

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 5 年 3 月 3 日

令和 5 年 1 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梅林園様）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. 各職種の職員が連携し、利用者に寄り添ったサービスを提供しています

○令和 2 年に従来型のデイサービスから地域密着型デイサービスに変わりました。定員も 30 名から 15 名となり、利用者は広いスペースの中で、ゆったりと過ごすことができます。

○介護、看護、栄養及び機能訓練を担当するそれぞれの職員が協力し合い、質の高いサービスが提供できています。

○食事時には、栄養士が利用者の嗜好や摂食状況を確認しています。

○デイサービスとしては珍しく「特浴」（ストレッチャーなどに寝たまま入浴できるタイプの浴槽）の設備を持っており、介護度の高い利用者への入浴に活用し、利用者大変喜ばれています。

○地域のケアマネジャーとの連携も良く、気になることはすぐに対応するようにしています。

2. 研修センターを中心に充実した研修計画が立てられています

○園内に独立した組織として「研修センター」があり、法人全体及び各事業所の研修計画を策定するとともに、中・長期の視点を持った人材育成計画を策定しています。また、個々の職員の研修受講状況も確実に把握し、職員の個別研修計画の策定に活かしています。

○「研修センター」は各事業部から必要とされる研修の要望をもとに、外部研修の情報も入手し、内外部を総合した研修計画を立案することで職員のスキルアップをサポートしています。

○デイサービスにおいては、認知能力に支障のある利用者が増えている状況もあり、職員の希望により認知症対応やコミュニケーションスキルなどの研修も実施しています。

	3. 働きやすい職場環境が整っています ○法人(梅林園)施設内に託児所「子育て支援ルーム」が設置されており、子育て中の職員にとって、心強い味方になっています。 ○ゆったりとした休憩室が確保されており、休憩時に歓談するなど職員にとってリフレッシュできるスペースとなっています。 ○利用者が入浴する際の移乗時にスライドシートを導入し、介護者の負担を軽減するなど労働環境に配慮しています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	1. 中・長期事業計画の策定が望まれます ○人材育成計画においては、中・長期の視点がありますが、事業所全体としての中・長期事業計画が策定されていません。利用者ニーズや業務上の課題をもとに、単年度では解決できない中・長期的な取り組み目標の設定が望まれます。 2. 利用者満足度の把握が不十分です ○日頃の利用者や家族とのコミュニケーションから利用者満足度を把握していますが、利用者の思いを総合的・定期的に把握する仕組みは必要です。 3. サービスの質の向上のための体制が不十分です ○現在事業所では、朝、昼のミーティングで諸課題を検討していますが、全職員が定期的に集まって事業計画、事業評価、ケアカンファレンス等を協議する場がありません。
具体的なアドバイス	1. 中・長期事業計画の策定について ○業務上の諸課題を整理し、いくつかの項目(体制、研修、設備等)に分けた上で項目ごとに達成目標(数値化したもの)と達成時期(5年～10年)を、設定してはいかがでしょうか。 ○計画(P)・実行(D)・評価(C)・対策(A)のサイクルは大変重要です。そのためには、具体化された計画(P)の策定が欠かせません。 ○具体的な中・長期計画の策定の結果として、単年度計画の課題もより明確なものになると思います。 2. 利用者満足度の把握について ○「意見箱」で用意されているアンケートフォームを使って満足度調査を実施しては如何でしょうか。答えやすい内容になっており、利用者にもそれほど抵抗はないと思います。何よりも、毎年継続して実施することで経年変化に気づかされ見えてくるものがあるはずです。 ○また、利用者・家族からの苦情への対応も重要です。一つの苦情の背後に、十の隠れた不満があると言います。利用者・家族からの苦情は、サービス改

	善のための宝物です。苦情を解決し改善することは、同時に満足度を高めることにつながります。 3. サービスの質の向上のための体制について ○現在法人では、事業別に組織された各種委員会が事業実施状況を把握し、各事業の諸課題を明確にしています。しかし、各事業所には、課題への取り組み状況について、ミーティングで話し合う以外自らが評価するための仕組みがありません。 ○現在の朝・昼のミーティングとは別に、全職員が集まる職員会議を最低四半期ごとに開催し、その場で自己評価を実施しては如何でしょうか。その会議の場で中・長期及び単年度計画の達成状況を把握し、さらなる課題を明確にすることで PDCA サイクルを作ることが期待できます。 ○上記の職員会議は、自己評価と同時に利用者のケアカンファレンスの機会としても活用することをお勧めします。特に、最近利用者に認知症の方の割合が増えてきている中、認知症の知識及び対応スキル等の課題について、検討の場にもなると思います。
--	--

※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	2 6 7 2 8 0 0 7 1
事業所名	デイサービスセンター梅林園
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)	介護予防通所介護相当サービス
訪問調査実施日	令和5年2月7日
評価機関名	NP0法人きょうと介護保険にかかわる会

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. 理念及び運営方針は、ホームページやパンフレットに掲載され、施設内にも掲示されています。また、入職時はもとより年度初めには全職員に説明し、全体会議や研修時でも周知を図っています。利用者や家族に対しては契約時に説明しています。 2. 各種委員会や会議の意志決定のプロセスが明確に定められています。理事会は、年度内に3回以上は開催されており、施設長が出席しています。また、デイ会議や各種委員会で出された職員の意見は、部課長会を通じて事業所運営に反映されています。さらに、理事長が各種委員会に必ず出席するなどして直接現場の意見を聴取しています。職務分掌規程により、権限の委譲と責任について、明確に定めています。			
(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. 単年度の事業計画については、利用者のニーズ等をもとに経営課題を明確にした上で、策定されています。食事内容や入浴方法などについて、利用者の要望を丁寧に聴取しています。計画の策定は、職員全員の意見を集約して課題の明確化が行われており、職員の意向も反映される仕組みとなっています。しかし、中・長期計画の内容は人材育成計画に限定されており、事業所の運営計画としては十分なものとは言えません。 4. 介護、看護、栄養、機能訓練の各業務レベルにおいて検討された課題をもとに、事業所の年度計画を策定しています。毎月の部課長会において計画の達成状況を確認し、必要に応じて見直しています。利用者からの特浴（ストレッチャーなどに寝たまま入浴できるタイプの浴槽）の希望に応じて、設備を見直した事例がありました。			
(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。	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. 経営責任者(園長)は、法令順守の観点での経営に関する研修に参加しており、現場責任者(デイの副センター長)は、事業を実施するうえで把握すべき法令等についてリスト化し、必要に応じてすぐに調べられるようにして整備します。法人のコンプライアンス委員会が毎月開催され、法令遵守についての研修も毎年実施して、法令順守のための取組を行っています。 6. 職務分掌規程により、園長は、自らの役割と責任について文書化し、職員に表明しています。また、理事長、園長は、デイ会議や各種委員会に出席し、直接職員の意見を聞き、事業所の運営方針に反映させています。しかし、上司を評価する仕組みはありません。 7. 現場責任者は、施設内で業務を行っており、送迎等で事業所を離れる場合においても、携帯電話で、常に連絡がつく体制がとれています。現場責任者は、朝のミーティングに出席し、連絡ノートや業務日誌に酔っても、随時状況を把握しています。事故等の緊急事態が発生した場合、職員は直ちに現場責任者に報告し指示を仰ぐ体制となっています。			

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	
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. 法人本部において人材確保及び人材育成計画を策定し、必要な人材や人員体制について、管理・整備を行っています。採用に当たっては、有資格者や実務経験者を優先していますが、入職後の資格取得についても取得費用の負担や勤務調整をするなどの支援を行っています。 9. 介護部に属する「研修センター」が、研修計画の策定及び研修の実施を担当しており、外部研修についても情報を入手し、職員に情報提供を行うとともに、受講を促しています。また、外部研修受講時には勤務調整や参加費の負担を行う等の配慮をしています。研修参加者による伝達研修を実施し、職員が互いに学び合い、気づきにつながる機会になっています。 10. 実習受入れマニュアルにより、受け入れ姿勢を明文化して、受入れ時の連絡窓口、オリエンテーションの実施方法等を明確に定めています。管理者は、実習指導者研修を受講しています。毎月、近隣の支援学校や大学から実習生を受け入れています。			
(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. 管理者は、職員の有給休暇の消化率や時間外労働について把握しており、毎月の勤務シフト作成時に職員の希望を聞くなど就業状況についても配慮しています。育児休業や介護休業等は適切に取得されています。また、スライドシートの活用などで職員の介護負担軽減を図り、労働環境に配慮しています。さらに、園内に「子育て支援ルーム」（託児所）が設置されており、働きやすい職場となっています。 12. 産業医による相談体制があり、毎年、ストレスチェックを行うなど、メンタルヘルスの維持を図っています。職員用意見箱が置かれ、上司に対する要望・不満をくみ取っています。福利厚生の一環として共済会制度があります。また、広くゆったりとした休憩室が確保されており、職員にとってリラックスできる場所となっています。各種ハラスメント規定は就業規則に明記され、苦情を訴えたり相談が出来る体制が整えられています。			
(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. パンフレットや月刊誌「こもごも」で事業所情報を、地域に開示しています。近隣の小、中学校や支援学校と交流する、地域の文化祭の作品展に利用者の作品を出展するなど、利用者と地域の交流を図っています。 14. コロナ禍以前には、城陽市在宅介護支援センター主催の研修会に参画し、専門的な技術講習を行うなど、事業所の有する機能を地域に還元していました。コロナ禍収束後は、再開される予定です。また、地域住民に向けて在宅介護支援センターとともに相談事業を実施し、地域の福祉ニーズの把握にも努めています。			

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
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. 法人ホームページ、パンフレット、機関誌により事業所情報を提供しています。重要事項説明書、契約書、料金プランは分かりやすいものになっています。また、見学者や問い合わせには適切に対応し、記録を残しています。			
(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. サービスの開始にあたっては、重要事項説明書や料金プラン表を使い分かりやすく説明しており、保険外のサービスについても料金表により説明しています。サービス内容や料金について利用者本人や家族に同意を得ており、判断能力に支障がある利用者とは、正当な代理人と契約を交わしています。			

(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. 事業所独自の様式で利用者の心身状況、生活状況を記録し、アセスメントを行っています。ケアマネジャーの基本情報をもとにしつつ、事業所として改めて本人の思いを確認し、詳細に記録しています。3か月ごとにアセスメントを行い、入退院時や必要と判断する際には再アセスメントを実施しています。 18. 個別援助計画には、利用者、家族の希望を尊重して設定した利用者一人ひとりの目標が記載されています。サービス担当者会議は、利用者の自宅で開催され、利用者や家族の意見・希望を聴いています。 19. サービス担当者会議には、専門職（介護支援専門員、機能訓練士等）が参加しており、意見交換をしています。また、必要に応じて利用者のかかりつけ医の意向も、ケアマネジャー経由で確認しており、専門家の意見を個別援助計画に反映しています。 20. モニタリングは毎月行っており、その際に、個別援助計画の見直しも行っています。区分変更や入退院時などには、専門家の意見を聞き、計画を見直しています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		21. ケアマネジャーを介して医師と連携を取っており、入退院時にはケアマネジャーから必要な情報を得ています。また、訪問看護事業所と事業所の看護師は、医療情報に関して密に連携しています。地域の関係機関（地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員等）とも連携しています。		

(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。	B	B
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・手順書は、当該業務担当の各委員会で作成し、職員全員に配布されています。マニュアルは、大変分かりやすく、実用的な内容となっており、各委員会で、利用者の苦情や職員の意見を反映して、毎年、見直しもしています。 23. 介護日誌に、利用者のデイでの活動状況が、詳細に記録され、計画に基づくサービス提供の経過は、個人ファイルに、記録されています。文書管理規程に、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄について定めており、職員は記録の仕方についても、研修を受けています。個人情報保護法の観点からの研修も、実施されています。 24. 毎朝の朝礼で、連絡帳により、申し送り事項を共有しています。また、遅出の職員は、必ず連絡帳を確認し、利用者に体調の変化や薬の変更等があれば、看護職員が確認の上、関係職員と確実に情報共有しています。介護日誌に対応記録を残していますが、確実に情報を伝えるための書き方も、課題とのことです。また、定期的なケアカンファレンスの開催も、望まれます。 25. 利用者送迎時に家族と面談し、利用状況やモニタリングの結果を伝えています。送迎時に、介護に携わる家族が不在の場合には、電話等で連絡しています。また、手紙で定期的に様子を伝え、機関誌「こもごも」を毎月送り、デイでの活動状況を伝えており、「月刊デイ」では、献立などをお知らせしています。		

(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. 感染症マニュアルを作成し、職員に周知徹底しています。感染症についての最新の情報を集めて研修を実施しています。利用者が通所サービス利用後に感染症に罹患したことが分かった場合の二次感染を防ぐための対応マニュアルも策定しています。 27. 施設内の書類、備品等は、整理・整頓されています。食堂、トイレ、浴室などは清潔で衛生的な状態が保持されていました。また、トイレをはじめ諸施設は、臭気も無く、建物内部の美観も維持されていました。		

(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. 事故・緊急時の対応マニュアルが整備され、職員に配布されています。事故防止対策委員会により、送迎時の事故や施設内での転倒事故等を想定した研修会が開かれています。緊急時の連絡網が作られ、責任者及び指揮命令系統は明確になっています。 29. 事故発生時はマニュアルに基づき適切に対応し、家族や関係者に説明しています。事故やヒヤリハット報告書は適切に記録され、事故防止対策委員会で原因や対応方法について分析した上で、適宜マニュアルの見直しをしています。重大事故に至ったケースは無いとのことです。 30. 災害を想定した対応マニュアルを作成し、毎年避難訓練を実施しています。訓練時の役割分担は明確になっており、地域の消防署とも連携して訓練を行っています。		

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
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. 理念に「仁愛」が掲げられており、職員は利用者の人権尊重を第一に、日々サービスを提供しています。年2回「振り返りチェックシート」により、自らの行動を振り返る仕組みがあり、人権擁護に関する研修も実施しています。身体拘束廃止委員会で、身体拘束禁止や虐待防止についての指針が作られ、毎年研修を行っています。 32. 職員は毎年人権研修を受講し、利用者のプライバシーの保護や羞恥心への配慮について学んでいます。脱衣時のプライベートカーテンの使用や排泄時の声のかけ方など、羞恥心に配慮したサービス提供を心がけています。 33. 利用申し込みを受けられない場合は、理由を丁寧に説明し他の事業所を紹介しています。基本、利用を断わることはないとのことですが、定員の関係で曜日の変更をお願いすることはあります。				
	(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。	B	B	
	(評価機関コメント)	34. 送迎時や連絡帳で、利用者や家族の要望や苦情を聴取するように心がけています。施設内に「意見箱」を置き、アンケート形式の要望シートを用意して、提出しやすいように工夫しています。苦情相談解決委員会で研修を行い、意見・要望・苦情は、サービス改善の機会であることを職員に周知しています。定期的な利用者懇談会は開催していませんが、サービス担当者会議やモニタリングの機会に利用者の意向や満足度を把握しています。 35. 苦情対応マニュアルに従い、利用者の意見・要望・苦情は適切に処理されており、苦情相談解決委員会でそれらは記録され、サービスの提供に生かされています。施設内には「意見箱」が設置されており、その内容や対応状況について、意見箱の横の掲示板に個人情報に配慮しながら公開しています。また、必要に応じ機関紙でも公開するようにしています。 36. 事業所以外の第三者や公的機関等の相談窓口については、施設内に分かりやすく掲示されています。しかし、重要事項説明書には、相談窓口担当者名や第三者委員名、連絡先等が記載されていません。重要事項説明書の改訂を検討しているとのこと、その際に整備されることを願います。				
	(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	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。	B	B	
	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. 満足度調査はしていませんが、利用者や家族の意向・満足度は、送迎時やケアマネジャーからの情報をもとに把握するように心がけています。おやつメニューなどは、利用者の希望を聞いて決めるようにしています。利用者の満足度調査実施について、検討することが望まれます。 38. サービスの質の向上について検討する仕組みがありません。毎朝のミーティングで、介護職・相談員・看護職が、サービス改善のために話合っていますが、個別の検討課題を組織として集約し、事業所全体でサービスの質の向上に取り組む必要があります。そのためには、まずは職員会議を開き、仕組み作りについて議論されることを望みます。 39. 各委員会活動の取り組みの中で自己評価を実施していますが、事業所としての自己評価が行われていません。事業所内に定期的に自己評価を行う仕組みを作ることをお勧めします。地域密着型通所介護としては初めての第三者評価の受診ですが、他の部署と併せての受診は、三年に一度以上、実施しています。
--	--	---