

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 9 月 2 1 日

令和 4 年 5 月 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンター長生園 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 1) 理念の周知と実践</p> <p>法人として基本理念である「私たちはすべての人が『和み』の中で『尊厳』をもって『安心』して生活していただけるよう支援します」を大切にしており、基本理念は、パンフレットやホームページにわかりやすく掲載しています。玄関や事業所の壁にも掲示し、利用者や来客者にも見えるようにしています。サービス開始時に利用者にも説明していました。</p> <p>この理念は職員にも支援の基本として全職員が意識できるよう、理事長が中心になり「理念浸透プロジェクト」を立ち上げ、朝の引継ぎ前に唱和するなど周知のための工夫をしています。</p> <p>(通番 17) アセスメントの実施</p> <p>各専門職との連携を図るとともに、フェイスシートを用いて利用者の心身状況や生活状況を把握してアセスメントシートに記載しています。3か月に1度、定期的に再アセスメントも行っています。サービス担当会議では利用者や家族の意向や担当者の思いなど丁寧に聞き取り、支援の方向性や課題の抽出を行い、支援計画に反映させています。</p> <p>(通番 29) 事故の再発防止等</p> <p>事故発生時は所定の様式に記入し、家族へ報告しています。ヒヤリハットはインシデントシートに記入してファイリングし、シートを活用した発生状況の把握をしています。月1回「事故防止員会」「事故防止係」を開き、月ごとの発生件数や内容を検討しており、年度ごとに統計を取って防止策の見直しを行い、傾向と対策を次年度に生かすようにしています。</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>単年度の事業計画に中長期計画という記載はありますが、計画年を明記した独立した中期計画・長期計画は策定されていません。そのため、中長期計画を計画の途中で見直す仕組みや計画の更新する仕組みがありませんでした。</p> <p>（通番9）継続的な研修・OJTの実施</p> <p>法人で特養部が主体となって施設内研修計画が策定されており、研修を通して気づきや助言から学ぶ仕組みが確立されています。</p> <p>外部研修を職員に案内し参加を促しており、OJT係・担当者を決めるとともにチェック表、面談を行い計画的な研修の受講に取り組んでいます。また、報酬改定や介護技術などは業務会議を通じて勉強会が行われていましたが、職員育成のためのキャリアパスの作成は不十分でした。</p> <p>（通番39）評価の実施と課題の明確化</p> <p>2009年以降、3年に1回第三者評価を受診し、支援の質の向上を目指しています。その結果は課長会議で分析・検討を行い、サービス改善のための取り組みを行っています。また、年1回以上自己評価を実施しており、第三者評価と同じ項目を使い支援の課題が比較出来るようにしています。</p> <p>しかしながら、評価結果を次年度以降の事業計画に反映する仕組みができていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>デイサービスセンター長生園は、戦後身寄りのない高齢者を救済する使命のもと、昭和28年に設立された養護老人ホームを前身とする社会福祉法人長生園が運営しています。</p> <p>「和み」「尊厳」「安心」という法人理念を基本に、地域の福祉ニーズに応えるため、南丹市内で多様な事業を展開されており、デイサービスセンター長生園も地域の方々の在宅での生活を支える事業所として頼りにされています。</p> <p>近隣に小規模なデイサービスを開設していますが、終の住みかとしての特別養護老人ホームに併設されていることから、元気な間からデイサービスを利用することで、在宅での生活が難しくなっても慣れ親しんだ場でケアを受けることができるという安心感を強みとし、トータルなケアを目指して法人事業所間・部署間で連携を取りながら運営されています。</p> <p>また、日曜日にも開設していることで、介護者に急用があっても受け入れ可能とし、いつでも安心してサービスを受けることができる体制を作っています。他にもデイサービスのご利用者だけが利用できる機能訓練室を備えており、退院後も、病院で受けていた機能訓練との継続性に配慮し</p>

た訓練を実施しており、ご利用者の満足度に繋がっています。

今後もこれまでの長年の取り組みでの経験を活かし、地域の高齢者福祉のリーダーとしての事業展開・発展が期待されます。

以下、今回の評価で気づいたことを記載します。

・中長期計画の策定

各事業所の単年度の事業計画において中長期計画についての記載はありますが、法人としての長期計画・中期計画は策定されていません。法人では地域のニーズに応える形で順次事業展開が進んでいますが、今後の事業展開や現在の事業の目指す方向性を年次計画とともに盛り込んだ長期計画・中期計画を策定されてはいかがでしょうか。長い目を見た法人の将来像を作成し公表することは、地域住民からの期待に応え、職員が安心して働く続けられる法人・事業所であることを内外に表明する意味でも有意義です。その上で中長期計画を踏まえた単年度計画の策定・事業展開、結果の振り返りと、中期計画の見直しをPDCAサイクルとして継続して組織的に検証・事業展開されてはいかがでしょうか。

・業務マニュアルの管理

各種の業務に必要なマニュアルが整備されており、入職時にはアクシデント、感染症の処置などマニュアルに沿った訓練が実施されています。また、インシデントシートを活用し個別の対応を検討する仕組みが作られており、より安全にサービスが提供できるように取り組まれています。また、年度初めにマニュアルの見直しを行われている事が更新履歴で確認できました。

各種マニュアルの整備と定期的な見直しは支援の質の担保・向上に不可欠ですが、これを漏れなく組織的に継続して実施できるよう、マニュアルの一覧を作成し、その策定期間、見直の実施状況、改定期間等を見やすく整理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)

※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	2671500102
事業所名	デイサービスセンター長生園
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	2022/5/13
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) 基本理念は、パンフレットやホームページに掲載している。玄関や事業所の壁にも掲示し、来客者に見えるようにしている。職員は朝の引継ぎ前に唱和している。理念浸透プロジェクトを理事長が中心に立ち上げ浸透を図っている。サービス開始時に利用者に説明している。デイサービスほのぼの（広報紙年4回）にも理念が掲示されている。 2) 定期的な理事会・評議委員会の開催の他、運営戦略会議（月1回）、各部署課長が集まる管理職会議や職員全体会議（年3回）、業務会議の中で階層別・案件別に会議があり、組織的な意思決定が行われている。その体制の中で職員の意見がボトムアップ的に反映されている。各係も職員が中心となり開催されている。職能資格等級基準書、組織図が整備されている。		

(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) 法人の中期計画が策定されていない。事業所の中長期計画が更新されていない。単年度の事業計画は法人、事業所とも策定されている。事業所において毎月の業務会議で、検討や評価が行われている。 4) 各係で年度当初に目標を立てて取り組んでいる。（5つの係）業務会議の前に係の相会議を行い取り組み状況や課題の達成状況を確認し、必要に応じて見直しも行っている。		

(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組みを行っている。	B	B
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)		5) 経営戦略等で情報共有を行っている。社会保険労務士からも情報を得ている。集団指導、ワムネットなどから得ている。全体職会議や業務会議、朝のミーティングで周知している。虐待等については外部の研修に参加し内部研修を行っている。関係法令等のリスト化はされていない。 6) 組織図や職務分掌に管理者の役割や責任が明確に定められている。業務会議やミーティングのほか、年1回、もしくは必要に応じて職員面談を実施している、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかは確認できる仕組みになっていない。 7) 事業実施状況は、毎日の朝の申し送り確認するとともに、連絡帳や業務日誌、インシデント報告書で随時状況を把握している。不在時は常時携帯電話を所持しており、常に連絡が取れる体制となっている。不在時の対応については緊急時マニュアルに明記している。		

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	B
		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・人員については運営規定に明記している。法人で就活プロジェクトを立ち上げPR動画の作成を行い計画的に取り組んでいる。採用後の資格取得支援（資格手当、勤務調整、研修の費用の負担など）をしている。人事考課制度もある。 9) 法人で特養部が主体となって施設内研修計画も策定されている。研修を通して気づきや助言から学ぶ仕組みが確立されている。キャリアパス的なものが不十分である。外部研修も案内をして参加してもらっている。OJT係・担当者を決めるとともに チェック表 、面談を行い取り組んでいる。業務会議を通じて勉強会を行っている。（報酬改定や介護技術など） 10) 実習生受け入れマニュアルがある。法人で実習担当者を定め、調整している。社会福祉士、介護福祉士、看護師等の受け入れを行っているが現在コロナ禍で受け入れできていない。		
(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	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) 事業所で把握するとともに法人総務部において時間外勤務の削減や有給休暇の促進をデータ化して推進している。リフレッシュ休暇の仕組みもある。育児休業・介護休業の実績あり短時間勤務などもある。労働時間管理委員会を設置している。機械浴や腰痛保護ベルトの配布等がある。 12) ストレスチェックや職員個別面談を行い、必要に応じて産業医による面談を実施している。委員会も整備し、労働管理委員会にも相談できるようになっている。福利厚生として共済会、互助会による職員旅行等を実施している。休憩スペースを確保するとともに職員食堂も整備されている。ハラスメント規程、体制も整備している。		
(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) 本部が集約してホームページに情報等を掲載している。事業所内に地域情報を掲示したり見てもらえるように置いている。法人のお祭りや神社には利用者と一緒に出席している。 14) 福祉体験、職業体験で受入を行っていた。福祉避難所の指定も受けているケアマネジャーや地域包括支援センターと連携する中で把握に努めている。		

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) 写真を掲載したパンフレットやホームページにてサービス内容などをわかりやすく提供している。ケアマネジャーに渡している。問い合わせや見学希望については随時対応し相談記録に残している。			
(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) サービス開始時には重要事項説明を用いて説明し、利用者に同意を得ている。利用者の権利擁護のために成年後見制度の活用を推進し、後見人と契約を結んでいる。			
(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) 各専門職との連携を図るとともに、フェイスシートを用いて利用者の心身状況や生活状況を把握してアセスメントシートに記載している。再アセスメントも行っている。サービス担当者会議では利用者や家族の意向や担当者の思いなど丁寧に聞き取り、支援の方向性や課題の抽出を行っている。定期的にあセスメントを行っている。(3か月に1回) 18) 利用者家族の希望に沿って目標設定され、同意を得た上で策定している。サービス担当者会議には利用者・家族の同席を求め、計画の作成についても確認している。 19) 個別援助計画の策定に当たり、医師、看護師、介護職員、生活相談員からの情報・意見を計画に反映している。あわせて看護師が中心となって機能訓練計画を作成し行っている。訪問看護、訪問リハなども情報共有を行い計画にも反映している。 20) 計画変更については基本3か月に1回とし手順書にも明記されている。また運営マニュアルに変更について記載されている。			
(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) 役所や地域の関連機関のリスト（南丹市高齢者障害者サービス一覧表）を整備している。利用者の退院時のカンファレンスに出席している。ケアマネジャーを通じて利用者の状態に応じて訪問看護や訪問リハ等関係機関とも連携をしている。			

(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
職員間の情報共有廃棄	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) 業務マニュアルを整備している。入職時にアクシデント、感染症の処置などマニュアルに沿った訓練を実施し、インシデントシートを活用して個別の対応を検討している。年度初めにマニュアルの見直しを行っている。(更新履歴で確認した。) 23) サービス提供状況については、日々のケア記録(処遇用紙)がケース記録と連動する仕組みになっている。保管・保存・廃棄・持ち出しについて個人情報管理規程を整備し入職時等に周知している。 24) 利用者の情報共有は毎日朝のミーティングや業務日誌、連絡帳により行っている。3か月ごとにカンファレンス、毎月の業務会議を行っている。 25) 連絡帳や日々の送迎時、必要に応じて訪問も行っている。通信(年4回)、モニタリング時		
(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) 感染症マニュアルを整備し、普段より各フロア毎に実施訓練、研修を行っている。 27) オゾン脱臭装置を整備している。扉のある収納棚が整備され整理整頓されている。また委託業者(シルバー人材)にて点検表に基づいた清掃が毎日行われるとともに、定期的にフロアの消毒、換気を行っている。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		28) 「事故防止・発生時対応マニュアル」を整備し職員に周知している。公用車全車両に緊急時の対応マニュアルを置いている。指揮命令系統図も明記されている。毎年、消防署による普通救命講習を実施している。想定した図上訓練も行っている。 29) 事故発生時は所定の様式に記入し家族へ報告している。ヒヤリハットはシートに記入しファイリングしている。月1回「事故防止委員会」「事故防止係」を開き、インシデントシートを活用した発生状況の把握を行い防止策の見直しを行っている。 30) 法人として火災、地震、土砂災害マニュアルを整備し、年1回地震訓練、屋内消火栓訓練を行っている。年2回消防署の協力を得て総合訓練(夜間想定訓練を含む)、消火器使用方法を実施している。福祉避難所の指定を受けているが、地域連携を意識し土砂災害マニュアルに明記している。非常連絡系統表を作成している。		

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
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) 理念そのものが利用者尊重の内容となっており、理念に沿って、サービス提供を行っている。業務会議で振り返りを行っている。年間を通じて「高齢者虐待・身体拘束」の研修が実施されている。虐待防止委員会等整備している。 32) 職務手順書に明記している。プライバシーに配慮したサービス提供を行っている。入職時、マナー研修を行っている。脱衣所にカーテンや仕切りを設置し、プライバシーに配慮している。 33) 原則利用申し込みを断ることは無く、現状の待機状況などわかりやすく説明している。		
(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) 家族などから意見を吸い上げる仕組みについては、アンケートを年1回実施している。アンケート結果の集計は広報誌に掲載している。入所時、プラン変更時、サービス担当者会議などで要望を聞く取り組みを行っている。サービス担当者会議等で、利用者・家族の出席を促し、個別面談を行って意見・要望・苦情を聞く機会としている。 35) 苦情対応マニュアルを整備するとともに体制を整備している。利用者からの意向に対して、「苦情・要望受付書」を作成し改善策を検討している。 36) 「苦情対応マニュアル」を整備している。第三者委員相談窓口を設置している。入所契約時に、第三者委員について重要事項説明書に掲載し、説明している。法人として市の介護相談員訪問を月1回実施している。(コロナ禍でできていない。)		
(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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		37) 利用者満足度調査を実施し、集計結果のとりまとめを行って通信に掲載して公表している。送迎の時間等の改善を行った。 38) 南丹市通所サービス部会に参加して情報共有を行っている。 39) 3年に1回の第三者評価を受診し、その結果を課長会議にて分析・検討を行い、サービス改善のための取り組みを行っている。年1回以上の自己評価は同じ項目を使って行っている。事業計画には反映できていない。		