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、処遇改善支援補助金や労務関係のセミナーに参加していました。関係法令についてリスト化し、パソコン内に法令関係フォルダを作成することで調べることができるにっていました。また、倫理・法令遵守の研修を実施していました。 6. 法人の規程にて管理者の役割と責任を明確にっていました。管理者は、職員会議や業務前ミーティングに参加し職員と意見交換している他、年2回人事考課面接をしていました。また、年1回法人本部と職員との面接時に管理者の評価について聞き取りをし、把握・評価・見直しをしていました。 7. 管理者は、事業所を離れる時は携帯電話を所持していました。業務日誌や業務報告で随時業務の進捗状況を把握していました。また、緊急時連絡網を整備し、緊急時には報告と指示を仰ぐ体制がありました。
--	--	------------	--

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	B	
		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. 法人の職員採用基準を策定していました。人員配置に関しては、法人本部で検証していました。採用後の資格取得支援は、受験日を公休とする以外に取り組みはありませんでした。 9. 職員の年間研修計画を策定し、法人の職制に応じた研修体制（主任・副主任・リーダー・一般）を整備している他、外部の研修を活用していました。職員会議や就業前ミーティングで上司から気づきを促すように助言していました。また、毎月テーマ（感染症対策・災害防止・プライバシー保護等）を決めて研修を実施していました。 10. 実習受入れマニュアルにて受入れの基本姿勢を明示していました。実習指導者に対する研修も実施していました。			
(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. 有給休暇は希望により取得していました。年2回の面談時に提出する「自己申告シート」に、就業状況や意向を記載し、法人本部で集約・検討を行っていました。また、育児・介護休業の規程を整備して対応していました。パソコンの記録ソフトの導入や機械浴槽・リフト車を導入し、職員の負担軽減に取り組んでいました。 12. 嘱託医がメンタルヘルスの相談窓口になっていました。職員は職場における意見や要望を「自己申告シート」に記載・提出し、法人本部で集約・検討していました。福利厚生として、会員制による旅行やレクリエーション施設の割引の利用ができました。また、十分な広さの男女別の休憩室がありました。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。			

(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。	C	B	
(評価機関コメント)		13. ホームページの公開や機関紙「きずな新聞」を地域に回覧し、広報していました。情報の公表制度の自事業所情報をファイルリングして玄関に設置していました。また、地域の情報を玄関に掲示していました。現在、コロナ禍でできていませんが、以前は地域のイベントに職員が付き添い参加していました。 14. 災害用の備蓄食品を白川地区の住民と一緒に検食し、災害に備えるような検討会を開催していましたが、地域住民の福祉ニーズを把握するための相談事業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

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. ホームページの公開や事業所のパンフレットを作成していました。パンフレットには、行事の写真や事業所の情報を大きな文字で記載していました。見学・体験利用の希望にも対応しており、相談記録表に記録していました。			

(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. 契約書や重要事項説明書を用いて料金や提供するサービス内容について説明し、同意を得ていました。利用料金については、負担割合に応じて利用料を明記していました。成年後見制度については必要に応じて説明し、玄関にパンフレットを置くことで活用の推進をしていました。			

(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	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	B	
(評価機関コメント)		17. 独自のアセスメントシートを活用し、3ヶ月毎にケース会議を実施し更新していました。ニーズや課題を明らかにする「生活相談員業務マニュアル」を策定していました。 18. 利用者・家族の意向を聞き取り、居宅サービス計画書に連動した通所介護計画書を作成し、交付時に説明を行い同意を得ていました。 19. サービス担当者会議や退院前カンファレンスに参加し、医師・看護師・機能訓練士・介護支援専門員から情報を収集して、通所介護計画書に反映していました。 20. 毎月モニタリングを行っていました。介護職員・看護師・相談員と必要に応じて栄養士がケース会議に参加し計画の見直しをしていました。「生活相談員業務マニュアル」を作成していましたが、計画の見直しの基準を定めていませんでした。			

(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. 居宅介護支援事業所の介護支援専門員を通じて他職種との連携を図っていました。他の事業所や施設などの関係機関との連携については、市の作成したガイドブックを活用していました。また、白川地区介護支援専門員連絡会に参加し情報共有と連携を図っていました。			
(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。	A	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	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. 各業務マニュアルを整備し、毎年更新していました。更新後は職員に回覧し全員が確認していましたが、業務マニュアルの見直し基準を定めていませんでした。 23. サービス記録は介護ソフトを活用し、適切に記録していました。「個人情報保護管理規程」に記録の保管・保存期間・持ち出し・廃棄の方法について定めていました。また、個人情報保護に関する研修を年2回実施して周知に努めていました。 24. 業務日誌や介護ソフト内の申し送り機能を活用し情報共有を行っていました。職員会議で職員の意見集約をしていました。 25. 送迎時の面談や連絡ノートを活用し、家族等と情報交換を行っていました。事業所広報紙「きずな新聞」を利用者や家族に配布し、定期的に利用中の様子を伝えていました。			
(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。	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. 感染対策マニュアルを整備し、毎年更新している他、年2回事業所内研修を行い、職員に周知していました。また、法人本部や行政からの情報を職員に回覧し、情報伝達していました。 27. 毎日職員で事業所内を清掃・点検し、備品等も整理整頓していました。定期的な換気を行うことで臭気対策もできていました。			
(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	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)	28. 緊急時と事故発生時対応のマニュアルを整備し、緊急連絡網等で指示命令系を明確にしていました。年1回AED（自動体外式除細動器）の使用研修や事故対応、リスク管理についての研修を実施し、事故防止に取り組んでいました。 29. 事故発生時には、アクシデント報告書・車両事故報告書を作成し、発生状況から対応経過を記録していました。事故発生時は、主任や事故対策委員が中心に発生原因分析と再発防止を検討し、その後職員会議で周知を図っていました。 30. 非常災害対策計画兼避難確保計画・防災マニュアル・消防避難訓練マニュアルを整備し、緊急時指揮命令系統を明確にしていました。しかし、周辺地域住民との連携を意識したマニュアルの整備はなく訓練も実施していませんでした。
--	--	------------	--

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。	B	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)		31. 「目指す法人像」や「高齢者の尊厳保持とプライバシーの保護マニュアル」を整備し、利用者の人権の尊重と保護について理念や運営方針で明確にしていました。さらに、「虐待の芽チェックリスト」を実施し、不適切な介護の防止に努めていました。 32. プライバシー保護については、研修や職員会議で振り返り、同性介助にも取り組んでいましたが、トイレの入口がカーテンであり、プライバシー保護の配慮が難しい設備環境となっていました。 33. 「断らない」を原則とし、利用希望の曜日に空きがない場合は他の曜日の提案や法人内他事業所への紹介するなど利用調整をしていました。			
	(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。	B	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)		34. 利用者の送迎時や連絡ノートのほか、玄関に設置した意見箱や年2回の満足度調査で利用者の意見・要望を収集していました。利用者や家族からの相談は生活相談員が担当していました。 35. マニュアル「相談・苦情について」に苦情の対応方法を定め、苦情報告書の内容を職員会議で共有し対応検討していました。その結果を個人情報に配慮したうえでデイルームに掲示したり機関紙に掲載することで公開していました。 36. 第三者相談窓口を設け玄関に連絡先を掲示していました。公的機関の相談窓口も重要事項説明書に記載して契約時に説明していましたが、外部の人材による相談機会の確保はありませんでした。			
	(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. 利用者満足度調査を年2回実施し、調査結果を集計・分析を行い職員会議で共有・検討していました。同じ内容で2回実施することで前回の要望や意見が改善できているか確認していました。 38. 職員会議のメンバーは全職員(全職種)で構成し、職員会議やケース会議で、サービスの質の向上の検討をしていました。その中で、利用者の希望によりおやつの内容を洋菓子から和菓子に変更したという事例がありました。また、宇治市介護支援専門員連絡会への参加や、法人内高齢者部会で他事業所の情報収集し自事業所との比較検討を行っていました。 39. 「虐待の芽チェックリスト」を活用し、職員個別のサービスの質を確認する取り組みは行っていましたが、事業所全体としての質の評価や課題の明確にする取り組みには至っていませんでした。第三者評価は3年に1回受診していました。
--	--	---