

アドバイス・レポート

平成 28 年 2 月 24 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

平成 27 年 11 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ 城陽市立東部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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1) 事業計画の策定及び業務レベルにおける課題の設定</p> <p>利用者アンケートや職員アンケートの結果や、各種会議や委員会等での意見を反映して、最終的にはQMS（品質管理）委員会が中心となって、グループ全体で年度活動目標が設定されていました。その内容も、事業所毎に具体的な目標値を定めて設定し、「年度方針展開表」で毎月の状況確認、半年ごとに評価を実施、目標の達成や課題の抽出、計画の見直し等、組織的に進捗管理が徹底されていました。また、長期・中期目標をホームページに掲載し、中期目標である「機能訓練体制を充実し、残存機能の維持向上及び在宅生活機能の向上を図る」取り組みでは、専任の理学療法士を配置して機能訓練に力を入れられていました。更に、キャリアパスシート（評価表）を用いて、職種別及びキャリアレベルで課題が設定されており、同様に6ヶ月毎に評価を実施するなど、課題の達成に積極的に取り組まれました。</p> <p>2) 業務マニュアルの作成</p> <p>全ての職種に対して業務手順書が整備されていました。手順書の内容も職員にわかりやすく実用的な表現になっており、その手順書を確認することで職員が決まった手順で業務を行うことができ、業務の標準化に取り組まれました。また、手順書の見直しも業務改善委員会やグループ内の部会で適時見直しが行われていました。更に、各種管理規程や相談苦情解決、緊急時対応等の諸規則も整備されており、大変わかりやすく使用しやすいマニュアルとなっていました。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>武田病院グループ全体で、ISOの品質マネジメントシステムを導入されて、各事業所の規模やレベルに応じて評価基準に従って定期的に評価を実施し、課題の明確化を図られていました。また、介護保険の仕組みとこのシステムをうまく併用し、質の高いサービスの提供に取り組まれました。更に、内部監査を年2回、外部監査を年1回実施しておられ、内部監査の監査員は監査用の研修を受講した職員しか監査できないなど、グループ全体で質の向上に取り組まれました。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 地域への貢献 毎年実施されている文化祭の開催や、城陽市ふれあい祭りや地域密着型サービス事業所連絡会にも参加して、地域交流や連携等を図られていましたが、事業所が持つ専門的な技術や情報等を地域に提供し、地域へ貢献する取り組みが少ないように思われました。</p> <p>2) 災害発生時の対応 災害発生時の対応マニュアルや訓練は確認できましたが、地域との連携を意識したマニュアルや訓練が確認できませんでした。</p> <p>3) 利用者満足度の向上の取り組み 毎年利用者アンケートを実施し、改善に向けて取り組まれているとのことでしたが、調査前と調査後の結果の分析が不十分でした。また、改善した内容を事業所内に掲示するなどの結果の公開の方法も確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 地域への貢献 デイサービスの稼働率が90%以上をキープしていることは、ある意味事業においては地域に貢献していると言えますが、更に、地域へのアピールとして事業所が有している専門的な技術や情報等を発信し、地域社会に貢献する取り組みを積極的に進められてはいかがでしょうか。例えば、定期的な介護相談会の開催や地域向けの講演会の開催等、事業所が地域の拠点となるような取り組みを検討されてはいかがでしょうか。また、事業所内にとどまらず、地域に出向いていく活動をされると、より素晴らしい地域づくりに事業所としても寄与することができるのではないのでしょうか。</p> <p>2) 災害発生時の対応 地域との連携や訓練は検討されているようですが、現状はできていないとのことでした。場所的にも住宅密集地であるため、有事の時には地域（近隣）との協力は不可欠です。各地域で災害訓練等を実施されていると思いますので、事業所のある地域の訓練に参加されてはいかがでしょうか。また、地元の自治会や消防団とも連携して、事業所の訓練に地域住民も参加する仕組みができれば地域貢献にもつながります。</p> <p>3) 利用者満足度の向上の取り組み 改善した結果を事業所内に掲示しご利用者にお知らせすることにより、サービスの質や満足度の向上が期待できます。また、前回の調査結果と今回の調査結果を比較することも同様です。更に、調査結果及び改善内容をホームページや広報誌等を通じて公表することもひとつの方法です。公表することは、事業所の姿勢や努力を対外的に示すことになり、ひいては信頼される事業所につながるのではないのでしょうか。</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	2672800162
事業所名	城陽市立東部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)	介護予防通所介護、認知症対応型通所介護、 介護予防認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	平成27年12月15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
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)法人及び事業所の理念は、ホームページやパンフレット、事業所内にも掲示されていました。また、職員の名札の裏にも記載されており、キャリアアップ面談でも職員に浸透を図るなど、常に理念に沿ったサービスの提供の実践に取り組まれました。2)各種会議や委員会、キャリアアップ面談で職員の意見が反映される仕組みが確立されていました。また、組織・職務分掌権限規程等で責任を明確にされていました。			
(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)事業計画を、年度方針展開表を用いて進捗状況を管理し、着実に実行されていました。目標も長期・中期目標をホームページにも掲載し、事業所が一体となって取り組まれました。4)職種別及びキャリアレベルでも課題が設定されており、6ヶ月毎に評価を実施するなど、課題の達成に積極的に取り組まれました。また、職員から業務改善提案書が出され、必要に応じて見直しも行われていました。			
(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	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)グループ全体でコンプライアンス管理規程を作成し研修を実施するとともに、内部監査も年2回実施して法令遵守に取り組まれました。また、自主点検も年2回職員参加型で実施されていました。6)組織・職務分掌権限規程に具体的な役割や責任が明文化されており、キャリアアップ面接でも職員と相互に意見交換できる体制が機能していました。7)各種報告書等も管理者まで回覧がなされ、緊急連絡網もわかりやすくフローチャート化されており、緊急時に常に指示を仰ぐ体制となっていました。			

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) 人員体制に関する考え方が確立されていました。また、資格取得支援の勉強会も実施するなど、資格取得にも力を入れていました。9) 教育訓練計画書に基づいた研修の実施、ステップアップシートを活用した上司との面談、新人職員にはプリセプター制度を活用するなど、人材の育成に取り組まれていました。10) 介護福祉士、社会福祉士の実習は受け入れ実績がありませんでしたが、介護等体験等は積極的に受け入れられていました。実習マニュアルの整備や管理者による実習指導者への研修も確認できました。		
(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、スタッフが充分に休むことができ、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) 有給休暇の消化率や時間外労働の時間がデータ化されており、業務改善委員会においても労働環境への提案や改善に取り組まれていました。12) グループ内の医仁会メンタルケアの活用や職員医療費等免除規程の活用、職員アンケートも実施中であり、労働環境の整備に積極的に取り組まれていました。また、職員へのヒアリングにおいても「風通しのよい職場です」との意見がありました。		
(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	B
		(評価機関コメント)		13) ホームページや広報誌、パンフレットにも運営理念や方針が掲載されていました。事業所の行事として文化祭を開催し、地域の方々の参加を募られていました。また、企画調整会議で地域との関わりを検討されていました。14) 城陽市ふれあい祭りや地域密着型サービス事業所連絡会にも参加されていますが、事業所が主体となって積極的に地域に貢献（還元）している活動が確認できませんでした。		

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
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) ホームページやパンフレット以外にも、デイサービスでの1日の流れ・ご利用時に必要なもの・ご利用料金等サービスの内容をわかりやすく書かれた「センターのご案内」を作成して、必要な情報を提供されていました。また、問合せや見学等にも丁寧に対応されていることが確認できました。		
(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) 契約書や重要事項説明書での説明と、「センターのご案内」を用いて料金等の説明を行われていました。また、成年後見制度の仕組みの活用も確認できました。		

(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) 法人独自のアセスメント表を用いて定期的にあセスメントを行い、ご利用者の身体状況や生活状況等の変化を把握されておりました。18) 面接時での要望やケアマネジャーからの支援計画書の情報を基に、個別援助計画書を作成されておりました。19) サービス担当者会議等で専門家からの情報や意見を収集し、個別援助計画に反映されておりました。20) 法人独自の「評価レビュー検証シート」を用いて評価を行い、状況の変化等必要時には随時見直しを実施されておりました。また、モニタリングの期間を個別機能訓練計画書とリンクさせるため、3ヶ月に変更されておりました。		

(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) 担当ケアマネジャーとの連携や、状況変化のあった時のかかりつけ医との連携等、ご利用者の関係機関には適宜情報を提供されておりました。		

(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) 各職種において業務手順書が整備されておりました。また、見直しも委員会や法人の部会を中心に検討されておりました。23) ご利用者ごとのケースファイルに、利用状況やサービスの提供状況等が記録されておりました。記録が手書きのため、効率化を図る観点から介護ソフトの導入を検討されているとのことでした。24) フロア会議や申し送り日誌、毎日の朝礼等でご利用者の状況の確認や情報の共有を図られておりました。25) 連絡帳を活用して情報交換を行われておりました。内容によっては、送迎時に直接ご家族にお伝えするケースも多々ありました。また、文化祭等行事に参加されたご家族にもご利用時の状況等を報告されておりました。		

(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) 感染症マニュアルが整備され、定期的に研修が行われておりました。見直し等も医務会議において検討されておりました。27) 事業所内は整理整頓がなされ、衛生管理も感染症予防及びまん延予防防止マニュアルが整備され、マニュアルに従って対策が行き届いておりました。		

(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	B
	(評価機関コメント)		28)緊急時の対応マニュアルや指揮命令系統も整備されています。消防訓練も年2回実施されていました。今後は地域との合同訓練を企画されてはいかがでしょうか。29)コールバック連絡書やほっと報告書を活用して、安全対策委員会で原因分析や再発防止の検討が行われていました。また、同委員会でマニュアルの見直しの検討も行われていました。30)災害発生時の対応として地震対応マニュアルが整備され、研修委員会において研修が行われていました。見直しの検討は、安全対策委員会で進められていますが、地域との連携を意識したマニュアルや訓練が確認できませんでした。		
大項目	中項目	小項目	通番	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)フロア会議や施設内研修にて、高齢者虐待や身体拘束の禁止等高齢者の尊厳保持について周知を図られていました。32)プライバシー保護についても施設内研修を実施するとともに、入浴や排泄時の同性介助に配慮されていました。33)利用申込みは、相談員手順書に従って、受け入れることを基本とされていました。稼働率も常時90%以上でした。心身の状況や定員等で受け入れられない場合は、ケアマネジャーと連携を図りながら適切に対応されています。		
(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	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。	A	A
	(評価機関コメント)		34)連絡帳や送迎時でのご家族との対応、ご利用者アンケートの実施、意見箱の設置などで意見等を広く収集していました。35)コールバック連絡書を活用して、迅速に対応されていました。36)外部の相談窓口を、重要事項説明書に記載するとともに事業所内にも掲示して周知されていました。また、介護相談員の受け入れも行われており、ご利用者が相談できる機会を確保されていました。		
(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	A
	(評価機関コメント)		37)利用者アンケートを実施し、その結果を業務改善委員会で検討を行いサービスの質の向上に役立てられていましたが、調査前と調査後の結果の分析が不十分でした。また、改善した内容を事業所内に掲示するなど結果を公開する工夫が必要と思われます。38)職員から改善提案書が提出され、改善に結びついた実例が確認できました。また、法人の各部会でサービスの質の向上について検討されていました。39)第三者評価は3年毎に受診されていました。また、グループ全体でISO内部監査のQMSシステムを導入し、品質管理(質の向上)に取り組まれていました。更に、グループ全体で内部監査を年2回、外部監査も年1回実施されています。		