

様式 7

**アドバイス・レポート**

令和 4 年 1 2 月 2 6 日

令和 4 年 6 月 2 3 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青嵐荘様につきましては、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役立ててください。

**記**

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1. ストレスの管理</b></p> <p>メンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当し、外部の相談窓口も利用できる仕組みがありました。管理者や考課面談で組織や上司に対する要望や不満を聞き取ってしました。福利厚生として、会員制による旅行・ホテルの割引サービスを職員が利用していました。リフレッシュ休暇（年間 7 日）や互助会（会費制）を組織し、職員旅行や忘年会に法人が費用補助していました。ハラスメントの規定を整備し、法人が委託する法律相談事務所が相談窓口となっていました。</p> <p><b>2. 利用者の家族等との情報交換</b></p> <p>利用時の連絡帳にて、日々の利用状況を伝達されていました。また希望者には、デイサービスでの様子を動画で撮影し、送迎時に家族に見ていただくなどの工夫をしていました。</p> <p><b>3. 事故の再発防止等</b></p> <p>毎日全職員がヒヤリハットや気づきを出す取り組み（「気づきメモ」）があり、出された報告を毎夕のミーティングにて振り返りを行い、再発防止策や改善の検討をしていました。さらに検討を要する場合は、主任会議でも検討されていました。また、内容によっては委員会でマニュアルや規程の見直しをされていました。例えば、玄関に段差があり、つまずいて転倒の危険があるという事例から、段差を解消しベンチの位置をより安全な位置に変更されていました。</p> <p><b>4. 災害発生時の対応</b></p> <p>火事・地震・浸水に対するマニュアルを作成し、年 1 回災害時想定訓練を実施していました。また、近隣の 5 か所の社会福祉法人と災害時に必要物資を相互に譲り合う連携協定の締結や、日置地区連合会と防災の協力協定を結</p>
---------------------	---

	<p>んで、訓練も実施していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1. 管理者によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>管理者は、主任・ワーカー会議に参加し、職員と意見交換していました。SNSを活用し管理者と職員間の情報交換していました。また、年2回管理者と職員の面談を実施していましたが、管理者に対する職員からの評価・見直しをする仕組みはありませんでした。</p> <p><b>2. 利用者満足度の向上の取り組み</b></p> <p>利用者の嗜好や個別機能訓練加算の取得に対するアンケートを実施し検討する仕組みはありましたが、サービス提供に対する定期的な満足度調査は実施していませんでした。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>事業所独自で日々の業務の見直しのための自己評価の取り組みや、そこから課題の抽出を行い、改善していくという仕組みがありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 管理者によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>管理者は年2回職員と面談の機会をつくり、丁寧に聞き取りをされ自身の評価も確認しておられましたが、職員が直接上司に言いにくいこともあるのではないのでしょうか。人事考課などによる上司から部下に対する一方向の評価制度とともに、逆の評価も大切ではないのでしょうか。上司が部下から評価を受けることで部下から十分に信頼を得られているかを評価・確認し、上司自身も見直しに向けて努力することで相互の信頼関係が深まり、風通しの良い職場づくりになるのではないのでしょうか。評価の項目としては、例えば「相談しやすいか」「職員に対する公平性について」「言動の一致の程度」などがあると思われ、評価者が特定されないように配慮して実施することをお勧めします。また、法人内には複数の事業所があるので法人全体で検討し取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 利用者満足度の向上の取り組み</b></p> <p>意見・要望を訴えることに遠慮がある利用者や家族もあるのではないのでしょうか。事業所としても、利用者の意見・要望の収集の機会を増やすことはさらにサービスの改善につながります。その方法として、調査を企画・実施する担当者または委員会を設置し、定期的な利用者満足度調査を実施し、集計・分析・対応方法を決定するように取り組まれてはいかがでしょうか。調査を通して、意見・要望を伝える機会をつくることで、利用者のさらなる安心にもつながるのではないのでしょうか。</p>

	<p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>サービスの向上のため定期的な事業所のサービスについて自己評価し改善をしていく仕組みは大切です。自己評価の方法として、例えば、第三者評価の項目を活用し、事業所の評価項目として定め、定期的に達成度を評価することで、さらにサービスの向上に取り組まれてははいかがでしょうか。その結果から新たに明らかになった課題を次年度の事業計画に反映して取り組むような仕組みを検討されては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	2672100068
事業所名	デイサービスセンター青嵐荘
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)	介護老人福祉施設 短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和4年12月7日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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
<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. 玄関や事業所ホールに理念や運営方針を掲示していました。朝礼で理念を唱和し、3月に職員会議で理事長が説明をし、職員への周知と理解に努めていました。理念の自立支援にそって、今年度はリハビリテーションの強化に取り組んでいました。利用者家族には、契約時に理念を掲載したパンフレットで説明をして理解に努めていました。 2. 法人の運営・施設運営・主任会議や事業所の職員（全職員対象）・ケアワーカー会議（デイサービス職員対象）開催し、ボトムアップによる案件別の意思決定の仕組みがありました。また、職務の業務内容と権限は「職員基準書」に明示していました。			
<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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 法人の事業計画を策定し、法人の運営方針と各事業所の取り組み課題や数値目標を定めていましたが、中長期計画の策定がありませんでした。 4. 法人の事業計画に基づいて、事業所の具体的な取り組み（財務・利用者・人材育成・地域貢献の視点での取り組み）を定めて四半期ごとに進捗状況を確認していました。			
<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)	<p>5.管理者は、法令遵守や法令改正について、研修の参加や法人の会議での通知などにより把握し、職員に伝達していました。事業運営における関係法令についてリストを作成し、インターネットで調べることができました。</p> <p>6.管理者は、主任・ケアワーカー会議に参加し、職員と意見交換していました。SNSを活用し管理者と職員間の情報交換していました。また、年2回管理者と職員の面談を実施していましたが、管理者に対する職員からの評価・見直しをする仕組みはありませんでした。</p> <p>7.管理者は、事業所を離れる時は携帯電話を所持し常に連絡がつく体制がありました。また、日々の業務報告や業務日誌等で事業の実施状況を把握していました。緊急時の連絡網を作成し、緊急事態が発生した場合は直ちに報告を受け指示を出せる体制がありました。</p>
--	------------	--

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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 人材育成の方針をホームページに公開し、社会人としての福祉職員の育成等を目指していました。職員の人員配置は法人運営会議で検討していました。採用後の資格取得支援は、介護福祉士・介護支援専門員の勉強会を開催する場所の提供の他、事業所で勉強会の資料のコピーができることや受験日の勤務調整をしていました。</p> <p>9. 法人で職員の等級ごとに段階的な研修体制を整備し、職員の研修計画にそって受講していました。また、希望により外部研修にも参加でき、旅費・交通費も支給していました。朝夕のミーティングで、職員の気づきについて検討と助言をしていました。職場内研修（感染症予防・身体拘束適正化・看取り等）の年間計画を策定し実施していました。</p> <p>10. 実習受入れマニュアルは整備していましたが、実習の受入れが無く実習指導者の研修は実施していませんでした。</p>		

### (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)		<p>11. 有給休暇の取得率や時間外勤務は管理者が把握し、有給休暇取得率の向上等労働環境水準に配慮していました。職員の就業状況や意向は、管理者や考課面談で把握し、法人運営会議で分析・検討していました。法人の育児・介護休業の規定を整備し、取得もしていました。職員の負担軽減として、リフト浴やリフト車を導入する他、夏場の入浴の負担軽減として冷却ベストを使用していました。また、SNSのアプリを活用し、スムーズな情報共有や機能訓練プログラム作成ソフトを導入していました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当し、外部の相談窓口も利用できる仕組みがありました。管理者や考課面談で組織や上司に対する要望や不満を聞き取っていました。福利厚生として、会員制による旅行・ホテルの割引サービスを職員が利用していました。リフレッシュ休暇（年間7日）や互助会（会費制）を組織し、職員旅行や忘年会に法人が費用補助していました。ハラスメントの規定を整備し、法人が委託する法律相談事務所が相談窓口となっていました。十分なスペースのある休憩室がありました。</p>		

(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)		<p>13. ホームページの公開や広報紙「青嵐の頃」（年3回発行）を関係機関に配布するなどしていました。詳細な事業所情報を玄関にファイルして開示をしていました。また、地域の催しのポスターなどを玄関に掲示していました。地域の文化祭に職員が付き添い出かけていました。</p> <p>14. 認知症サポーター研修に講師を派遣していました。事業所内のホールで地域住民向けの「だんないでカフェ」の開催の他、地域のまつりや文化祭にコーヒースタンドを出店し協賛をしていました。また、地域の「おでかけバス」に法人のリフト車（運転手付き）を出していました。</p>		

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. 玄関横に契約書類一式や各年度の事業報告を設置し、情報を提供していました。また、ホームページやパンフレットでも施設を紹介していました。見学対応や問い合わせは、「問い合わせ記録」に記録していました。			
<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. 重要事項説明書・契約書などは一括同意とし、文字も大きく読みやすい書式となっていました。判断能力に支障がある場合は、権利擁護のための仕組みを紹介し関係機関と連携を図っていました。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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	B	
	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)		<p>17. アセスメントは、施設独自のものを作成していました。アセスメントの定期的な見直しは定めていましたが、定期的に作成されたアセスメント表は確認できませんでした。</p> <p>18. 通所介護計画書には、利用者本人、家族の希望や意向を詳しく記載していました。</p> <p>19. サービス担当者会議で医師・看護師・介護支援専門員と情報を共有し、通所介護計画書に反映していました。</p> <p>20. 3ヶ月毎にモニタリングを実施していました。通所介護計画書作成マニュアルを整備して計画の変更を行っていました。</p>			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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. 利用者の状態に変化があった時は、かかりつけ医・訪問看護師に直接連絡を取っていました。関係機関のリストを作成し対応していました。地域ケア会議に参加し、関係機関と連携をとっていました。また、利用者の退院時には、介護支援専門員から情報提供を受けていました。			

(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	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、挿絵や写真を使用し、新人職員でも理解しやすい内容でした。またマニュアル変更が必要な事故等があった場合は、事故報告書にマニュアル変更済みの印をつけて確実に変更していました。また、業務マニュアル見直しの基準を定め、随時の見直しと定期で年1回の見直しをしていました。 23. 「個人情報保護マニュアル」に記録の保管・保存・廃棄を規定していましたが、持ち出しに関する規程がありませんでした。 24. 日常の利用者に関する情報は、毎朝夕のミーティング・申し送りノート・連絡帳を活用し共有していました。利用者の支援はケアワーカー会議を開催し職員間の意見集約をしていました。 25. 利用時の連絡帳にて、日々の利用状況を伝達していました。また希望者には、デイサービスでの様子を動画で撮影し、送迎時に家族に見ていただくなどの工夫をしていました。		

(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. 感染症予防のマニュアルを整備し、研修をしていました。職員が感染した場合の自宅待機の期間や事業所内で感染が発生した場合の対応方法の規程を整備して感染防止に取り組んでいました。また、二次感染の対策を講じて感染症のある利用者を受け入れていました。 27. 支援時の用途に合わせて、すぐに使用できるような物品は、整理・整頓していました。またオゾン発生器を設置し臭気対策をしていました。		

(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. 緊急時・事故対応マニュアル（車両事故等も記載）を整備していました。急病等発生時の救急搬送の手順の訓練をしていました。 29. 毎日全職員がヒヤリハットや気づきを出す取り組み（「気づきメモ」）があり、出された報告を毎夕のミーティングにて振り返りを行い、再発防止策や改善の検討をしていました。例えば、玄関に段差があり、つまずいて転倒の危険があるという事例から、段差を解消しベンチの位置をより安全な位置に変更したことがありました。 30. 火事・地震・浸水に対するマニュアルを作成し、年1回災害時想定訓練を実施していました。また、近隣の5か所の社会福祉法人と災害時に必要物資を相互に譲り合う連携協定の締結や、日置地区連合会と防災の協力協定を結んで、訓練も実施していました。		

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>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)		<p>31. 法人理念である人権の尊重を基本に身体拘束適正化・高齢者虐待防止委員会を毎月開催して人権や尊厳に配慮したサービス提供に取り組んでいました。身体拘束適正化・高齢者虐待防止の研修を開催し、「スピーチロック」についてのアンケートを実施してマニュアルや規程の見直しをしていました。</p> <p>32. プライバシー保護マニュアルを整備し、合わせてデイサービス独自のマニュアルも作成していました。トイレや入浴の介助は同性介助に取り組んでいました。プライバシー保護の研修も実施していました。</p> <p>33. 基本利用を断ることはなく、利用日の変更などを依頼し、できる限り利用者の意向に添うようにしていました。受入れが困難な場合は、介護支援専門員を通して他の事業所を紹介することとしていました。</p>			
<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	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ご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. 玄関に意見箱の設置や連絡帳の記載、送迎時の家族からの聞き取りをして意見・要望・苦情の収集をしていました。現在コロナ禍で中止していましたが、年1回家族との懇談会を実施していました。</p> <p>35. 「苦情処理規程」を策定し、意見・苦情は苦情解決責任者が報告を受け報告書を作成していました。報告書は主任会議で対応を検討し、施設運営会議や第三者委員に報告し、職員に周知するとともに事業所玄関に掲示し公開していました。</p> <p>36. 第三者委員を設置し、氏名や連絡先一覧を重要事項説明書に記載して玄関にも掲示していました。外部の人材による相談機会の確保はありませんでした。</p>			
<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。	A	B	
	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. 利用者の嗜好や個別機能訓練加算の取得に対するアンケートを実施し検討する仕組みはありましたが、サービス提供に対する定期的な満足度調査は実施していませんでした。</p> <p>38. 毎タミーティングやデイサービス会議、各種委員会でサービスの質の向上について検討していました。例えば、デイサービスでリハビリテーションを強化する取り組みにおいて、十分な広さがあるフロアーに場所を変更していました。地域ケア会議や近隣の5か所の社会福祉法人の会議に参加し、他事業所の取り組みの情報収集をして、自事業所と比較検討をしていました。</p> <p>39. 第三者評価は3年毎に受診をしていました。3ヶ月毎に事業計画における課題の進捗状況を分析して評価をしていましたが、日々のサービス提供における課題を設定し、自己評価する取組みはありませんでした。</p>			