

# アドバイス・レポート

令和 4 年 10 月 28 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 4 年 9 月 5 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サニーリッジ**）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><b>1) 理念を具現化する「選べるサービス」の提供と「在宅療養手帳」の活用</b></p> <p>「安心できる暮らし ひとりひとりを大切に」を理念に、日曜日も途切れない介護サービスを提供されています。40名でも十分ゆとりのあるフロアでは、「集団で過ごす/一人が落ち着く」いずれかで過ごす場所を選べるようにされています。また、地元野菜を使った「選べるお昼ごはん」、4パターンから「選べる利用時間」、好みで「選べるレクリエーション」が用意されています。「選べるサービス」は、個々の意向が反映されにくくなりがちなサービスにおいて、自己決定を支え、「ひとりひとりを大切に」「40人に40通りのサービス提供」を実現する取り組みとなっています。第三者評価実施に伴う利用者アンケートでは、全体的に満足度が高い結果となっていました。「選べるサービス」の仕組みによって利用者の意欲や積極性が引き出された結果であると思われます。</p> <p>また、乙訓医師会が発行・管理する「在宅療養手帳」の活用により利用者それぞれの状況を細やかに把握されています。家族も含め他機関の医療・介護に関わる人が情報共有し、円滑なチーム支援ができることで、利用者の「安心できる暮らし」を支える取り組みとなっています。</p> <p><b>2) 働きやすさと学びを支える「オレンジファイル」</b></p> <p>常勤職員 2 名に対し、非常勤職員 20 名の人員体制で、14 以上の勤務時間のパターンから細かにシフト調整され、勤務体制を作られています。非常勤職員にもスキルアップ助成制度があり、資格取得支援の制度が用意されています。個々の事情に応じ多様な働き方ができ、スキルアップできる仕組みがあり、経験年数 10 年以上の職員は半数近くおられるとのことでした。</p> <p>全職員が持つ「オレンジファイル」は、法人の理念や方針を職員に周知しコンプライアンス意識を高める職員手帳のような機能を持ち、初任者の入職時研修、OJT から始まり、年 2 回の自己評価と育成面談時に総括する研修手帳のような機能も持っています。法人の理念に沿って実践し振り返りができるものとして、職員全員に活用されていました。現任者研修でも「オレンジファイル」を活用されています。書面研修中心となっているため、研修の効果を把握することや互いに学び合う機会をつくる工夫は必要ですが、現状の人員体制においては、研修機会を維持することに役立てられ、職員にとっても時間外勤務の負担がなく個々のペースで取り組めるものとなっていました。</p>
---------------------	---

	<p><b>3) 地域公益事業の実績</b></p> <p>法人は、社会福祉法人の使命として「施設」がある前に「地域」がある、ということを基本方針に、地域公益事業（地域交流）に積極的に取り組まれています。事業所は、併設のケアハウスとともに開設 22 年、見晴らし良くゆとりある屋内外敷地を活かした活動実績があります。高齢者の社会交流事業として送迎付き「サニーカフェ」を運営し、地域住民向けの虐待防止に関する講演会の開催や社会福祉協議会主催の子育て支援イベントに場所を提供されています。夏季には「乙訓地区涼やかスポット」実施施設として高齢者以外の地域の方に施設の一部が開放し、下校時に中高生が立ち寄ることもあったとのことです。年に一度開催の「地域交流感謝祭」では 近隣の幼稚園や保育園児の発表、合同作品展、フードマート、ゲームコーナー、認知症の人や家族、地域の人がリレーでたすきをつなぐイベント「RUN 伴」のスタート会場となるなど、さまざまな世代交流のイベントの場となっていたとのことです。コロナ禍で、活動は中断や縮小を余儀なくされているものの、向日市虐待防止ネットワークや在宅療養手帳委員会への参加など、施設の資源や機能を地域に還元されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1) 災害時等の訓練機会の確保</b></p> <p>緊急時対応マニュアルや災害発生時の研修や実践的訓練は実施されていませんでした。</p> <p><b>2) 利用者満足度調査や事業評価の定期的な実施</b></p> <p>個別の相談面接や外部人材による利用者の相談機会、これまで年 2 回行っていた利用者の満足度調査は、現在できていないとのことです。自己評価や 3 年以内の第三者評価受診も実施されていませんでした。</p> <p><b>3) 事業所情報の公開</b></p> <p>これまで行われた施設独自の満足度調査の結果の公表、情報の公表制度の広報、及び外部評価結果公開など、事業所の情報をより広く周知する取り組みは行われていませんでした。また、今回の第三者評価実施に伴う利用者アンケートでは、デイサービスでの様子が見えない、という声がありました。</p> <p><b>4) ICT 等を活用した労働環境・効率化の取り組み</b></p> <p>広いデイホールは、職員の動線が長く業務の効率化の余地があると思われました。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 災害時等の訓練機会の確保</b></p> <p>コロナ禍や時間外勤務が難しい体制下では、従前の様に多数で一連の流れを実践的に訓練することは難しいかと思われます。例えば既存のプログラムやミーティングを活用し、短時間かつ部分的に段階的に行うのはいかがでしょうか。初動対応の応答や電話連絡の応答訓練などはミーティングの延長で実施可能と思われます。事業所によっては、レクリエーションの時間を活用して利用者とともにホール内で避難誘導するプログラムを取り入れている所もあります。消火器の場所の確認や排煙窓の操作訓練なども実践として必要な事かと思われます。部分的であっても訓練機会が確保できるよう工夫をされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 利用者満足度調査や事業評価の定期的な実施</b></p> <p>コロナ禍で、外部人材による利用者相談の機会等は困難な状況かと思われます。内部の資源を活用して取り組みを工夫されてはいかがでしょうか。身近な「なじみの職員による相談機会」や「対面での満足度の聞き取り調査」など取り組みやすいのではないのでしょうか。また、法人全体で取り組むことができるようであれば、事業所の事務的な負担を減らしながら実施できるかもしれません。法人の事業に共通する調査項目や評価項目を設定し、法人全体で取り組むことで、分析や検討がより多角的になることも期待できるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 事業所情報の公開</b></p> <p>法人のホームページや事業所の広報誌には、理念や方針、サービス内容 地域活動の様子が視覚的にもわかりやすく掲載されていますが、デイサービスでの日常の様子や感染対策の取り組みなど、利用者が知りたいと思われる具体的な情報が届いていないと思われます。また、事業計画など事業所の取り組みの計画、取り組み状況などの情報公開はなされていませんでした。積極的な情報公開で透明性を確保することは、法人内外からの信頼を得ることや新たな人材確保にも良い効果を生むと言われています。デイサービスの日々の様子や取り組みを広報誌に掲載することや、情報公表や第三者評価結果のリンクを法人や施設のホームページに掲載する、といったことなどはすぐに取り組めることではないかと思われます。</p> <p><b>4) ICT等を活用した労働環境・効率化の取り組み</b></p> <p>広く長いフロアは移動の動線が長く、職員の身体的負担は小さくないと思われます。例えばインカムの活用は、負担軽減と情報共有の効率化が期待できると思われます。新しいものを導入することに負担や不安が大きいのと思われるかもしれませんが、多くの事業所が同様の課題を持ちながら、介護現場ではインカムともにタブレット等も定着しつつあります。業務の効率化と負担の軽減が図れるものとして導入を再度検討されてはいかがでしょうか。</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	2673100075
事業所名	デイサービスセンターサニーリッジ
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年9月21日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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) 理念及び運営方針はホームページに明示され、職員全員が持つ「オレンジファイル」にもファイリングされ職員手帳の機能を果たしていました。年2回の職員面談では「オレンジファイル」を用いて、運営方針等を再確認する機会を持たれています。2) 現場職員は、随時もしくは年2回の職員面談で意見を述べる事ができるとのことでした。毎月のデイ会議、管理者で構成される執行会議、理事会は、定期的開催されています。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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) 法人の中・長期計画と単年度計画は、職員個々が所有する「オレンジファイル」で周知され、年2回の職員面談時に個別に職員の意見を聞く機会を持たれています。4) 事業計画は、通所事業での具体的な取り組みが盛り込まれています。運営現状や達成状況はデイ会議で確認し、月次報告がなされています。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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。	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) 必要な法令は業務チェックシートにリスト化され、必要時はインターネットで検索できるなど、常に確認できるようにされています。自主点検表は複数名で取り組み、周知・理解に努められています。6) 責任者・管理者は、常に現場を確認し、毎日のミーティング時、また年2回の面談時に意見を聞く機会を作られています。7) 管理者不在時にも連絡がとれるようにされており、指揮命令系統通りに実施されているとのことでした。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		8) 年2回の面談時にはスキルアップの勧めや助成制度の説明をされているとのことでした。9) 研修計画に基づいて研修を実施されています。常勤職員2名、非常勤職員20名という人員体制ですが、入職時、1ヶ月後、半年後の振り返りの機会があります。「オレンジファイル」を活用し、現任者研修や年2回の自己評価や育成面談が行われていました。現任者研修は書面研修が中心となっていたため意見交換や互いに学び合う機会が少ないように感じました。10) 実習受け入れマニュアルは作成されていますが、実習指導者に対する研修は確認できませんでした。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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) 夏季・冬季・リフレッシュ休暇制度あり、常勤職員以外は有給休暇取得率は高く超過勤務が少なく、個人面談で職員の意向を確認し労働環境に配慮されています。12) 既存の休憩室に加え、併設のケアハウス内のベッドのある空き部屋を休憩場所として、また、二部制になったケアハウス内の食堂の一部スペースを使えるようにするなど、分散して休憩ができるよう工夫されています。メンタルヘルスには上位者と産業医の相談体制があるとのことでしたが、外部の相談窓口の確保や周知も望まれます。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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	B
		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	A
		(評価機関コメント)		13) 向日市役所の電光掲示板に事業所紹介を掲載されています。情報公表制度等の地域への広報は確認できませんでした。14) 毎年「地域交流感謝祭」、施設内でのサニーカフェ等の地域交流事業、認知症専門医による講演会の開催、また、向日市虐待防止ネットワークや在宅療養手帳委員会のメンバーとして等、多くの地域貢献活動に取り組まれています。いずれの活動もコロナで中断や縮小されていますが、再開や参画に向けての体制はあるとのことでした。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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) 法人のホームページやパンフレットには写真や具体的な内容が掲載されています。事前に体験利用について説明し、すべてのプログラムが体験できるようにするなど、丁寧に対応されています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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) 分かりやすいリーフレットを準備されています。利用者一人ひとりの状況に応じた説明をするなど工夫されているとのことでした。		

### (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	A
(評価機関コメント)		17~19) ケアマネジャーを通じて医療情報や希望を聞き取り、所定の様式で情報の収集と把握をされています。コロナ禍で対面でのサービス担当者会議は減っているとのことでしたが、電話や「在宅療養手帳」などから希望や意見を確認し、居宅のケアプランを基に個別援助計画を作成されています。20) 個別援助計画書の見直しは6ヶ月ごととなっていました。		

### (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) 利用者の退院前カンファレンスに参加する機会はコロナ禍で減っているとのことでした。希望者に発行されるという乙訓医師会発行の「在宅療養手帳」は、家族も含めた医療、介護に関わるすべての人が活用して情報共有が図られ、連携がなされていました。		

### (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	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) リーダーが現場職員の意見を聞いてマニュアルの見直しがされており、周知・活用されています。23) サービス提供状況は通所介護実行表および経過記録に記録されています。24) 相談員ノートや申送りノート、ミーティングの機会を活用し、看護・介護職合同で利用者の変化やケア内容・方針を情報共有されています。25) 送迎時に対面で、また「在宅療養手帳」や連絡帳を通して情報交換が行われています。		

### (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。	A	A
(評価機関コメント)		26) 感染症マニュアルが作成されており、感染症対策委員会の開催、書面配布の形式で研修が実施されています。27) 終業後の清掃ではチェックシートを活用し、エアコンや害虫駆除は業者委託されています。換気もされ臭気もなく、広いフロアは全体的に清潔が保たれていました。脱衣所天井近くの壁面の一部のカビについては、衛生面からも業者による清掃等の検討が望まれるかと思えます。		

### (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。	B	B
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) 30) 法人全体の緊急時対応マニュアルが作成され、定期的に更新もされていますが、コロナ禍のため研修や訓練は実施されていないとのことでした。29) 事故報告書が作成され、検討・改善策まで記述されていました。ヒヤリハットの報告数を増やす取り組みなどは工夫の余地があると思われます。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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) 利用時間、食事、レクリエーションは「選べる」ことから、プログラムにおける個々の意向を確認するしくみがあり、自己決定を支えるサービスとなっています。定期的に職員の研修機会も作られています。32) プライバシーや羞恥心に配慮できるよう、個々の職員での振り返りの機会が設けられています。フロア内に置かれた利用者情報メモは利用者の動線から離れた場所であるとはいえ、プライバシー配慮の観点からは改善の工夫を期待いたします。33) 断らないことを原則に利用を受け入れられており、受け入れができなかった場合には丁寧にフォローアップを行うとのことでした。			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		34) 送迎時や連絡帳などにより利用者の意向や要望を受けられています。個別の相談面接や利用者懇談会はできていないとのことでした。35) 受け付けた苦情・要望はマニュアルに沿って対応し、ミーティングや申し送りですみやかに職員に周知されています。要望を受けて取り組まれた内容を広報誌に掲載されています。36) 利用者アンケートの結果からも苦情等の相談窓口の説明が利用者に周知されていることがわかりました。外部人材による利用者の相談機会は確保されていませんでした。			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	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。	C	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		37) 年2回行われていたという利用者の満足度調査は、現在できていないとのことでした。38) 3ヶ月に一度の法人内執行会議においてサービスの質について検討し、現場の申し送りでも伝達されているとのことでした。39) 自己評価は実施されていませんでした。前回の第三者評価から3年以上経過されています。			