

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 5 年 2 月 1 日

令和 4 年 1 1 月 1 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 夜久野デイサービスセンター様につきましては、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 (※)	1. ストレス管理 メンタルヘルスの相談窓口として専門医（福知山市内の神経内科）を配置していました。また職員からの意見や要望を投書できる「意見 BOX」を玄関フロアに設置していました。福利厚生制度として共済会への加入の他、法人より誕生日プレゼントを渡していました。また、ハラスメント防止規程を設けていました。 2. 職員間の情報共有 デイサービス職員会議を月 2 回に分け開催し、職員全員が参加出来るようにすることで、情報が共有しやすいように工夫していました。またこの会議では、利用者の情報だけではなく、各種委員会の内容に関しても情報共有していました。その他、利用者の個別の状況は職員連絡ノートを用いて日常的に情報共有していました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長の役割と責任は、「組織規程」にて文書化していました。また、デイサービス職員会議で職員の意見を収集していました。しかし、職員が施設長を評価する方法はありませんでした。 2. 評価の実施と課題の明確化 事業計画書に今年度の目標を記載し、経営・サービス・危機管理・情報発信等の項目ごとに進捗状況を評価して、達成出来なかった項目を次年度の目標に取り上げていました。しかし、第三者評価は 3 年に 1 度受診していませんでした。

具体的なアドバイス	1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長が自らの行動や方向性について評価する仕組みを作ることで、部下の指導方法や業務体制の見直しを考える機会となります。職員面談を実施していますので、その機会を活用し、部下からの評価を記載する様式を検討されてはいかがでしょうか。 2. 評価の実施と課題の明確化 第三者評価事業は、評価結果を公開することで、利用を希望する方や事業所利用を検討する介護支援専門員等にとって有益な情報を提供できる他、評価基準に基づき、サービスの提供体制や取り組み状況を客観的に評価し、強みや課題を再確認できるようになります。自施設のサービスの振り返りとして活用いただくためにも3年に1回は受診を検討し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	2671900054
事業所名	夜久野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)	介護老人福祉施設・認知症対応型通所介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	令和4年12月12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
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. 理念を玄関に掲示していました。また、ホームページや広報誌にも理念を掲載し周知していました。職員は毎朝理念の唱和を実施することで意識づけできるように取り組んでいました。 2. 理事会は年6回開催していました。またデイサービス職員会議で職員の意見を集約し、管理者会議において意見を反映する仕組みとなっていました。組織規程にて各責任を明確にしていました。			
(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. 単年度の事業計画に加え、中・長期計画（令和4年～6年）を作成していました。また、計画の策定や課題はデイサービス職員会議で明確にしていました。 4. デイサービス職員会議にて現状把握や課題を設定し、達成状況の確認を毎月行っていました。			
(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. 施設長は法令遵守の観点での研修「法令遵守について」に参加していました。把握すべき法令は関係法令規則一覧表で明確にしているほか、職員に向けて法令遵守の研修を実施していました。 6. 施設長の役割と責任は、「組織規程」にて文書化していました。また、デイサービス職員会議で職員の意見を収集していました。しかし、職員が施設長を評価する方法はありませんでした。 7. 施設長は携帯電話を所持することで、常に連絡が取れるようにし、緊急時に指示を仰ぐ体制を取っていました。また、日誌で日々の状況把握をしていました。
--	--	------------	--

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

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. 経営会議にて人員体制を検討・確認していました。また、資格取得支援として資格取得等支援制度実施規程（受講料補助）を設けていました。 9. 法人の年間研修計画に沿って研修を実施していました。また、デイサービス職員会議にて互いに学びあう勉強会（チームワーク作り）を実施していました。 10. 実習受け入れに対する基本姿勢や受け入れマニュアルを定めていました。実習指導者に対する研修も施設全体で実施していました。		

(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. 管理者会議にて各事業所の有給取得率や超過勤務の傾向を共有し、有給休暇取得を促すためのアプローチや時間外労働の軽減につながるよう取り組んでいました。スライドボードの活用やリフト付き送迎車を導入しているほか、腰痛ベルトの貸与を行い職員の負担軽減につなげていました。 12. メンタルヘルスの相談窓口として専門医（福知山市内の神経内科）を配置していました。また職員からの意見や要望を投書できる「意見BOX」を玄関フロアに設置していました。福利厚生制度として共済会への加入の他、法人より誕生日プレゼントを渡していました。また、ハラスメント防止規程を設けていました。		

(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. ホームページ及び広報誌「すずかけの木」に運営理念を掲載することで、地域に開示・広報していました。情報の公表制度の内容は玄関前にファイリングしていました。また、地域の広報紙「ふくしあん新聞」を玄関フロアに掲示し地域の情報を伝えていました。 14. 地域住民対象の出張出前講座（認知症）を開催していました。また、民生児童委員会に参加し福祉ニーズの把握に努めていました。
--	--	------------	--

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
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. 事業所の情報をパンフレットやホームページに記載していました。問い合わせや体験利用は記録に残していました。			
(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. 重要事項説明書にサービス内容と料金を記載して説明し、同意を得ていました。また、成年後見制度のパンフレットを事業所前に設置することで、必要性があった場合に案内できるようにしていました。			
(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. 所定の様式でアセスメントを実施していました。入退院があった場合などは主治医や介護支援専門員と連携し、情報収集していました。 18. 通所介護計画書を作成し、利用者本人から同意を得ていました。サービス担当者会議には、本人が参加していました。 19. 通所介護計画書は利用者の希望に加え、サービス担当者会議に参加した介護支援専門員や看護師、リハビリ職の意見を反映していました。 20. 利用者の状況に変化があれば、通所介護計画書の見直し変更を行っていました。また、計画を変更する基準を定めていました。			
(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. 他事業所や医療施設のリストを作成していました。入退院があった場合、病院の看護師からの情報を共有していました。また、民生児童委員会に参加し、地域の情報を共有していました。			
(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. 施設の業務マニュアルを6ヶ月に1回更新していました。また、事故があればその改善策を業務マニュアルに反映していました。 23. 利用者の状況を介護ソフトに入力していました。また、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄を個人情報管理規程に定めていました。 24. デイサービス職員会議を月2回に分け開催し、職員全員が参加出来るようにすることで、情報が共有しやすいように工夫していました。その他、利用者の個別の状況は職員連絡ノートを用いて日常的に情報共有していました。 25. サービス提供時の状況は、相談員が家族等に対して定期的に電話連絡をすることで、情報共有と意見交換をする他、送迎時に職員が家族に直接伝えていました。		

(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. 感染予防マニュアルは、最新の情報が出る都度更新していました。二次感染を防ぐ対策をマニュアルに記載し、それに沿って受け入れていました。また、感染症の研修を年2回実施していました。 27. 事業所内の清掃は職員が実施しており、清潔保持に努めていました。臭気が気になることもありませんでした。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 緊急時対応マニュアルを整備し、事故対応の研修も実施していました。今回は窒息時の対応について研修していました。 29. 事故が発生した場合、記録ソフトや報告書に詳細に記録し、相談員が家族に報告していました。また、リスクマネジメント安全対策管理委員会で再発防止に向けた対応策を検討していました。 30. 災害時の命令系統、連絡先が明確になっている「災害発生時マニュアル」を整備しており、防災訓練を地域の方にも案内していました。しかし、マニュアルは地域との連携を意識した内容がありませんでした。		

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
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. 利用者の人権や意思を尊重する事を理念に明記し、デイサービス職員会議内で日常業務を振り返るように検討項目として議題に挙げていました。高齢者虐待防止法に関する研修は全職員が参加出来るように4回に分けて実施していました。 32. プライバシー保護マニュアルを作成し、デイサービス職員会議内で不適切なケアを行っていないか、また、過去に協議し変更した内容が適切であったか見直していました。個人情報保護・プライバシー保護の研修は全職員が参加出来るように4回実施していました。 33. 介護支援専門員から利用希望に関する連絡があった場合は利用変更ノートに必要な情報を書き込み、新規受付を行っていました。今まで利用を断った事例はありませんでした。				
	(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. 意見箱を玄関に設置し、無記名で意見が言えるようにしていました。そのほか、家族と情報交換するための連絡帳で意見や要望を受け付けて対応していました。受け付けた意見や要望はデイサービス職員会議で分析して改善策を検討し、実施に繋げていました。 35. 利用者の意見・要望・苦情の相談解決システム運用規程を作成し、意見・要望等があればマニュアルに沿って対応していました。結果については個人情報に配慮し、施設内の掲示板に、内容と対策を掲載していました。 36. 第三者委員、公的機関の相談窓口を重要事項説明書に記載していました。また苦情があった場合は、苦情マニュアルに沿って対応していました。現在はコロナ禍で訪問はできていませんが、福知山市から介護相談員が訪問し相談の機会を確保していました。				
	(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)	37. 年に1度（11月）に満足度調査の結果はデイサービス職員会議で分析し、議事録にまとめ、全職員に回覧するほか、施設機関誌に掲載していました。改善した内容について次年度の満足度調査の項目に組み込み、サービスが改善できているかを利用者及び家族に評価される仕組みを構築していました。 38. サービスの向上について協議する会議（デイサービス職員会議、管理者会議、相談員会議を各月1回）を開催し、多くの職員で検討する仕組みとなっていました。地域のデイサービス事業所が集る「デイサービス職員研修会」を年2回参加し、情報交換を行い双方の取り組みを比較する機会を設けていました。 39. 事業計画書に今年度の目標を記載し、経営・サービス・危機管理・情報発信等の項目ごとに進捗状況を評価して、達成出来なかった項目を次年度の目標に取り上げていました。しかし、第三者評価は3年に1度受診していませんでした。				