

# アドバイス・レポート

令和 5 年 3 月 29 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 5 年 1 月 13 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（木津芳梅園デイサービスセンター）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 地域への貢献</b></p> <p>法人理念である「地域に思いを寄せてご利用者様と職員にとってすこやかな居場所を目指す」ことを普段からの地域との関わりの中で、地域課題に対して事業所として何かできることはないかという意識を持ち、実践されていることが感じられました。地域住民が主催されているサロン活動に、交通手段や身体的な状況などで足を運べない住民の方でも参加ができるよう、事業所の車両や職員を活用し、低額な料金で送迎の協力を月 2 回、年間を通じて実施されています。</p> <p><b>2) 労働環境の配慮</b></p> <p>「無駄な残業を無くす」「業務内で仕事ができるように考える」など職員の労働環境の向上を目的に、分析・検討を行う「働き方改革マネージャー」を法人本部に設置されています。具体的な取り組みや成果としてはこれからということでしたが、組織として職員の労働環境を大切に考えられていることが感じられました。また、移乗用リフトを特養、デイ共に設置するなどの腰痛予防対策も取られており職員の負担軽減に努められていました。</p> <p><b>3) 職員間の情報の共有</b></p> <p>職員間の情報共有の方法として SNS を使用されており、タイムリーに情報発信できるシステムを取られていました。職員のヒアリングの中でも「情報が伝わりやすい」、「必要な情報がすぐに入ってくるので安心して仕事に入りやすい」と好評でした。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 課題の達成状況の確認と見直し</b></p> <p>部署や職種ごとに年間活動計画目標を立て、課題の達成に向けての取り組みや状況は会議等を通じてその都度共有されていますが、定期的な確認と必要に応じた見直しの実施状況は確認できませんでした。</p> <p><b>2) 個人情報の保護</b></p> <p>利用者の個人ファイルを入れる棚の扉が外されており、ファイルに書かれている利用者の名前がフロアから見える状態でした。また、食事の下膳の時間に利用者が通る通路にパソコンが出されており、通行する際にパソコン上の利用者の名前や食事量などの個人情報が見える状態で設置されていました。</p> <p><b>3) 苦情の公表</b></p> <p>『相談・苦情マニュアル』にて苦情・相談体制を整え、年 1 回『利用者満</p>

	<p>足度調査』を行い利用者の意見・要望を収集するなど、意見・要望・苦情を汲み取るシステムを整備されていきました。また、頂いた苦情に対しても「苦情報告書」の作成など適切に対応されていきましたが、第三者への公表がされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 課題の達成状況の確認と見直し</b></p> <p>法人の事業計画に基づいて、部署や職種ごとに年間活動計画目標を立て、課題の達成に向けての取り組みや状況は会議等を通じてその都度職員間で共有されていますが、定期的な確認や必要に応じた見直しをする機会が無いと状況の把握だけになりがちです。課題や達成状況を定期的に確認する機会を持つことで、この間の進捗や新たな課題を事業所全体で共有でき、目標達成に向けた取り組みにつながります。定期的な確認時期は、四半期ごとが理想ですが、6か月もしくは、最低でも年1回は必要です。コロナ禍で職員が一堂に会する機会が難しくなったとお聞きしましたが、会議や研修もオンラインを活用したり、ラインワークスというSNSツールを導入され、職員全員が使用できているとのことでしたので、それらのツールを活用し、取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 個人情報の保護</b></p> <p>下膳の際に食事量をパソコンに打ち込むため、その時間だけ通路にパソコンを置かれていましたが、多くの方が通行する場所でもあり、名前や食事量などの個人情報が簡単に覗ける状態となっていました。業務の効率化は必要なことだと思いますが、食事量を打ち込まない時間や職員がパソコンから離れる時などには画面に布やカバーをかぶせるなど、他の人が画面を覗くことができない工夫をされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 苦情の公表</b></p> <p>頂いた意見や苦情、その後の改善に取り組んだ内容などの公表が利用者や家族等に公表されていませんでした。事業運営の透明性を確保するためにもそれらの公表を検討されてはいかがでしょうか。コロナ禍のために掲示しても見る人がいないとの話もありましたが、ホームページや広報誌の活用も検討されるのも方法の一つだと思います。公表することで、より利用者等から施設利用への安心感や信頼感を得られるものだと思います。</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	2671400022
事業所名	木津芳梅園デイサービス
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・(介護予防)短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和5年1月30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明示され、玄関ホールへの掲示や広報誌にて周知されています。また、現在の組織や地域の状況に合わせて法人設立以来初めて理念の見直しをされ、見直しにあたっては法人内で公募を行うなど職員一人ひとりが理念に対する意識や理念を身近に感じられる取り組みをされていました。2) 理事会をはじめ、意思決定に必要な各種会議は開催されています。会議図にて各種会議の目的や担当者の役割、構成メンバーなどが明記され、どこで何が決定されているか一目でわかる仕組みになっていました。		
<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	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	B
	(評価機関コメント)			3) 中・長期計画に基づいて単年度の事業計画を策定されています。職員全員が意識し、目標に対して取り組めるよう、年度初めに各種会議にて伝達・周知されています。4) 部署や職種ごとに年間活動計画目標を立て、達成に向けての取り組みや状況はその都度共有されていますが、定期的な確認と必要に応じた見直しの実施状況は確認できませんでした。		
<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	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) 法令集は必要時に調べられるよう事務所に設置され、研修も実施されています。また、法人内のSNSを活用し、制度改正の情報等もタイムリーに発信できる仕組みがありました。6) 目標管理シートに基づいて全職員に対して年3回ヒアリングを実施し、また京都府福祉職場組織活性化プログラムを活用し、職員から意見を聞く機会を持たれています。7) 管理者は業務日誌や記録等で日々の状況を確認され、携帯電話やSNSにて必要な指示や報告ができる体制を整備されています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
(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) 実務者研修を法人で開講され、介護福祉士など資格の取得ごとに給与表の号俵が2段階アップするなど、キャリアアップの仕組みが整備され、職員のモチベーションにも繋がっていると感じました。9) 研修委員会にて法人全体の年度計画を策定・実施されています。新人職員については、採用時研修として2週間の期間を設けて丁寧に研修を実施され、OJT担当者も定められています。10) 新型コロナウイルスの影響もあり、この数年は実習の受け入れがありませんが、実習受け入れマニュアルは整備され、実習指導者も法人内の各拠点に配置されるなど、いつでも実習生の受け入れができる体制が整備されています。		
(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) 有給休暇や時間外労働はデータ管理され、各部署の責任者へのフィードバックのほか、理事会でも報告・検討されています。また、『働き方改革マネージャー』を法人本部に設置し、労働状況の把握や分析により、労働環境をさらに高める取り組みを行っておられます。12) メンタルヘルスの相談窓口は外部に委託して設置され、窓口の連絡先等も職員に周知されています。ハラスメントの相談窓口も設置されていますが、担当者が現在男性のみのため、より相談しやすいように女性の担当者も検討されています。		
(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) ホームページと広報誌を通じて事業所の情報を発信されています。広報誌については利用者家族のほか、自治会の回覧板にも入れられるなど、地域住民に事業所を知って頂く工夫をされていました。14) 地域住民が開催されているサロン活動に、交通手段や身体的に課題がある住民の方でも参加ができるよう、事業所の車両や職員を活用し、低額な料金で送迎の協力を実施されています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
(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) パンフレット等で利用者に情報は提供されています。また、料金についてもわかりやすく説明するために料金表を作成されていました。体験利用も積極的に受け入れておられました。また、ホームページとは別にInstagramを利用し、施設の情報を公開されていました。		

<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) 重要事項説明書等の説明の同意はサインをしっかりと貰われていました。事前のアンケートや利用者のヒアリングでもサービス開始時に十分な説明を受けたと答えられていました。料金についてもわかりやすく説明するための簡易表を作成するなどの工夫をされていました。		
<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	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) 細かい変化などはその都度修正するなどしてアセスメントの見直しはされていました。必要な方には、本人の了解を得た上で部屋の写真を撮り、個別機能訓練に活かされているケースもありました。18) 居宅介護支援事業所より居宅サービス計画書を貰った上で、その計画に基づき通所介護計画書を作成されていました。モニタリングは3ヶ月に1回実施されており、サービス担当者会議に本人も参加されていました。19) 介護支援専門員からケアプランを貰われており、それを元に通所介護計画書を作成されていました。通所介護計画作成にあたり各職種に意見照会をされていました。20) 通所介護計画の見直しを3ヶ月に1回実施されていました。個々のモニタリングは1ヶ月毎に行われており、担当の介護支援専門員に照会もされていました。		
<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) 各関係機関とは電話等で連携を取られています。受診が必要と思われる利用者に対しては、介護支援専門員に報告・相談をされていました。コロナ禍によりサービス担当者会議には参加する機会が少なくはなりましたが、照会文を出すなどして関係機関と連携を取られていました。		
<b>(5) サービスの提供</b>				
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	B
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) マニュアルの更新はサービス向上委員会の中でされているとのことでしたが、会議録で確認ができず、マニュアルの中でも更新日等の記載がなく、更新したという確認ができませんでした。23) 記録等についてはパソコン上で行われており、職員各自がパスワードを持つなど適切に管理されていました。一方で、利用者の個人ファイルを保管している棚の扉が外されており、利用者の席からファイルの名前が見える状態となりました。また、利用者を通る通路にパソコンの画面が見えるように設置がされていました。24) 申し送り等の情報の共有についてはSNSを使用して発信されていました。25) 送迎時や連絡ノートを利用して家族との情報交換を行われていました。また、家族と会う機会が無い場合には、直接、相談員から家族や介護支援専門員に電話をして情報交換をするようにされていました。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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) 研修はZOOMで開催し、休みの職員も参加できるような体制をとられていました。感染症である利用者の受け入れについては、対象となる方はおられませんでした。27) 軽作業従事者（障がい者）を雇用して施設内の清掃に努めておられました。定期的に換気をされており、サーキュレーターやオゾン発生器なども活用されており臭気も全く気になることはありませんでした。			
<b>(7) 危機管理</b>				
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) 送迎中に起きた緊急時の対応についてマニュアルを新たに作り直し、緊急連絡先を携帯できるように工夫をされていました。29) 事故が発生した際には速やかに家族や介護支援専門員に電話で連絡する体制が取られていました。事故が起こった際には報告書を作成し、対策の検討などをされていました。30) 避難訓練は年2回行っていました。地域との連携については小学校や地域の方に参加していただけるようにマニュアルには記載されていますが、実際に参加する所までは至っていませんでした。			

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

<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) 理念・運営方針で人権等尊重について謳われていました。虐待防止・身体拘束廃止についてマニュアルに定め年2回の研修が行われていました。32) 『プライバシー保護の取り組み』にて個人情報保護についてマニュアル化し年1回の研修で職員の意識付けを図っておられました。トイレの扉をカーテンから扉に変えるなど環境整備にも取り組んでおられました。33) 利用申込者に対しては担当介護支援専門員との連携を密に取り、積極的に受け入れを進めておられました。受け入れが厳しい場合も体験利用を勧め、利用者にも理解を得た上で次の受け入れ先へ繋げておられました。					
<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。	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	B		
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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) その日の利用者が望まれる個別レクリエーションを予め席に用意して利用者を迎えるなど、日常的に意見要望に沿った対応をされていました。家族交流会を企画し意見要望を収集するなど理解に繋がる取り組みをされていました（コロナ禍休止中）。35) 『相談・苦情対応マニュアル』を整備し、意見・要望・苦情の対応方法を定めると共に、『苦情報告書』にて対応記録を残し、事故報告と共に第三者委員への報告をされていました。チェック項目に該当する公開のシステムが確認できませんでした。36) 重要事項説明書に第三者委員への連絡先や行政機関等の外部相談先について掲載し、契約時には説明し同意を得られていました。新型コロナ対策で部外者の入館を制限されていることもあり、介護相談員等施設・法人外の人材による相談の機会は確保されておらず今後の課題とのことでした。					

(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。	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	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1回『サービス向上調査(利用者満足度調査)』を実施し結果を利用者に書面配布にてフィードバックされていました。今後は調査結果を実際のサービス向上に繋げることに取り組んで行くとのことでした。38) 『木津東圏域地域ケア会議』等外部会議へ積極的に参加し地域の情報収集に努めておられました。コロナ発生時には保健所や木津川社協との連携を密に圏域内他事業所の取り組みを共有し対応されていました。39) 第三者評価を2年に1度は受診し、『目標管理シート』にて職員個別の評価のシステムも備えておられました。年1回以上の事業全体の自己評価の実施は今後の課題とのことでした。		