介護サービス第三者評価事業

様式７

アドバイス・レポート

2023 年 4 月 26 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

2022 年 9 月 21 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「広野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 （※）	○職員間の情報の共有 朝・夕のミーティングでルックボードを活用して、利用者の情報を詳細、かつタイムリーに記録し、職員間で丁寧に情報共有を図っています。また、ミーティングでは職員へのサンクスメッセージも共有し職員もモチベーションの向上にも役立てています。 ○地域への情報公開 月１回「にこにこひろの」というデイサービスだよりを発行して、写真も活用して利用の状況を詳しく報告しています。また、機関誌を年２回発行するとともにホームページで事業所情報や事業計画・報告、決算等を開示しています。法人全体でアンケートを実施し、事業種別ごとの満足度を機関誌で公表しています。 ○意見・要望・苦情への対応 法人に第三者委員の苦情相談窓口を設置するとともに、年２回第三者委員会を開催して苦情等の受付や対応状況等を報告しています。また、苦情受付件数や苦情等の内容について、個人情報に留意した上で、ホームページにて公開しています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	○計画の策定 法人単位で事業計画を作成していますが、中長期計画は、経営改善計画に内容に限られています。また、事業計画の振り返りは年度末に行う１回に留まっています。 ○業務マニュアルの作成 業務マニュアルは入職時や内容変更時に職員に配布しています。法人内に設置される委員会でマニュアルの見直しを検討していますが、定期的な見直し等のルールが定められていません。 ○事故緊急時の対応 事故や緊急時の対応マニュアルやフローチャートを準備していますが、実践的な訓練は行っていません。

具体的なアドバイス	本事業所は、一般財団法人宇治福祉サービス公社の４つの拠点のうち、広野地区にあり、他の拠点同様、事業所全体で積極的に地域との交流や情報提供を行い、地域全体の福祉、介護の拠点として重要な役割を果たしておられることを確認できました。 また、建物の制約がある中、限られたスペースを有効に使い、ゆっくり入浴ができるように工夫したり、浴室内の富士山の壁画や「ひろのの湯」の暖簾など、楽しい気分で入浴できるように工夫されている点がとても印象的でした。 今後より一層の地域への貢献、サービスの質の向上に努めていただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。 **○中長期計画の作成** サービスの質の向上の観点からも中長期的な視点をもち目標を定めたうえで、単年度の事業計画において段階的に目標を設定し取り組みを進めるようにしてはいかがでしょうか。そうすることで、事業計画における目標が明確になり、キャリアパスの構築や計画的な研修がより効果的に実施できると考えます。 **○業務マニュアルの整備** 必要なマニュアルを整備して職員に配布するなど、周知に努めておられますが、更新・変更の基準が明確には定まっておらず、更新・変更の状況にばらつきがありました。苦情や事故防止について、委員会で検討されているにも関わらず、マニュアルに反映できていないのは勿体ないと思いますので、報告書等をもとにマニュアルに反映できるよう、手順やルール作りを進めてください。 **○事故緊急時の対応** 事故や緊急時の対応マニュアルやフローチャートを準備していますが、実践的な訓練は行っていません。緊急時は誰もが動揺し適切な対応が行えなかったり、遅れてしまったりすることが多々あります。フローチャートに沿ってロールプレイを行うなど実践的な訓練の実施を検討してみ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	2671200240
事業所名	広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）	居宅介護支援・訪問介護
訪問調査実施日	令和5年1月25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	評価結果 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. 年度初めに正職員及び常勤職員が参加する事業方針説明会・全体会議等で理念・運営方針の説明を行っています。非常勤職員に対しては各部署の会議で伝達しています。 2. 組織図を事業計画に記載し、拠点ごとに業務分掌等を整備して担当者や役割を定めています。管理職会議や各種委員会等、機関会議で案件ごとに協議、決定が行われています。		
	(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	B
		（評価機関コメント）		3. 法人単位で事業計画を作成しています。ただし、法人本部で立てられている5年間の中長期計画（2018～2022）は、経営改善計画に内容が限られており、サービス向上にむけた具体的な内容は記載していません。 4. 単年度の事業計画に基づき、法人内に4事業所ある通所介護の管理者による会議、広野デイサービスと段階的に目標を設定しています。事業所の目標に基づき職員が個人の目標を設定し業務にあたっています。半期ごとに収支状況等は確認していますが、事業計画の進捗状況は、半期ごとに評価は行われていません。		

	(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組みを行っている。	A	B
		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. 管理者は、集団指導や法令順守等に関するの研修に参加しています。法令改正は理事会・係長会議で確認し機関会議を通じて職員に周知しています。管理者が把握すべき法令についてはリスト化していないとのことです。 6. 管理者等の役割や責任は業務分掌で明文化しています。管理者の目標は開示しており、職員が確認することができます。管理者の上司である事業所長が年2回職員と面談を行い、管理者に対する意見や要望があればフィードバックする仕組みがあります。 7. 管理者は毎日のミーティングに参加し状況を把握しています。管理者は緊急連絡用の携帯電話を所持し、必要があれば連絡できる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	B
		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）		8. 採用は法人で行っています。採用にあたっては採用基準を設けています。無資格の職員については法人内で実施する介護職員初任者研修を受講しています。介護職員実務者研修の受講に関してはテキスト購入の補助をしています。 9. 月1回の会議で計画的に研修を実施しています。職員が設定した目標等をもとに定期的に職員面談を行っています。デイサービスの外部研修については、今年度コロナ禍ということもあり実績はないとのことでした。勉強会の実施実績は確認できませんでした。 10. 実習受け入れマニュアルを整備し、初任者研修や就労支援の実習を受け入れています。実習指導者に関する研修については受講していません。		
	(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. 職員の超過勤務時間の実態については法人が管理し、データに基づき法人の安全衛生委員会で分析しています。年2回広野事業所の統括責任者が面談を行い、目標の達成状況の確認とともに、就業に対する意向等を確認しています。 12. ハラスメントやメンタルヘルスに関して、法人内の相談窓口を明確化し職員に周知しています。コロナ禍ということもあり、休憩室だけでなく複数の会議室等も開放し休憩することができます。		

	(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. 機関紙を年2回発行するとともにホームページで事業所情報や事業計画・報告、決算等を開示しています。法人全体でアンケートを実施し事業種別ごとの満足度を機関誌で公表しています。 14. 法人主催で介護職員初任者研修を実施し地域住民の参加を呼び掛けています。地域包括支援センターが主催する小地域ケア会議に年３回参加しています。居宅介護支援事業所管理者意見交換会に参加し、情報交換や地域のニーズの把握に努めています。コロナ禍以前はコミニティcaféを実施していましたが、現在は地域でボラティアが実施しているcaféに参加し、講演等を行っています。		

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
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. ホームページはスマートホンやタブレットでも非常に見やすく、事業の概要や利用料金も記載しています。		
	(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. 重要事項説明書には介護保険外の利用料金を記載しています。また、代理者の署名欄を設け、判断能力に支障のある方とも契約を締結す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. アセスメント様式は事業所独自のものを使用しています。ケアプランの変更に沿ってアセスメントを更新しています。 18. 初回の契約時に利用者や家族に意向を確認しています。また、連絡ノートを活用し、随時、意向を確認しています。 19. 担当者会議に参加し、得た情報や意見交換した内容をもとに個別援助計画を作成しています。また、事業所内で職員が確認する仕組みがあります。 20. 個別援助計画は、ケアプランの長期、短期目標の変更に沿って変更しています。また、毎月月末にモニタリング表を作成し、ケアマネジャーに報告しています。		

(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. 契約時に必ず主治医や緊急連絡先の確認をしています。また、退院時はカンファレンスに参加し、看護サマリーの写しを取得しています。		
(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	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	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. 業務マニュアルは今年度に見やすいものに作り直していますが、見直しの基準は定められていません。現在は委員会の統廃合にマニュアルが追いついていない状況です。サービス提供マニュアルは事業所で作成・更新しています。今回の第三者評価を機会にマニュアルを更新しています。 23. 毎日、当日の記録を行い、個別ファイルに綴じています。また、記録の持ち出し時には持ち出し簿に持ち出し理由も記載しています。 24. 朝・夕のミーティングでルックボードを活用し、利用者の情報を詳細、かつタイムリーに記録し、職員間で丁寧に情報共有を図っています。またミーティングでは職員へのサンクスメッセージも共有し、職員もモチベーションの向上にも役立てています。 25. 連絡ノートで利用時の様子を報告しています。また、月1回「にこにこひろの」というデイサービスだよりを発行し、写真でも利用の状況を詳しく報告しています。		
(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. 年2回感染症についての研修を行っています。参加者は報告書を作成し、知識を深めています。研修はビデオで撮影し欠席者も別日に参加できるようにしています 27 エプロンやマスク、手袋、嘔吐物処理セットなどを準備し、衛生管理を徹底しています。		
(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	B
	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. 事故や緊急時の対応マニュアルやフローチャートを準備していますが、実践的な訓練は行っていません。 29. 事故やヒヤリハットは基準や定義を定め、毎日夕方のミーティングで確認する仕組みがあります。また、完了報告書を作成し、対応の経過を確認することができます。 30. 災害発生時のマニュアルや緊急連絡網は作成していますが、自然災害を想定した訓練や地域との防災訓練は行っていません。		

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. 運営規定に人権や意思の尊重、権利擁護に関する内容を記載しています。入職時及び年1回高齢者虐待防止に関する研修を実施しています。 32. 排泄・入浴等の介助の際はドアを閉めるカーテンで仕切るなど、プライバシー保護に配慮したサービスを提供しています。個人情報保護マニュアルがあり、マニュアルに沿って個人情報の保護に努めています。また、年1回個人情報の保護に関する研修を実施しています。 33. 機械浴の設備がないために受け入れが難ししい場合等、設備面の理由がない限り、基本的に断ることはなく受け入れを行っています。		
	(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。	B	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てている。	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. 管理者を苦情受付窓口とし重要事項説明書で明示しています。苦情があれば毎月の会議で職員に周知し、対応策を検討しています。以前は利用者懇談会を行っていましたが、現在はコロナ禍のため実施していません。 35. 苦情対応マニュアルを整備し、事業所内で共有・検討を行うとともに、法人内のＣＳ（顧客満足）委員会で意見・要望・苦情等の分析や周知を行っています。苦情受付件数や苦情等の内容について、個人情報に留意しホームページで公開しています。 36. 重要事項説明書に第三者委員や外部の相談窓口を記載し、契約時に説明しています。		
	(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てている。	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。	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。	B	B
		（評価機関コメント）		37. 年に1回満足度調査を実施し、事業種別ごとに機関紙やホームページで満足度を公表しています。 38. ＣＳ（顧客満足）委員会を3か月に1回開催して意見を集約しています。法人内の同一種別の事業所4か所で比較が可能ですが、他事業所の情報を積極的に集める等の取り組みはできていないとのことでした。 39. 自主点検は行っていますが、事業所としての自己評価を行う仕組みはありません。		