

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 11 月 13 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 7 月 8 日付（支援機構）で第三者評価の実施をお申込みいただいた（醍醐の家ほっこり様）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お役立てください。

記

特に良かった点とその理由
(※)

● 通番 9. 継続的な研修・OJT の実施

職員の教育・育成研修では、希少な存在としての職員を大切に育て介護・福祉サービスの実践的戦力として育て活かすことに視点を置いています。職員研修要綱と細目（新任・ステップアップ・中堅・リーダー・マネジャー・管理者・法人共通・OJT・種別等）を定め、職員に周知し確実に実施されています。特に、新人研修では感染症予防、対人援助等の他に、入職後 1 年未満の職員に対して、着任研修・マナー&コミュニケーション・コンプライアンス・IT スキル・チームワーク・メンタルヘルス/セルフケア・能力開発等々の対人援助に必要とされる研修を課題別に実施し、質の高いサービスが提供できるようにしています。他に、職員の自己啓発を促す「マナー接遇チェックシート/80 項目」を活用した取り組みや、担当指導者を配置した OJT を実施しています。OJT ではその成果を段階的にミーティング、中間、総括研修で確認しています。法人のデイ事業所合同会議で「今後求められるデイの形を考える・・・」をテーマに職員自らが事業の今後のあり方を考える研修を実施し、介護の現場で職員一人一人がデイサービスの担い手となり持てる力を発揮できる様にしています。

●通番 17. アセスメントの実施・個別状況に応じた計画策定

所定のアセスメント様式を使って、利用者一人一人の心身の状況や生活状況を踏まえた上で初回面接時・サービス利用時・目標の変更時・更新時・急変時等にアセスメントを実施し、定期的に通所介護計画は 6 か月、個別機能訓練計画は 3 か月を目途に見直しを行っています。見直しには、サービスの内容が法人の理念や運営方針、事業所の理念・コンセプト・モットーに沿っているか、利用者の現況と齟齬が生じていないか等を丁寧に確認し、利用者一人一人にとって望ましいサービスの提供に努めています。

●通番 24. 職員間の情報共有

職員は毎朝礼時での申し送りや業務日誌、ミーティングや申し送りノート

	<p>等、iPad を活用した利用者一人一人の援助経過の記録等で、利用者に関わる様々な情報を職員間で共有しています。月例のデイ会議やフロア会議等で担当者会議やカンファレンス、モニタリング情報等も踏まえて利用者一人一人の個別援助計画を見直しています。職員総意のもとで提供サービスの質の向上を図っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>●通番 30. 自然災害発生時の対応 現在地は市から土砂災害警戒区域に指定され、消防署などとの連携を記載したマニュアルを策定し、年2回の防災訓練に併せて、消火訓練や垂直避難訓練を実施していますが、コロナ禍の影響もあり、地域住民と連携した自然災害発生を想定した訓練は実施していません。現在、自然災害発生時における事業継続計画（BCP）を策定中です。</p> <p>●通番 36. 第三者への相談機会の確保 相談窓口に事業所関係以外の第三者を設置し、相談や苦情の受付担当者や連絡先については、契約時に「運営規定」「重要事項説明書」をもとに口頭で丁寧に説明し、事業所の玄関に掲示しています。市民オンブズマンや介護相談員等の外部の人材を受け入れて利用者の相談の機会を確保するところまでには至っていませんでした。</p> <p>●通番 39. 評価の実施と課題の明確化 定期的に事業所の評価を実施する担当部署や担当者等で事業所のサービス内容の評価や課題を明確にし、次年度の計画に生かしています。また、第三者による評価も3年に1回受診していますが、望ましいとされる年1回以上の自己評価（行政主導の自己点検ではない）が実施できていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>●通番 30. 自然災害発生時の対応 現在策定中の自然災害発生時における事業継続計画に（BCP）をもとに行政区の団体や組織、近隣の地域住民等と会合を持ち、具体的な対応策について議論を進めていかれることを期待しています。</p> <p>●通番 36. 第三者への相談機会の確保 手短に活用できる地域に根差した市民オンブズマンの構築が急がれますが、行政の介護相談員派遣制度を活用されてはいかがでしょうか。</p> <p>●通番 39. 評価の実施と課題の明確化 3年毎に受診されています第三者評価に備えて自己評価を毎年実施されることをお勧めいたします。第三者評価時に使用されている自己評価表を活用されるのも宜しいのではないかと考えます。</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	2670900618
事業所名	デイサービスセンター醍醐の家ほっこり
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	認知症対応型共同生活介護 居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	令和4年 10月 21日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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
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. 法人組織（社会福祉法人京都老人福祉協会）の理念と運営方針に基づき、事業所（醍醐の家ほっこり）の理念・コンセプト・モットーを明文化している。ホームページや広報誌・パンフレット等に掲載するとともに事業所内に掲示し、各種の活動記録紙に記載している。 2. 法人組織の各事業所に設置した各種会議（グループ長・デイ種別・事業所運営・デイ事業所・フロア等）に事業所の職員が参画し、案件別の意思決定を行っている。組織図・委員会図・業務日誌・各種会議の議事録等を整備している。		
(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	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. 理念・運営方針に基づく年度の事業計画を多角的な視点から課題を把握して策定し、年2回開催の全体会議で職員に周知している。職員は定例の各種の会議や委員会等で計画の進捗状況や妥当性を確認し、事業計画や職員研修(要綱)等を見直している。各種の実践記録で確認できた。 4. 通所介護計画書に、利用者に関わる看護職(看護・機能訓練)・介護職・専門職等それぞれの業務課題(計画書)と実践内容や達成状況等をPDCAマネジメントで記録整理している。月例の事業所(デイ)会議で意見交換・集約し改善に繋げている。		

(3) 管理者の責任とリーダーシップ計画の策定

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。	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。	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. 法人理念の実現に向けて、関連する各種マニュアルを整備し、職員一人一人が事業運営に遵守すべき法令について理解を深めるための課題別研修(虐待防止・感染症予防・個人情報保護等)を実施している。事業運営に必要な諸法令を常に職員が意識出来るような工夫(法令のリスト化等)が見受けられなかった。 6. 組織図を整備し、会議運営や経営マネジメント、チームケア等のテーマ別研修を実施し、事業所のリーダーを育成している。年2回法人書式の「ヒアリングシート」を活用して職員の意向を聴取している。管理者及び一般職員一人一人が「ヒアリングシート」に自己及び所属部署の課題と具体的な取り組み、達成度を記載している。 7. 各種の業務マニュアルに基づき、事業の実施状況等を業務日誌や各種の報告書等で把握し管理している。利用者の送迎時や不在時には事業所のフロアリーダーと常に携帯で連絡し合い、随時状況の把握に努めている。サービス満足度調査や運営推進会議で把握した利用者の意向をリスク回避に反映させている。		

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. 質の高い介護サービスを提供するために、法人経営本部が必要な人材や人員体制について管理・整備を行っている。指定基準を満たした上でそれ以上の職員を配置している。資格取得支援制度を設け、採用後の資格取得への取り組みを支援している。 9. 職員研修はカリキュラムに基づいて職種別・階層別・テーマ別等に実施している。新任職員は、採用時研修やフォローアップ研修等で事業に必要な知識や技能を身につけている。年2回、職員の自己啓発を促す「マナー接遇チェックシート/80項目」を活用し、また、コミュニケーションやチームワーク等の能力を高める研修を階層別に実施している。新入職員に対して担当職員を配置しOJT（ミーティング、中間、総括）研修を実施している。法人のデイ事業所合同会議で「今後求められるデイの形を考える・・・」をテーマに職員自らが事業の今後のあり方を考える研修を実施している。 10. 法人研修委員会主催で実習受け入れ担当者向けの研修を実施している。社会福祉士実習指導マニュアルに基づいて3か所の大学からの実習生を受け入れている。		
(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. 法人組織全体で働きやすい職場環境づくりに努めている。各種会議に現場の職員が参画し、様々な課題について意見交換している。36協定に基づき、勤怠管理システム（e-クロッキングス）で残業時間を把握し、有給休暇の活用を推進している。浴室にナースコールを設置し、看護職員の介助や見守り、医療的処置等の安全性を維持し、介護負担の軽減に役立っている。事業所内のPC設置に加えタブレット端末を導入し、介護ソフト「ほのぼのケアパレット」を使用している。据え置き型の記録媒体ではないため、利用者を見守りながら隣で記録をすることができ、送迎中の記録や情報共有にも役立っている。浴槽を個浴と2人浴にし、安全性と利用者の満足度を高めている。 12. 職員のメンタルヘルスに応じる「健康相談室・明るい健康推進室」の設置とラインケア（ラインケア研修）を整備している。トイレに案内ポスターを掲示し周知している。年2回、上司がヒアリングの機会を設け、産業医主導の「ストレスチェックシート」や共済会の福利厚生制度を活用し、職員の業務上の悩みやストレス解消に取り組んでいる。事業所内の小あがり（畳敷き）を休憩場所として、職員は足を伸ばし横になる等で心身を休めている。		

(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. 地域交流広報委員会が年3~4回、地域向けのカラー刷りの広報誌「ほっこりんぐ」「さくらだより」を発行している、SNSを活用し、家族や地域に事業所の活動内容を公開している。定例の運営推進会議で包括支援センターや民生委員、家族代表者等に事業所の活動を報告し地域に理解を深め、参加者の意見をサービスの改善に繋げている。 14. 広報誌「ほっこりんぐ」に脱水予防やストレッチ体操などの情報を掲載し、高齢者の在宅療養を支援している。リスクマネジメント委員会による防災教室等を実施していたが、コロナ禍の影響で中止している。2か月に1回、町内会の会合に場所を提供している。福祉避難所の指定を受けている。週1回、近隣のスーパーが移動販売車で生鮮食料品等の食材や調味料、日用品等を提供しており、利用者の楽しみとなっている。		

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
Ⅲ 適切な介護サービスの提供						
(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等で事業所の情報を提供している。パンフレットは利用者向けとケアマネ向けの2種類を用意している。利用希望者のお試しや見学にはその都度対応しているが、現状はコロナ禍の影響で新規利用者は少ない。利用希望者への対応は受付簿や相談記録で確認できる。			
(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. 重要事項説明書を活用して契約時に説明している。利用料金は、別紙で単位数だけでなく利用時間別に1日の利用金額を明示している。現在、成年後見制度の利用者はいないが、判断能力に支障があると認められるような場合は、外部の専門組織を案内している。			
(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. 所定のアセスメント様式を使って、利用者一人一人の心身の状況や生活状況を踏まえた上で初回面接時、サービス利用時、目標の変更時、更新時、急変時等にアセスメントを実施している。通所介護計画は6か月毎、個別機能訓練計画は3か月毎に見直している。担当者会議で聴取した医師・ケアマネジャー・他のサービス機関からの情報を取り入れている。 18. 居宅サービス計画書をもとに作成した通所介護計画書は利用者・家族等から同意を得ている。利用者・家族の意向については、初回面接時やサービス担当者会議で確認している。複数の事業所を利用している場合は相互に情報交換し、サービス内容に齟齬が生じないようにしている。 19. サービス担当者会議でケアマネジャー・主治医・他のサービス事業所の情報を聴取し、事業所のモニタリング情報を報告し、介護計画の変更などを提案している。 20. 月1回、一人一人の利用者のモニタリング情報をケアマネジャーに報告している。利用者の退院時に退院時カンファレンスに参加し、心身の状態を把握している。それらを事業所に持ち帰り、専門職で検討し計画の変更も行っている。			

(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. 利用者の主治医や医療機関、その他の関係機関や支援者等との間で連携体制と支援体制を確保している。入手した情報をケース記録に記載し、事業所内の職員間で共有している。		
(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	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. 各種の業務マニュアルや手順書を整備し、提供サービスの均等化を図っている。見直しは年1回定期的に実施している。点検・見直しの履歴が確認できなかったマニュアルがあったが、内容の点検は行っている。 23. 利用者一人一人の援助経過の記録を適切に行っている。また、iPadを使った記録をスタッフ間で共有している。文書管理マニュアルや手順書を整備し、利用者情報の管理業務を安全に遂行している。研修計画に沿って、各種マニュアルに基づく研修を実施している。 24. は毎朝礼時での申し送りや業務日誌、ミーティングや申し送りノート等で利用者に関わる情報を共有している。月1回開催のデイ会議やフロア会議で個別援助計画の見直しを行っている。 25. 利用者の利用時の状況を連絡ノート（連絡帳）に記入するとともに、朝夕の送迎時に口頭で家族等に伝達している。また、利用者の利用時の様子を家族等にSNSで提供している。		
(6) 衛生管理				
	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. 具体的な対策等も記載した感染症対応マニュアルを策定している。職員は感染症予防や適切な対応方法の知識や技術等を習得している。研修は、看護師が講師となり、感染者への接触時の対応（手洗いや消毒、ゴーグル・マスクの着用、ガウン・ネック等）や、アセスメントを確認し個別の対策に努めている。 27. トイレ、浴室、脱衣室、フロア内等はマニュアルに沿って毎日清掃と消毒を行っている。		

(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	B
(評価機関コメント)		28. 事故、緊急時、災害時それぞれの対応マニュアルを策定し、職員研修や訓練を行っている。法人本部に設置したリスクマネジメント委員会で事故等の報告を受け、内容の点検、対策の仕組み作り等を検討している。 29. デイサービス事業所は、利用者の誤薬による事故やヒヤリハット事例が多いと分析している。発生の都度作成した報告書をもとに、リスクマネジメント委員会で検討した結果を回覧で職員に周知している。 30. 現在地は市から土砂災害警戒区域に指定され、消防署などとの連携を記載したマニュアルを策定している。年2回の防災訓練に併せて、消火訓練や垂直避難訓練を実施している。コロナ禍が続く中、地域住民と連携した災害発生を想定した訓練は実施していない。現在、自然災害発生時における事業継続計画（BCP）を策定中である。		

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)		<p>31. 法人の基本理念に「利用者の尊厳保持」を掲げている。毎年、利用者満足度アンケートを実施し、利用者の意見や要望を収集している。サービス向上委員会が「マナー&接遇チェックリスト/83項目」で、職員が自己チェックを行い、自身の接遇の振り返りを実施し、結果を分析・評価し、より質の高い利用者サービスに役立っている。</p> <p>32. 職員研修で「プライバシーの保護」の周知徹底を図っている。肖像権については、利用者から承諾書を取得している。相談室や脱衣場等のプライバシーの配慮を要する場所は、個室に設え、カーテン等で仕切る等、他者には見えない・聞こえない環境にしている。</p> <p>33. 希望者は全て受け入れるようにしている。胃ろう装着の利用者の受け入れに際し、職員体制を組み直し受け入れたことがある。また、利用条件に合わない時（希望曜日の定員オーバー等）は他の事業所を紹介している。</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。	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	公的機関等の窓口に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. 利用者満足度アンケートを実施し、意見箱を設置している。また、苦情等の受付窓口体制を確立している。幅広く地域や法人内の第三者委員を選任し、事業所内に掲示する等、申し立てしやすい体制を構築している。利用者と家族の意見や要望は通所介護計画書の作成時に直接聴取している。</p> <p>35. サービス向上委員会で受け付けた苦情等の事実関係の把握、説明、改善、記録の保管などを行っている。また、分析・評価の結果を職員と共有し、サービスの向上に役立っている。</p> <p>36. 相談窓口に事業所関係以外の第三者を設置し、相談や苦情の受付担当者や連絡先については、契約時に「運営規定」「重要事項説明書」をもとに口頭で説明し、事業所の玄関に掲示している。市民オンブズマンや介護相談員等の外部の人材を受け入れて利用者の相談の機会を確保するところまでには至っていない。</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. 毎年実施の利用者満足度調査の結果を事業所の分析結果と補足説明を付記して利用者・家族等に配布している。調査で申し入れのあった利用者の意見等に応じて、好評のレシピを「ほっこりなごはん」として広報で紹介したことがある。</p> <p>38. サービス向上衛生委員会で、事業所内の各デイ種別会議やエリアデイ会議等が出た意見を集約し、結果を職員全体の意見として全職員に還元している。</p> <p>39. 各種の委員会や会議、担当者等で定期的に事業所の提供サービスについて評価を実施し、評価結果に基づいて課題を明確にしている。3年に1回、自主的に第三者評価（併せて自己評価を実施）を受診しているが、年に1回以上の自己評価（自主点検を除く）の実施が十分とは言えない。</p>			