

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 6 月 1 日

令和 4 年 1 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ガレリアかめおか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>(通番 2 2) 業務マニュアルの作成</p> <p>写真を多用したマニュアルは見やすく、かつわかりやすいものであり、実用的な内容となっています。また、ミーティングやヒヤリハット事例を通じて、適宜マニュアルの見直し、改善を実施されています。更新履歴は、いつ、どの箇所を見直したのかも含めて明記され、質の向上に至る軌跡が読み取れるものになっていました。</p> <p>(通番 2 4) 職員間の情報共有</p> <p>職員間の情報共有は、正職員ミーティング、デイミーティング、ナースミーティング、センター長会議、課長会議などの会議体を通じて重層的に行われています。担当相談員ごとの担当者会議録を綴ることで、必要な情報をピックアップして取り出しやすい仕組みを構築されていました。</p> <p>(通番 3 8) 質の向上に対する検討体制</p> <p>毎月、全職員が参加する全体ミーティングでサービスの質について検討されています。その結果、たとえば入浴時のマスクの保管方法の見直しなど、細やかな業務改善をすることにより職員の主体性や自発性がサービスの質の向上に繋がっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 3) 事業計画等の策定</p> <p>社会福祉協議会として、地域福祉活動計画 (29 年度～33 年度) を作成していますが、デイサービスセンターとしては、当初予算重点事業調書 (単年度事業計画的なもの) はあるものの、地域福祉活動計画 (中長期的なもの) と連動した形では策定されていませんでした。目標を数値化するなどして、中間評価をすることと合わせ、具体的な実績が分かるようにされてはいかがでしょうか。</p>

	<p>(通番 2 2) 業務マニュアルの作成</p> <p>特に良かった点で述べたとおり、非常にわかりやすく実用的なマニュアルを整備され、適宜見直しも実施されていますが、定期的な見直しの基準を定めることはできていませんでした。毎年見直す機会を持つことで、マニュアルへの理解がより深まり、新しい気づきがあるかもしれません。会議の議題の中に盛り込んだり、毎月少しずつ進めていくなど、やり方を工夫しながら、ぜひ、定期的な見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番 3 7) 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>定期的な利用者満足度調査は実施できていませんでした。利用者がサービス提供のどこに不足や不備を感じているのか聞き取り、把握し、改善に努めることは、質の向上には不可欠なことです。同じ項目のアンケート調査を何年か取り続けることで、過去と比較して改善されているかどうかが一目でわかるようになります。それは、職員のモチベーションにも繋がると考えられます。ぜひ、満足度調査の実施を検討されてはいかがでしょうか。</p>
具体的なアドバイス	<p>社会福祉法人亀岡市社会福祉協議会が運営する、ガレリアかめおかデイサービスセンター(定員 30 名)は、法人理念とあわせて事業所として「お一人おひとりを大切に、寄り添い尊厳保持に努めます」を理念に掲げ、「楽しかった」「行ってよかった」と感じていただけるようなデイサービスを目指しています。</p> <p>生涯学習施設であり、道の駅でもあるガレリアかめおかの中に設置されていることから、館内で開催される各種行事やイベントに参加したり、子育て支援センターやこどものあそび場「かめまるランド」との交流したりなど、その立地的な利点を活かした活動を行っています。センター中央が吹き抜けになっており、花を植えて育てたりなど、季節感のある、安心できる環境整備に努めています。</p> <p>全体を通じて、職員一人ひとりが自発的に、より良いサービス、より良い支援のために創意工夫していることが伺えました。</p> <p>今後もさらに地域の重要な拠点として様々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以下の通りです。</p> <p>・理念はパンフレットに掲載されているとのことでしたが、一見しただけでは、どれが理念なのかわかりにくい紙面構成になっています。明確に理念であることを明記することによって、利用者や家族にも、事業所が大切にしていることが伝わると考えます。また、ホームページに広報誌「ぼっかぼっか」をリンクして掲載することで、より多くの方に具体的な取り組みを知っていただくことにつながります。</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各種法令はリスト化し、ファイルに綴じていますが、法令は日々改正されるため、法令の元データをハイパーリンク化したり、QRコード化することによって、常に最新のものを閲覧することが可能になります。ZOOMをはじめ、ICTを取り巻く環境も変わってきています。環境整備も含め、検討されてはいかがでしょうか。 ・ 職員が意見を言いやすい環境を整え、年末に職務状況シートをもとに職員との面談を行うなど、意見交換が忌憚なく行えるようにされていますが、職員が管理者の評価等を行うシステムは確立されていませんでした。「組織活性化プログラム」など、外部ツールの活用も視野に入れて、検討されてはいかがでしょうか。
--	---

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2671600027
事業所名	ガレリアかめおか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	2022/1/21
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)理念等は事業所内、パンフレット、ホームページ等に掲示している。職員に対しては、朝礼時に唱和することで周知を図っている。ご利用者とその家族へは、広報誌「ぼっかぼか」を配布している。「ぼっかぼか」は16の事業所にも配布している。(95部,2ヶ月に1回) 2)組織図、決裁専決事項一覧表が整備されている。組織的には、理事会、評議員会(重点事項ヒアリング(計画と振り返りを行う、年度末))毎月の課長会、センター長会議で稼働率等の介護部門の報告がある。デイサービスセンターではデイミーティング、ナースミーティング、正規職員が集まる正職ミーティングがある。階層別に意思決定をする仕組みがある。		
(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。	B	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。	B	B
	(評価機関コメント)			3)社会福祉協議会として、地域福祉活動計画(29年度～33年度)を作成している。デイサービスセンターとしては、当初予算重点事業調書(単年度事業計画的なもの)はあるが、地域福祉活動計画(中長期的なもの)と連動した形では策定されていない。センター長、正規職員が中心に職員の聞き取りをしながら作成をし、職員に周知している。今後は目標を数値化するなどして、中間評価をすることと合わせ具体的な実績が分かるようにすることが望ましい。 4)当初予算重点事業調書(単年度事業計画的なもの)をふまえ、行事レク年間予定表がある。一つ一つの行事については結果の報告により次年度への改善を図っているが、全体的かつ定期的な振り返りはできていない。		
(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	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)管理者は研修や集団指導にも参加して情報収集をしている。職員への周知は、研修や朝礼時、配布など日常的に行っている。関係法令についてファイルにまとめ、職員が閲覧できるようにしている。虐待防止にかかる研修等にも参加して伝達研修を行っている。 6)運営規定、キャリアパスで管理者の役割を明確化している。管理者は各会議に参加している。職員が意見を言いやすい環境を整え、年末に職務状況シートをもとに職員との面談を行うなど、意見交換が忌憚なく行えるようにしている。事務局長や課長が面談を行っているが職員が管理者を評価等を行うシステムは確立されていない。キャリアパスの仕組みが浸透していない。 7)施設長が常時携帯電話を所持し連絡が取れる体制がある。日常的には介護ソフト「ほのぼの」にかかる日報で把握している。有事においては、センター長が対応できない場合でも、主任及び法人の職員が対応できる体制がある。連絡網が施設内に掲示されており、いつでも見られるようになっている。		

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
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)必要な人材の方向性は個別面接評定表、職員宣言に明記されている。職員宣言を唱和している。正規職員は法人の一括採用、非常勤は事業所単位での採用となっている。初任者研修、認知症実践者研修などは勤務上の配慮、貸付の案内、補助をしている。 9)年間研修計画を立て研修を行っている。人材センターや階層別キャリアアップ研修など、外部研修の活用も行っている。OJTの仕組みがある(6カ月)。認知症のかかわり方について研修を受けてきた職員が中心となって、施設内で学習会を行っている。 10)法人で社会福祉士養成の受け入れを行っており、研修プログラムの一部としてデイサービスでも受け入れている。明治国際大学から看護師の実習生受け入れの予定がある。実習受入マニュアルを作成している。実習指導者に対する外部研修を受講している。デイサービスとしては中学生職場体験を受け入れている(今年度はコロナ禍で実施できていない)。		
(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	B
		(評価機関コメント)		11)管理者で勤怠管理を行うとともに、有給日数等の把握は法人全体で管理している。取得休日が不足している場合は管理者から声かけをしている。職務状況シートで就業状況や意向を把握する仕組みがある。育休等も取得が可能であり、実績もある。機械浴を活用している。法人で腰痛体操を実施したり、職員の体の状態に応じて体制を調整している。 12)法人としてストレスチェックを行い、産業医(月に1回来訪)につなげる仕組みがある。福利厚生は共済会に加入するとともに職場委員(法人より補助がある)で催しを行っている。休憩スペースを確保している。ハラスメントに対しては、就業規則ハラスメント防止規定を作成し対応している。しかし、体制等整備されていない。		
(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)法人広報誌「社協 かめおか」、事業所広報誌「ぼっかぼか」で事業所の案内やイベントについて広報している。立地を利用したイベントや行事の参加を行っている。利用者や地域住民への情報開示は行われている。法人の子育て支援センター、かめまるランドとの交流を図っている。悪徳商法等の情報提供、頸腕などの注意喚起も行っている。ボランティアの受け入れも行っている。 14)法人として講演会などを実施している。法人内の地域包括センターとの連携や市内の地域ケア会議、デイ部会を通じて地域のニーズの把握や情報共有などを行っている。		

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)ホームページや事業所のパンフレットが整備され、写真を多用したわかりやすいものとなっている。見学や体験も随時受付をしている。相談記録を保管している。			
(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、利用者にわ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)重要事項説明書の中に、料金や保険外サービスについて記載されている。利用者、家族には説明をして同意を得ている。現在、成年後見を使用している利用者がいる。法人内に地域福祉権利擁護事業の担当部門がある。			
(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。	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	定期的又は必要に応じて、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)独自のフェイスシート、アセスメントの書式を作成して対応し、半年に一度アセスメントを行っている。アセスメント時は医療はじめ各専門家の意見を聞きながら作成している。相談員マニュアルに課題等を明らかにする手続きも整備されている。 18)サービス担当者会議等を通じて家族や本人の希望を聞き取ったうえで通所介護計画を作成している。利用者の状態を把握しケアマネジャーと共有している。それに基づき、本人の希望に沿った対応ができていくかを把握している。カンファレンスには本人が参加している。 19)ケアマネジャーを通じて、訪問看護師の照会や、薬剤師、事業所の看護師2名、事業所間の職種間でも連携を行っている。必要に応じて口腔ケアについて歯科衛生士の協力を得ている。 20)ご利用者の日々の状態を観察しながら毎月、ケアマネジャーへ報告をして、状況の変化に対応している。6か月に1回見直しを行っている。相談員マニュアルに計画を変更する基準が定められている。			
(4)関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)医師等とはケアマネジャーや家族を通じて連携し、地域包括支援センターとも連携している。入退院時には会議に参加したり、サマリーを入手し連携をはかっている。			
(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、スタッフに活用されている。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となっている。	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)業務マニュアルが整備されており、写真を多用した見やすいものとなっている。委員会を通じて年に1度、あるいは必要に応じて見直しを実施している。 23)記録は手書きで行い、通所介護計画に基づく記録もされている。事務処理規程に保管、保存、持ち出し、廃棄について明記している。個人情報の保存マニュアルに基づき運営されている。個人情報保護規程はあるが、開示請求にかかる規定及び研修は実施されていない。 24)連絡帳や日々のケース記録、担当者会議録を作成して、各職員と朝のミーティングにて情報共有している。担当者会議録は参加した職員別にファイルして整備している。正規職員ミーティング、全体ミーティング、センター長会議などがある。 25)連絡帳には日々の様子や一日の過ごし方を記入し、特に体調に変化があった場合は伝えるようにしている。送迎時の時間を活用して話をしている。			

(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等の作成により、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)感染症発生時の対応や防止対策など、感染症防止マニュアルを作成して対応している。職員には研修を実施している。タブレットを活用して動画を視聴、アンケートを実施している。看護師が中心に、毎回流行期前に研修を行っている。法人においてBCPの策定を検討中。 27)動線内にものを置かないよう意識し、備品は倉庫に整理されている。トイレ掃除も含め、清掃業務全般を外部委託しており、業者から提出される清掃業務日誌で確認している。空気清浄機を3台配備している。		

(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	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)急変時、事故時等、各事象ごとの緊急時対応マニュアルがあり、指揮命令系統が明示されている。事務所や浴室にもフローチャートが掲示されている。救命救急、AED等の研修を実施し、消防署とも連携している。 29)「ヒヤリはっと報告書」を使用し、その意義を伝えることで提出しやすい雰囲気作りに努めている。可能な限り提出されたその日に分析検討し、職員間で対策を共有している。必要に応じてマニュアルの見直しを行っている。保険者への報告も行っている。 30)建物全体の「ふれあいプラザ危機管理マニュアル」の中に事業所も含まれており、災害時の災害ボランティアセンターにも位置づけられている。法人としての「災害対応指針」を整備し、法人全体で動くことになる。これらの文書に基づき、年2回防災訓練を実施している。指示命令系統も明示されている。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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	B	
	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	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)		<p>31)理念の中に尊厳保持を明記し、それに沿ったサービス提供を行っている。人権や虐待、身体拘束に係る研修を実施している。職員自身が自分のケアを振り返り、検討する仕組みがない。</p> <p>32)医療的処置や排泄支援などの際は、パーテーションやカーテンを駆使して他者の目に入らないよう配慮している。新人研修時にプライバシーや羞恥心に配慮した具体的な支援方法について教えている。プライバシー保護の研修を年間研修計画に位置づけているが、マニュアルの中に、プライバシー保護に関する具体的な記述が確認できなかった。</p> <p>33)設備的に座位保持がとれないと入浴支援ができないため他事業所を紹介することもあるが、基本的には医療処置のある方等も断らず受け入れている。受け入れの可否は多職種間のミーティングで検討している。</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	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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>34)送迎時の機会や連絡帳を活用し、家族からの意見要望を汲み取っている。利用者満足度調査は実施できていない。意見箱を設置しているが、あまり意見は入らない。表情を見て声掛けをし、利用者からの相談があれば個別に対応する。苦情がサービス改善に繋がることを職員全員が理解している。</p> <p>35)「苦情解決マニュアル」に対応手順が明記されている。苦情は迅速かつ組織的に対応し、記録に残して共有しているが、苦情の公表はできていない。</p> <p>36)第三者委員を選任し、事業所内に掲示したり重要事項説明書に明示している。ボランティアが定期的に利用者の相談相手になっている。</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	C	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37)満足度調査は実施できていない。</p> <p>38)毎月、全職員が参加する全体ミーティングでサービスの質について検討している。入浴時のマスクの保管方法を見直すなど、細やかな業務改善に繋がっている。月1回のデイ部会(市内の通所介護事業所の集まり)で他事業所の情報を得ている。他市の社協が運営しているデイサービスに見学に行ったこともある。</p> <p>39)第三者評価を3年に1回受診している。定期的な自己評価の取り組みは確認できなかった。</p>			