

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 5 年 4 月 10 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 11 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「浜詰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

特に良かった点とその理由 (※)	○継続的な研修・OJTの実施 法人本部で「丹後福祉会年間研修計画」を作成し、各職員が段階的に必要な知識や技術を身に付けていくことをフォローアップできるように管理しています。在宅部長は職員と年 2 回面談を行い、日々の業務の振り返りや参加を希望する研修等を確認し、職員の成長を促す機会としています。新人職員が研修に参加した後は、指導担当者と研修内容や理解度を確認して、効果的な助言や指導を行える体制を構築しています。月 1 回開催する在宅部合同研修には事業所の複数名が参加し、参加した職員が翌月のケア会議で伝達研修を行う等、職員が学び合う機会も確保され、相互に学びあう環境づくりと人材育成に取り組まれています。 ○労働環境への配慮 法人本部庶務部で有給休暇や時間外労働のデータを管理しています。年度当初には、年次有給休暇制度における 5 日間の有給希望日を予め職員に確認し、職員の希望に応じて計画的に有給休暇を取得できるよう調整しています。労働実態の分析や検討は、安全衛生委員会で行い、職員がより働きやすくなるように、介護記録ソフトの活用やモジュール車イスの使用、2021 年度には重度化する利用者への対応として浴室にリフト浴を導入する等、職員の腰痛予防への配慮も行っています。 ○地域への貢献 管理者は京丹後市福祉サービス協議会高齢者部会や地域ケア会議に参加して地域の関係者との連携を図り、様々なニーズ把握と情報収集をしています。地域ケア会議で網野町地域資源マップ作りにも参画し、2022 年度には事業所からの声掛けにより地区文化フェスティバルで介護相談コーナーを設置する等、コロナ禍においても事業所が有する機能を地域に還元できるよう積極的に活動しています。
-----------------------------	---

特に改善が望まれる点 とその理由（※）	○業務レベルにおける課題の設定 2022年度初めのケア会議等で、法人及び事業所の事業計画等を確認し、各部門の役割や課題等の理解を深め意思統一を図っています。事業計画について、年に1回12月のケア会議や職員へのアンケートを実施し、達成状況の確認を行っていますが、半期等定期的な課題の進捗状況の確認や見直しの仕組みが確立されていません。 ○利用者満足度の向上の取り組み 年1回実施する満足度アンケートは、管理者と主任が集約を行い、職員皆が確認できるように回覧し、ケア会議で分析・検討していますが、サービスが改善されたかどうかを確認する仕組みは不十分です。 ○評価の実施と課題の明確化 ケア会議で事業計画やサービス内容を分析・検討し、明確にした課題を次年度の事業計画に反映する仕組みはあり実施されていますが、サービスの体制、内容、質などについての自己評価の仕組みはありませんでした。
--------------------------------	--

具体的なアドバイス

社会福祉法人丹後福祉会高齢者総合福祉施設丹後園は京丹後市網野町における高齢者福祉サービスの中心として事業展開をされています。法人の3つのデイサービスはどれも「元気になる」を共通の想いとして運営され、その中でも、浜詰デイサービスは、事業所独自に「あなたの笑顔素敵顔」をモットーに掲げ、認知症の方へのケアを強みに、要介護状態が変化してもいつまでも和やかな雰囲気の中で楽しく利用していただけるよう日々工夫を重ね質の向上に取り組まれています。今後さらに貴事業所の取り組みが充実され地域とともに成長される事業所として活躍されることを願い、下記のアドバイスをさせていただきます。

○業務レベルにおける課題の設定

年度初めに事業計画について事業所内のケア会議の場を活用し確認し意思統一も図られ1年に1回の見直しはできています。今後は、四半期・半期など見直しの期間を定め、課題の目標や計画に対する取り組みについて評価し見直しの仕組みを確立されることをお勧めします。

○利用者満足度の向上の取り組み

満足度アンケートの分析結果について、事業計画に反映させるなどして計画の見直し時期にケア会議で改善できたか確認する、あるいは、在宅部会など既にある会議を活用してサービスの改善状況を確認する仕組みとしてはいかがでしょうか。また、サービスの改善結果を個人情報に配慮した上で、ホームページや広報誌を活用し情報公開されることで、事業所の透明性を確保でき利用者のさらなる信頼につながると思われますのでご検討ください。

○評価の実施と課題の明確化

自主点検表以外の自己評価の様式がありませんでした。サービスの質の向上のために、第三者評価の評価項目や他の指標なども参考にさせていただき、取り組みをすすめていただくことをご提案します。

※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	26727300056
事業所名	浜詰ディサービスセンター
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)	
訪問調査実施日	令和5年2月21日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 理念及び運営方針はパンフレットやホームページ等で掲載し、明示しています。実際のサービスは、法人の理念及びに運営方針に基づいた事業所独自に定めた基本方針に沿って提供しています。 2. ケア会議や全体主任会議、運営会議等で職員の意見が反映される仕組みがあります。組織として、「業務担当表」を整備し、現場の職員の役割や各責任を明確に示しています。			
(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	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。		B	B
	(評価機関コメント)		3. 法人の中期計画検討部会において策定された中長期計画を基に、事業所の単年度事業計画を策定しています。単年度事業計画は、各職員へのアンケートやケア会議での意見、利用者満足度調査から得た利用者ニーズを反映し、策定しています。 4. 年度初めのケア会議等で、法人及び事業所の事業計画等を確認し、各部門ごとの役割や課題等の理解を深め意思統一を図っています。事業計画について、12月のケア会議や職員へのアンケートを実施し、達成状況の確認を行っていますが、定期的な課題の進捗状況の確認や見直しはできていません。			

(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. 運営管理者は、管理者研修等の研修や勉強会に参加し、経営に関する法令等の情報の収集しています。職員がパソコン等で法令等をすぐに調べられる体制を整えています。在宅部の合同勉強会で法令遵守に関するテーマを実施し、職員に対して遵守すべき法令等の周知と理解を深める取り組みを行っています。 6. 「自己能力開発計画書」の書式を用い、在宅部長との職員面談を年2回実施することで、職員の意見を聞く機会を持っています。管理者が自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをするための仕組みはありません。 7. 経営責任者は、事業所を離れた場所からでも報告書又は業務日誌等の確認を行い、随時状況を把握しています。管理者不在時に事故等の緊急事態が発生した場合でも、携帯電話で報告・指示を仰ぐことのできる体制を整えています。		

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. 法人本部にて人事管理に関する方針を立て、「丹後園組織図」で常勤職員と非常勤職員の比率や有資格者の配置等を管理しています。「教育訓練費用の補助及び通学講習等の研修期間に関する取扱い要綱」において介護福祉士と介護支援専門員は受験対策講座と合格した際の受験料を全額、他資格取得の場合は受験料の一部を補助する等の仕組みを定めています。2022年度は、補助を活用し3名が認知症介護基礎研修を受講しました。 9. 法人本部で「丹後福祉会年間研修計画」を作成し、管理しています。年2回ある在宅部長との面談時に希望する研修内容等を確認した上で派遣しています。月1回開催する在宅部合同研修には事業所から数名が参加し、参加した職員が翌月のケア会議で当日資料を用いて伝達研修を行う等職員が学び合う機会を設けています。新人職員が研修に参加した後は、指導担当者と研修内容を確認して、効果的な助言や指導を行える体制を整備しています。 10. 法人で「実習生対応マニュアル」を作成し、基本的な姿勢、連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等を記載しています。2022年度に管理者が社会福祉士実習指導者講習会を受講しました。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		11. 法人本部で有給休暇や時間外労働のデータを管理しています。年度当初には、年次有給休暇制度における5日間の有給希望日を予め職員に確認し、計画的に有給休暇を取得できるよう調整しています。労働実態の分析や検討は、安全衛生委員会で行っています。職員の負担軽減対策として、介護記録ソフトの活用や利用者支援を安全・容易に行うためのモジュール車イスの使用、2021年度には重度化する利用者への支援と職員の腰痛予防のためにリフト浴を導入しました。 12. 職員のメンタルヘルスの維持のため、希望者は産業医に相談できる体制を整えています。年2回の在宅部長との面談で職員の要望や不満をくみ取れるよう丁寧に聞き取りを行っています。福利厚生制度として、希望者は法人本部にて毎月第3火曜日に実施されている整体の施術を受けることができる他、個人で受けた場合の施術費を補助する仕組みがあります。職員の休憩場所は事務所や機能訓練室等の空きスペースになるため、十分にリラックスできる環境とは言えません。		
(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. 事業所の情報は、法人のホームページやパンフレットなどに記載しています。法人広報誌「丹後園だより」を利用者と民生児童委員、京丹後市内の福祉系列の高校等に配布し、事業所広報誌「ふれあい通信」は利用者に配布しています。活用できる社会資源があれば利用者と一緒に配布物を確認したり、地区の文化祭等があれば展示する作品を利用者と一緒に作成する等しています。 14. 事業所管理者が京丹後市福祉サービス協議会高齢者部会や地域ケア会議に参加して地域の様々なニーズを把握しています。また、地域ケア会議で検討に挙げた網野町地域資源マップ作りにも参画しています。2022年度は、在宅部長からの提案で地区文化フェスティバルで介護相談コーナーを設置し、地域住民からの相談に対応しました。その後、他地区からも依頼があり、どんど焼きの際に介護相談コーナーを設置する等、事業所が有する機能を積極的に地域に還元しています。		

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. 法人のホームページのほかに事業所のパンフレットは、一日の流れ、利用料金、サービス内容、事業所の概要（特徴）が写真やイラストも活用しわかりやすい内容にしています。見学希望には新型コロナウイルス感染症の対策を図り外から窓越し見学対応やケアマネジャーを通じて写真などを提供しています。			
(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. パンフレット・重要事項説明書で内容・料金について説明しています。加算等変更があればその都度書面交付し同意を得ています。成年後見制度等のリーフレットも玄関に設置し必要に応じて包括支援センターにつなぐことができる仕組みがあります。			

(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. 介護ソフトを活用したアセスメント様式を使用しています。ケアマネジャーを通じて関係者からの情報収集しています。再アセスメントの時期も定められた時期に見直し更新しています。 18. アセスメントをもとに個別援助計画等に目標設定しています。サービス担当者会議には本人（家族）の参加もあり計画への同意欄に署名を受けています。 19. サービス担当者会議において専門家等に対する意見を聞き取り計画に反映させています。 20. モニタリングは3か月に1回以上と定め、手順を書面にして適切に実施しています。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		21. 入退院についてはケアマネジャーを通じ入院中のカンファレンスあるいは退院後のサービス担当者会議に出席し連携している。地域ケア会議、京丹後市福祉サービス協議会高齢者部会に参加し包括支援センター等関係機関との連携を図っている。令和4年3月に発行された地域の資源マップ「網野町あるわなええとこ生活を支える事業所お店情報誌」の制作にも参加しています。			
(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。	B	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. 支援の基本となる標準的な実施方法が法人のマニュアルとして整備しています。事業所のマニュアルも現状に合ったものとなっており、朝礼・終礼のミーティング、毎月1回のケア会議で確認しています。年1回見直しの機会もあります。 23. 実施記録は介護ソフトで日々管理しています。丹後福祉会「個人情報に関する基本規則」により記録に関する規程を定めて年に1回在宅部合同勉強会で研修実施しています。 24. 日誌や個別ケース連絡事項などで日々の申し送り、月1回のケア会議でケアカンファレンスを実施する等、職員間の情報共有や意見交換をしています。 25. サービス担当者会議、送迎の場面、連絡帳などを活用し、家族との情報交換を行っています。			
(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. 「感染症対策を図るための指針」が整備され、運営会議にて週1回最新の情報を共有し各部門に伝達している。令和4年は丹後保健所による感染症にかかる研修に参加し、ケア会議で伝達研修しています。 27. サービス提供時間終了後施設内の清掃を実施しています。感染症の対策として事務所内に空気清浄機を設置したり、新たな箇所にサッシの網戸を取り付ける等、施設内の衛生管理に努めています。			

(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. 事故や緊急時に対応できるよう、「利用者緊急時対応マニュアル」等のマニュアルを整備しています。マニュアルに定められた予防や対応方法について、在宅部合同勉強会やケア会議での勉強会を実施し、周知や理解を深める取り組みを行っています。 29. 事故が発生した場合には、適切に対応した上で家族や関係者等に説明しています。事故の詳細や経過は事故報告書にて記録し、ミーティングやケア会議等で報告、分析や再発防止策について検討しています。 30. 「社会福祉法人丹後福祉会大規模災害対策マニュアル」を作成し、マニュアルに基づいた防災訓練を年1回実施しています。浜詰地区の防災訓練に職員が参加する等、地域と連携した訓練も行っています。			

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. 利用者の人権等を尊重したサービス提供を行うことを運営方針や基本方針に明記しています。利用者を尊重したサービス提供について、朝・夕のミーティング、月1回のケア会議で日常業務を振り返り、検討する機会をもっています。在宅部合同勉強会で身体拘束や高齢者虐待の研修を実施しており、2022年度は新入職員が高齢者虐待に係る外部研修に参加しました。 32. プライバシー等の保護に関して在宅部合同研修で年1回勉強会を実施し、業務マニュアルにプライバシーに配慮したサービス提供を行うことの記載をしています。入浴は同性介助を基本としています。相談がある場合は、事務所でロールカーテン等を使用してスペースを確保する等、対応できる環境を整えています。 33. ケアマネジャーが当該事業所の特性を理解した上で利用者に利用提案していることもあり、基本的に利用申込を断ることはありません。申込が混み合う場合に面接日が調整しにくいこともありますが、相談しながら迅速な対応ができるように努めています。			

(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	B
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. 年1回満足度アンケートを実施し、利用者や家族等からの希望を引き出す取り組みを行っています。意見箱を設置していますが投函はありません。利用者が相談しやすい職員に相談できる環境にしていますが、定期的な利用者の個別相談面接や利用者懇談会は行っていません。 35. 利用者からの意見・要望・苦情等は都度管理者に報告され、管理者が在宅部長に報告しており、「苦情等の解決を図るための体制及び手順について」に沿って迅速に対応しています。2022年度に報告された送迎車両の運行方法に関する苦情について、事業所のお知らせコーナーで改善状況を公開しています。 36. 第三者の相談窓口を重要事項説明書に記載し、契約時等に利用者や家族等に説明しています。また、玄関横の事務所扉に相談窓口を掲示していますが、利用者からは少し目につきにくい場所にあります。法人役員が施設見学をして感想や意見を聞く機会を意識的に設けていますが、介護相談員等の外部人材による相談機会の確保はできていません。		

(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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 年1回実施する満足度アンケートは、管理者と主任が集約を行っています。アンケート結果は、職員皆が確認できるように回覧し、月1回のケア会議で分析・検討しています。ただし、サービスが改善されたか確認する仕組みは不十分です。 38. 月1回のケア会議でサービスの質の向上に係る検討を行い、サービスの質の向上に向けて取組んでいます。ケア会議には看護職員が参加できないため、事前に意見を聞き取る等して全職種が参加できるように配慮しています。具体的には、静かな環境で過ごしたい利用者に配慮して、必要時に職員を呼んでもらえるよう呼び出しボタンを準備し、安心して過ごして頂ける環境づくりに取組んだ事例があります。ユニットIN北京都や京丹後市福祉サービス協議会高齢者部会に参加して、積極的に他事業所の取組み等の情報を収集しています。 39. ケア会議で事業計画やサービス内容を分析・検討し、明確にした課題を次年度の事業計画に反映する仕組みはありますが、年1回の自己評価は行っていません。第三者評価は5年ぶりの受診です。		