

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 8 月 2 5 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 12 月 23 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた丹後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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>○組織体制</p> <p>次年度予算を編成する際には、主任および副主任と法人庶務部が予算折衝をする機会が設けられ事業計画に基づく活動に対して必要と見込まれる予算要望を現場から直接実施できる仕組みがありました。</p> <p>○質の高い人材確保</p> <p>独自の教育訓練給付金制度があり、配置基準や加算算定に必要となる資格については受験費用および登録費用を全額補助しています。また、介護や福祉分野に関係する資格についても資格取得費用の 4 割程度の補助があり、職員のキャリアアップ、スキルアップを支援されています。</p> <p>○質の向上に対する検討体制</p> <p>丹後地域に所在する施設で「ユニット in 北京都」という事業所間の情報交換および研修を行う自主的グループを組織し、定期的に情報意見交換や研修を行い、地域全体でサービスの質の向上を図っておられます。</p>
---------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>管理者は年2回全職員に対して面談を行い、意見要望の聴取を実施されています。また、人事考課の仕組みも適切に運用されていました。しかし、上司評価に関する仕組みを確認することが出来ませんでした。</p> <p>○業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルは実際に現場で活用されており、実用的なものになっています。また、業務内容が変更になった場合は、毎月のケア会議で検討し、必要な更新を行っておられます。さらに、毎年、一度は更新しておられますが、項目によっては見直しをされた履歴が確認できないものがありました。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化</p> <p>年に1回、自主点検票による点検は実施されていますが、それ以外で定期的にサービスの内容などに対して点検する仕組みが確認できませんでした。</p>
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

具体的なアドバイス	<p>高齢者総合福祉施設丹後園は京丹後市網野町における高齢者福祉サービスの中心として事業展開を実施されています。また、丹後園デイサービスセンターは地域に密着したサービスを展開し、「給料の出るデイサービス」というユニークで特徴的な取り組みを実施されています。また、「ユニット IN 北京都」という他事業所との切磋琢磨の取り組みを行われるなど、サービスの質の向上に対しても積極的に取り組まれています。今後さらに貴法人の取り組みが充実され地域における中心施設として活躍されることを願い、下記アドバイスをさせていただきます。</p> <p>○管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>管理者は年2回全職員に対して面談を行い、意見要望の聴取を実施されています。また、人事考課の仕組みも適切に運用されていました。面談の際に、上司に対する意見や要望を表明できる事は、職員ヒアリングの際に確認することはできましたが、上司評価の仕組みを構築することにより管理者自身も自らのリーダーシップに対する客観的な評価および修正を行う機会となると思われます。</p> <p>○業務マニュアルの定期的見直し</p> <p>業務マニュアルは実用的なものになっており、業務内容が変わるたびに毎月のケア会議で検討し更新が行われていました。しかし、項目によっては見直しされた履歴が確認できないものがありました。運用されるマニュアルは、常に現場の状況に則したものであることが重要とされますので、定期的な見直しの機会を定めるとともに、それを実行すること、また、更新日について確実に記載されることを期待します。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化</p> <p>年1回自主点検票による点検は実施されていますが、それ以外で定期的にサービスに対して点検する仕組みが確認できませんでした。ケア会議では、随時事業計画に対する進捗状況の確認が実施されていることは議事録から確認できています。定期的という視点から、評価の方法や実施時期を定めてサービス提供状況の評価を実施されることを提案させていただきます。</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	2672300023
事業所名	丹後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)	訪問入浴
訪問調査実施日	令和4年5月17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. 理念、運営方針はデイサービス職員が出席するケア会議で共有し、事業計画に反映しています。利用者、家族に対しては、HPIに掲載をし周知しています。 2. 事業所の次年度予算編成は、事業に必要な経費について現場の意見を反映するため、デイサービス主任および副主任が法人庶務部と予算折衝を行い編成する仕組みがあります。また、意思決定について透明性が確保されるとともに権限を委譲しています。		
(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. 法人の主任クラスで編成される「中期経営計画委員会」で法人の中期計画について検討を行い「丹後福祉会中期経営計画書」を策定しています。 4. 単年度事業計画について半期に一度ケア会議で進捗状況を確認しています。また、12月を目途に次年度事業計画について検討を実施しています。また、定期的な見直しもケア会議で実施しています。		
(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。	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. 関係法令に関しては、「保健・医療・福祉に関する法律」という名称のドキュメントをデスクトップに保存し、ハイパーリンクで検索が可能にしています。法人で法令遵守勉強会の実施し、出席した職員はケア会議で情報伝達を行っています。 6. すべての職員に対して、人事考課面談を年2回実施しています。1次面談は主任、2次面談は部長、3次面談は総施設長が実施し、職員の意見を聞く機会を確保しています。一方、上司評価の仕組みは確認できませんでした。 7. 緊急連絡網を整備し連絡体制を確保しています。また、現場責任者が会議・研修・利用者宅訪問など事業所を離れる際には社用携帯を持ち、いつでも連絡が取れる体制となっています。		

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. 法人独自の「教育訓練給付金制度」があり介護福祉士や介護支援専門員など配置基準、配置による加算がある資格については試験受験料、登録費用を全額補助しています。他にも福祉に関連する資格についても4割程度の補助を行い資格取得支援を行っています。また、ホームページに求職者用ページがあり、その中で法人としての求める人材像や福祉の仕事に対する考えを明確に記載しています。 9. 「丹後福祉会年間研修計画」が作成され、該当年度の派遣予定の研修及び派遣する職員をあらかじめ定めています。研修は人事考課における「自己能力開発目標」で研修受講希望を申告することができます。 10. 実習生対応マニュアルを作成し実習受け入れに対応しています。マニュアル内には、受け入れ実習ごとにオリエンテーションの実施方法および内容を詳細に定め、実習生に必要な情報が伝達できるようにしています。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		11. 人事考課面談で全職員の就業に関する状況、意向を確認しています。また、整体施術の費用の補助を行い職員のコンディションを保つサポートを実施しています。 12. 規程にハラスメント規程が定められており、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、マタニティハラスメントに対応しています。また、ハラスメントについての申告窓口は総施設長となっています。総施設長はハラスメントに関する研修を受講しています。主任は自主的にメンタルヘルスマネジメント研修を受講修了しており、身近な相談窓口として機能しています。		
(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. 法人の広報誌である「丹後園だより」を民生委員、区長、ボランティアへ、デイサービス独自の広報誌「風だより」は利用者および家族へ配布し、地域に対し情報提供を実施しています。 14. 「虹の会」という名称の認知症の人と家族を対象にした認知症カフェの取り組みを行っています。また、その事業の事務局を担っています。また、デイサービスのプログラムの一環で地域の野菜生産者と協力し野菜を加工し、商品化する地域連携のプログラムを行っています。		

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、広報誌（丹後園便り）により情報提供しています。見学者対応マニュアルが整備され、問い合わせや見学希望者には個別に対応しています。			
(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同意を得ています。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業については、毎年勉強会が開催されており同じ事務所内の居宅部門を通じて活用する仕組みがあります。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		17. ディサービスのアセスメント様式は必要な情報が記載され、3か月ごとに「生活機能チェックシート」により更新しています。 18. 一人一人に合わせた個別援助計画になっており利用者及び家族の同意も得ています。利用者その家族の意向はアセスメントで確認できますが個別計画書には記載されていません。 19. サービス担当者会議に参加しています。その場で得られた専門職の意見も個別計画書に反映されています。 20. 3か月に一度自宅訪問し個別機能訓練加算における「生活機能チェックシート」を用いてモニタリング実施しています。また、必要に応じて計画書の見直しを実施しています。			
(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. 利用者のかかりつけ医のほか、法人の協力医療機関との連携体制が確保され、退院時のカンファレンスにも参加しています。京丹後市の地域ケア会議にも参加し関係機関との連携も図っています。			

(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。	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. 業務マニュアルは実際に現場で活用されており実用的なものになっています。また、業務内容が変わるたびに毎月のケア会議で検討し更新しています。毎年、一度は更新していますが、項目によっては見直しの履歴が確認できないものがあります。 23. 記録ソフトを活用し、計画の実行状況、状態変化の推移などをわかりやすく記載しています。個人情報管理規程があり適切に管理しています。個人情報保護に関する勉強会も毎年実施しています。 24. 始業時には全員が日誌を確認し一日2回ミーティング実施しています。月1回のケア会議でケアカンファレンス実施し全員で共有しています。 25. 送迎の際や、サービス担当者会議などの機会を利用し情報交換を行っています。他にもディサービスの広報誌「風だより」やホームページも活用しています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症に関するマニュアルは作成し、勉強会を開催し伝達しています。ケア会議において感染症の状況把握や対策の見直しなど行っています。新型コロナウイルス感染防止に関しては、最新の情報に随時更新しています。 27. 前回の第三者評価のアドバイスを受け、備品の配置変更を行っています。掃除も点検表を使ってチェックし、衛生管理を徹底しています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時における対応マニュアルがあり、年に1回以上研修も実施しています。行政への事故報告や保険適応事例についても記録があります。 29. 再発防止のための取り組みについてケア会議を共有していますが、定期的な評価・見直しの仕組みとはなっていません。 30. マニュアルが整備され土砂・火災・不審者対応それぞれの訓練を実施しています。地域と連携した大規模災害訓練については新型コロナウイルスの影響もあり訓練実施見送っています。		

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)		<p>31. 法人理念や基本方針に利用者一人ひとりを大切にされたケアを行うことを明記しています。利用者から意見があった際には、昼ミーティングで検討して改善を図り、夕ミーティングで同様の意見が出ていないか確認して改善状況を確認する等、毎日のミーティングを活用して日常業務を振り返り検討する仕組みがあります</p> <p>32. 「プライバシー保護の取り組みに関するマニュアル」を整備し、「自己決定を尊重する」項目や「羞恥心の尊重」、「異性介護」等の項目を設け、細かに留意点を記載しています。「個人情報保護・守秘義務・プライバシーの保護・記録管理にかかる勉強会」を実施し、サービス提供や援助方法を確認しています。</p> <p>33. 利用定員数を超える場合や、特殊浴槽での入浴、リフト車両での送迎が必要な利用者が一定数を超える場合に受け入れが困難になる場合があり、その際は丁寧に説明し対応しています。また、希望された場合は他事業所を案内しています。</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。	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	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者がいつでも相談したい人に相談できるように職員は日頃の声掛けにて話しやすい環境を整えています。3カ月に1回の個別機能訓練計画書の更新・見直し時期や、サービス担当者会議等の機会に自宅を訪問し、利用者の意向確認を行い、関係づくりに努めています。</p> <p>35. 苦情処理規定に利用者の意向への対応方法を定めています。苦情として意向を取り挙げる際には「利用者及び家族等の意見、要望又は苦情の相談解決実施規定」に基づいて迅速に対応しています。また、個人情報に配慮した上で掲示板やデイサービス広報誌「風だより」に記載して公開しています。</p> <p>36. 事業所関係者以外の相談窓口として第三者を設置し、事業所内にポスターを掲示し周知しています。重要事項説明書には公的機関の相談窓口や連絡先を記載しています。ケアマネジャーを通して寄せられた意向等には、苦情処理規定に沿って迅速に対応しています。今年度から理事長や評議員による施設巡回を計画していますが、市民オンブズマンや介護相談員等、利用者が外部人材に相談できる機会の確保は行っていません。</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。	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)		<p>37. 年1回11月頃に満足度調査アンケートを実施しています。アンケートは家族会の担当者が集約し、把握した結果をケア会議で分析・検討しています。結果は翌年度の事業計画に反映し、翌年度に実施、半期後に振り返り改善状況を確認・把握する仕組みがあります。</p> <p>38. 他事業所の評価や取組みなどについて情報収集する仕組みとして、「ユニットin北京都」の活動に参加しています。この活動には長年積極的に参加しており、2021年度は年3回オンライン会議が開催されました。コロナに係る情報共有やケア対応の仕方、困難事例について共有しました。</p> <p>39. 年1回自主点検は実施していますが、それ以外の評価を行う仕組みはありません。第三者評価受診時には、事業所内でメンバーを組んで自己評価し、評価結果をケア会議等で分析・検討する仕組みがあります。これまで3年に1回第三者評価を受診してきましたが、2020年度はコロナ感染拡大防止のため受診を見送り、2021年度に受診しました。</p>			