

アドバイス・レポート

令和 3 年 7 月 1 2 日

令和 2 年 8 月 1 3 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ヴィラ鳳凰 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>通番 1 4 : 地域への貢献 関連の医療機関や介護サービス事業所とともに、地域の事業所や市民に対する研修会を行うなど、様々な取組を通じて地域に貢献しておられます。</p> <p>通番 1 5 : 事業所情報等の提供 パンフレットやホームページ上で事業所の情報を開示し、毎月発行の機関誌で最新情報を提供し、必要に応じてタブレットを活用して利用者等に事業所に関する情報を丁寧に説明しています。</p> <p>通番 3 8 : 質の向上に対する検討体制 サービスの更なる質の向上に向けて、運営会議で毎月質の向上に係る検討を行い、法人内においても頻繁に情報交換を行っています。また、年 2 回内部監査を実施するとともに、他事業所の取り組みを確認し、自事業所のサービス提供に活かしておられます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>通番 3 0 : 災害発生時の対応 災害発生時の対応における指揮命令系統について書面で確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・災害発生時に、全職員がどのように行動するのかを指し示すようなフローチャート等を作成することをお勧めします。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	71200554
事業所名	デイサービスセンターヴィラ鳳凰
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、(介護予防)特定施設入居者生活介護、居宅介護支援、(介護予防)認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護、(介護予防)訪問看護、訪問介護
訪問調査実施日	令和3年3月18日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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)		グループの理念及び基本方針に沿ったサービスの提供を実践しています。理念及び基本方針については職員の名札の裏面に記載しており、常に確認することができます。利用者・家族に対しては、機関誌やホームページ上で周知しております。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		単年度、中期、長期の事業計画等について、職員の意見をしっかりと反映して策定していることを確認しました。職種や担当者ごとに目標を設定した年度方針展開表を作成し、毎月のデイサービス会議で目標の達成状況を確認し、半期ごとに評価を行っています。			
(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)		最新の法令について常にパソコン上で閲覧することができます。組織・職務分掌権限規程に管理者等の権限を明記し、事業所の方針等については各会議において職員の意見を踏まえて決定しています。また、非常時には緊急連絡網にもとづき指示を行う体制があります。			

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)		関連施設・事業所全体で地域のニーズに対応され、サービスの更なる質の向上に向けて努力しておられます。研修計画にもとづき必要な研修を実施しています。実習生の受け入れについては、基本的な姿勢を明確にした上で体制を整備しています。		
(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)		職員の労働に関する状況についてあらゆる角度から独自に分析を行っています。職員の勤務負担軽減を図るための取組を行っています。職員は法人の専門医による個人カウンセリングを受けることができるなど、職員に対するメンタルケアにもしっかりと対応しておられます。		
(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)		認知症カフェや子ども食堂の実施など宇治市の事業に積極的に参加され、地域住民からの信頼を得ておられます。また、京都認知症総合センターにおいてクリニックを併設し、地域のニーズに応じておられます。		

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)		パンフレットやホームページ上で事業所の情報を開示するとともに、毎月発行の機関誌において最新の情報を提供しています。また、事業所の情報をタブレットですぐに閲覧できるように工夫していました。体験利用にも丁寧に対応しておられます。		
(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)		契約時に相談員が重要事項説明書や料金表を用いて説明を行い、書面で同意を得ています。代理人や成年後見人等との契約においては、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業のパンフレット等を活用して対応しておられます。		

(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)		概ね6ヶ月に1回計画変更の必要性について確認するとともに、年1回は必ず、また必要に応じて個別援助計画の見直しを行っておられます。また、利用者・家族の希望や意向を尊重するとともに、サービス担当者会議等で専門職に意見照会を行った上で、計画を策定しています。		
(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)		ケアマネジャーを通じてかかりつけ医に関する情報を取得しています。利用者の体調管理については、併設の医療機関や法人の各専門職と連携を取りながら対応しておられます。		
(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。	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)		文書管理規程については、毎年3月に必ず見直しを行い、必要時に随時見直しを行っておられます。業務マニュアルや記録等についてパソコン上で管理、閲覧することのできる仕組みがあります。職員は文書見直しチェック表を用いてサービス提供に係る記録等について確認しています。また、朝礼と月1回の会議において職員同士で情報共有を行っています。送迎時やサービス担当者会議等において利用者・家族と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)		感染症の対策及び予防については、感染予防対策要領書の整備や、年2回の職員研修と勉強会の実施等の取り組みを行っています。また、新型コロナウイルス対策として次亜塩素酸空間除菌脱臭機を配置していました。施設内の衛生管理については外部委託により実施しており、点検表を用いて実施状況をしっかり確認しています。また、衛生委員会でラウンドを行い、衛生管理の徹底に務めておられます。		
(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	B
(評価機関コメント)		事故・緊急時、災害発生時の対応マニュアルが整備され、研修や勉強会も実施されました。事故再発防止についてはコールバック連絡書に再発防止策を記載し、再発防止策実施期間を設定し、再発防止策の有効性について検証を行っています。災害発生時の対応に関しては、利用者を含めた災害別訓練の実施や2日間の備蓄と災害時に利用可能な飲料自動販売機の設置等の取組を行っています。		

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)		人権尊重については基本理念の周知及び研修の実施を通じて職員に対する意識付けを行っています。身体拘束の適正化や虐待等の防止を図るために年1回看護師によるラウンドを実施するなど、利用者の尊厳保持に配慮したサービス提供の実施に向けて取り組んでおられます。プライバシー保護については、年1回職員研修を実施したり、利用者アンケートの結果を踏まえて浴室のカーテンを変更したり、相談内容が他者に聞こえないような工夫を行う等の取組を行っておられます。サービス利用者については公平・公正に決定しておられました。			
(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)		意見・要望・苦情の受付については、家族会でのヒアリング、満足度アンケートの実施や、ご意見はがきを請求書の発送時に同封、ホームページ上で利用者・家族からの意見を受け付ける等、多彩な方法を取り入れています。意見・要望・苦情への対応については、苦情解決実施要領書やご意見受付手順書にもとづき、コールバック連絡書において報告ルートを明確にし、サービス向上委員会が中心となり各部署で対応する仕組みを確認しました。また、第三者による苦情受付担当者および苦情解決責任者を定め、施設内に掲示して利用者・家族に周知しておられます。			
(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。	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)		利用者満足度向上に向け、満足度アンケートや嗜好調査を実施し、サービス向上業務改善委員会やデイサービス会議で対策を検討し、結果については改善提案実施書を用いて利用者・家族へ報告し、フィードバックを行っています。また、運営会議において質向上についての検討やグループ内取り組み会議でも情報交換を行っています。評価実施と課題の明確化については、内部監査を年2回実施するとともに、法人でISO9001の更新審査を受審し、抽出した課題に対してQMS委員会や各部署で検討を行い、サービスの更なる質の向上を目指しておられます。			