

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 6 月 2 9 日

令和 3 年 1 2 月 2 7 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. 法令遵守の取り組み 法令集はリスト化され、すべてパソコン内で検索でき、必要な法令にたどり着けるよう工夫されていました。電子機器操作が苦手な職員でも操作ができるよう操作方法が丁寧に明示されていました。また各種報告書などにおいては記載ページの横に記入方法の説明がありました。</p> <p>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮 グーグルフォームを活用し、「360度評価」と称し、目標達成の取り組み、業務遂行、コミュニケーション能力など無記名での上司の評価をされていました。職員ヒアリングにおいても信頼できる、意見をしっかりと受け入れ実現できるよう力を発揮してくれるなど高評価でした。動画の作成も率先して取り組んでいました。</p> <p>3. 利用者の家族等との情報交換 利用者の施設での様子を、個別にタブレットで動画撮影し、家族の方に情報提供していました。利用者の状況を共有できる報告となり、家族の安心につながっていました。</p> <p>4. 質の向上に係る取り組み 6カ月に1回定期的に法人内の内部監査を実施し、質の向上に取り組まれていました。結果に関して内部監査報告書にまとめ、次回までに事業所では正に取り組む機会を設けていました。また年に1回実施している利用者アンケートでは、特にニーズの高かった項目に関して「改善提案実施書」という帳票を作成して「業務改善委員会」で取り上げ改善していく体制を整えていました。その他、様々な事業所運営を通して「サービスの質の向上」に事業所全体で取り組む風土があり、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルを実施し恒常的に行っていくシステムを法人・事業所で構築していました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 災害発生時の対応 防災訓練に地域の方が参加されていましたが、マニュアルには地域との連携が掲載されていませんでした。</p> <p>2. その他 組織の理念や方針、事業計画などホームページや機関誌を通して発信していました。事業所内では各フロアに掲示していました。職員には年度初めに確認の伝達、名札の裏に明文化したカードを配布していましたが、周知しているかどうかの確認はしていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 災害発生時の対応 自然災害は少ない地域ではありますが、例えば火災などの発生時、初期対応、早期の避難時に人手が必要となります。また近隣においても高齢世帯が多い中、若い力を必要とされています。お互いに協力する姿勢は地域貢献につながります。防災訓練時に実際に地域の方が参加し連携していますので、災害発生時の対応マニュアルに地域の方々との協力を明文化されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. その他 理念の周知に対し、法人としていろいろな方法を図っておられました。さらに組織の理念の周知を進めるために明文化したものを配布するだけでなく、定期的に唱和するなど、折に触れて「理念とは」と問いかけ、職員に浸透するような取り組みをされてはいかがでしょうか。</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)	認知症対応型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防認知症対応型通所介護 通所介護
訪問調査実施日	令和4年5月17日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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. 組織の理念や方針・事業計画などは、ホームページや機関誌を通して発信し、事業所内では各フロアに掲示していました。職員には年度初めに周知し、名札の裏に明文化したカードを携帯していました。 2. 組織としては理事会・評議員会を設置し、運営会議・フロア会議をはじめ案件別の委員会を設置して職員の意見が反映される仕組みがありました。職種ごとの職務権限などは職務分掌規程に明記していました。			
(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質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. 5年ごとの長期計画3年ごとの中期計画、単年度事業計画がありました。計画の策定や課題は、各フロア会議で検討し運営会議で決定していました。単年度の事業計画は6カ月ごとに評価をしていました。 4. 事業計画が実行できるように方針展開表に目標を書き込み、毎月、QMS委員会（品質管理システム委員会）を開催し協議していました。相談員、介護職員、看護職員、栄養士などが出席し意見交換を行ない、決まった内容は議事録を作成し各フロア会議、運営会議で報告して、更に議事録の回覧で周知を図っていました。会議に欠席する職員の意見は事前に確認していました。			
(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)	<p>5. 法人で外部から講師を招きオンラインで法令遵守を正しく理解するための研修を実施し、フロア会議で伝達していました。法令遵守についてはコンプライアンス管理規定に定めていました。関係法令の検索はパソコン内で誰でも必要な法令にたどり着けるよう整備していました。パソコンの操作も全職員ができるよう取り組んでいました。</p> <p>6. 運営管理者の責務は職務分掌規定に明文化し、規定の回覧をしていました。グループフォームを活用し上司評価の「360度評価」を実施していました。職員ヒアリングでも意見をくみ取り、対応してくれるとの評価がありました。</p> <p>7. 管理者は毎日の報告は業務日誌の閲覧で確認し、管理者不在時は緊急連絡網を活用し連絡をとっていました。利用者の急変時の対応は看護業務手順書に、送迎時のトラブルは送迎業務手順書に記載がありました。起こったトラブルは「コールバック連絡書」に記載し、速やかに管理者に報告していました。コールバック連絡書は原因分析から改善点などまでPDCAが確実にいえるよう工夫されたものでした。</p>
--	------------	--

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)		<p>8. 介護福祉士率は66.4%ありました。資格取得支援は「資格取得支援に関する規定」に定められ、グループ内の受験対策講座（学研とコラボレーションしている）への参加がありました。費用面での支援もありました。</p> <p>9. 研修委員会が中心となり研修企画書を作成し、参加を促していました。外部研修もオンラインでの参加を促していました。職員の気づき力向上のため「”ほっ”と報告書」を記載することで観察力の向上につながるようにしていました。職種別にスキルアップシートを用いてスキル向上を図るシステムがあり、半期に一度キャリアパス面談を行い常に目標を持った行動ができるよう支援していました。</p> <p>10. 他者に指導ができると評価された職員が指導者としての教育を受けて、実習生を担当する仕組みがありました。実習受け入れマニュアルもありました。例年は受け入れをしていましたが、今年はコロナ禍で実績はありませんでした。</p>		

(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)		<p>11. QMS委員会で有給休暇の取得率を確認し、連続休暇5日以上取得を促していました。また時間外労働も月8時間以内で収め、負担にならないように配慮していました。座位式特殊浴槽を設置し介護負担の軽減を図っていました。</p> <p>12. メンタルヘルスチェックを年1回実施していました。医仁会武田総合病院に「メンタルサポート」を設置し、誰でも相談できる体制を整備していました。ハラスメントの防止に関する規定を設け、相談窓口を法人本部職員が担っていました。食事や休憩は、休憩室や相談室でくつろげるよう開放していました。</p>		

(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. ホームページに情報の公表制度の内容を掲載していました。また機関誌「東部だより」も毎月発行し情報を開示していました。地域交流として利用者が育てた花を押し花にし、しおりを作成して近隣のコミュニティセンターや小学校・幼稚園に寄贈していました。家族と職員、また同じ悩みを持つ家族同士の交流の場として独自の広報誌「かけはし」を発行していました。わかりやすいように写真での表示を多く取り入れていました。 14. 地域ケア会議に職員を派遣し、地域の情報を把握していました。城陽市西部包括支援センターからの依頼で認知症家族介護者教室の第3回目の講師を務めていました。		

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

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で施設の内容・状況を紹介していました。また、YouTubeで施設内を動画配信していました。		
(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. 重要事項説明書、契約書に基づいてサービスの内容を説明し、本人と家族の署名捺印がありました。		
(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様式により、利用者の心身状況を記載していました。また、通所介護計画更新時等手順書にアセスメントの見直し時期など明記し、見直しをしていました。 18. 利用者や家族の要望・希望にそったアセスメントに基づき、通所介護計画を作成していました。施設の特徴である、一人ひとりの役割がもてるような計画を作成し、家族と共に支援していました。 19. 通所介護計画には、担当者会議に参加して得た意見や自事業所の専門職の意見が反映したものとなっていました。 20. 通所介護計画書の手順書の見直しの基準を定め、定期的また状況の変化やサービス内容の変更がある場合など見直しをしていました。		

(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. 必要な方は病院や主治医の携帯番号に直接連携が取れるようになっていました。退院時のカンファレンスには医療情報を収集し家族と情報共有して支援していました。介護支援専門員を通じて連携を図っていました。		
(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. 職種ごとのマニュアルがあり、毎年3月末に文書見直しチェック表を利用してマニュアルの見直しをしていました。 23. 介護支援記録ソフトに利用者の日々の状況、サービス提供内容を入力していました。記録の管理については、「記録管理規程」や「介護記録等に関する情報の取扱い規則」に定めがありました。記録の管理についての研修は、施設で個人情報とプライバシーに関する2種類の動画を用意し、それを用いて研修をしていました。 24. 記録は全てパソコンに入力し、送り用ファイルを作成して情報共有し、重要情報は赤字で記載していました。フロア会議やケースカンファレンスにおいても情報を共有していました。 25. 全体での連絡事項と個人連絡事項に分けて記入できる連絡帳にて日々の様子を家族へ知らせていました。毎月発行の独自の広報誌「かけはし」においては、写真などを掲載していました。また、個別に日々の様子をタブレットで動画にして家族に発信していました。		
(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. 感染症ごとの感染症マニュアルがあり、毎年見直し更新してありました。今年度は3回研修を実施していました。研修の日程は、例えばコロナ感染対策についての研修は、3月21日～30日に実施し、職員全員が参加できるように配慮していました。 27. 施設内の清掃は、業者への委託（風呂・フロア・水回り）で実施日は、火・木・土と記録がありました。それ以外は、職員が毎日実施し、臭気はありませんでした。		
(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)	<p>28. 事故や緊急時の対応マニュアルを作成し、指揮系統も明らかにしていました。コロナ禍のため実践的な訓練はできていませんが、職員間で緊急対応搬送についての動画を作成し、これを基に研修を行い、職員周知を図っていました。</p> <p>29. 「コールバック連絡書記載要領書」を作成し、法人全体で事故に対する共通認識が出来るよう様式を整えていました。</p> <p>30. 年2回防災訓練を実施していました。訓練の様子は、機関誌「東部だより」に掲載し、利用者や家族の方へ発信していました。訓練には地域住民の参加がありましたが、災害発生時の対応マニュアルには地域との連携体制の記載がありませんでした。</p>
--	------------	--

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)		<p>31. 利用者の尊厳に配慮したサービス提供を行うことが、法人の経営理念に明示されていました。3カ月に1回「虐待の芽チェックリスト」を全職員が実施し振り返りの機会を設けていました。また「人権に配慮したサービス提供」「虐待防止」についての研修を実施していました。</p> <p>32. 入浴や排泄支援においてプライバシーや羞恥心に配慮を行うことを介護マニュアルに記載していました。またプライバシー保護に関する研修を年に1回実施していました。</p> <p>33. 定員を超えない場合の利用申込に関して、基本は断ることなく受入れを行いました。必要な場合は実際にお試し利用を実施し「安心安全にご利用いただけるか」を基準に判断していました。待機の場合も継続して情報共有を行い利用に繋がるよう配慮を行っていました。</p>			
(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)		<p>34. 口頭での直接相談、連絡帳、電話、メール、インターネット上の介護相談窓口案内など、多岐に渡る相談方法で対応していました。コロナ禍もあり利用者や家族の懇談会が開催できていませんでしたが、昨年度から利用者・家族間の広報誌「かけはし」を毎月発行し利用中の様子が分かるよう写真を多く掲載したり、家族間の介護の悩みや相談内容を記事に取り上げ交流が図れるよう工夫を行っていました。</p> <p>35. 「コールバック連絡書作成手順書」を作成し、苦情発生時の対応と報告方法を定めていました。また実際に発生した苦情に関する改善状況をホームページで公開していました。</p> <p>36. 第三者委員を設置し、事業所内に相談窓口を掲示していました。また公的機関の相談窓口を重要事項説明書に記載し、利用者から寄せられた苦情等について対応する仕組みを設けていました。</p>			

(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。	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. 38. 年に1回利用者アンケートを実施し、業務改善委員会で集計・分析を行いました。また年に2回嗜好調査を実施し食事支援の取組みに反映していました。利用者アンケートにあがった意見や要望以外にも、改善が必要とされる事項に関して「改善提案実施書」を作成して委員会で毎月検討し改善に取組み、3カ月・6カ月・1年と期間を設けて改善状況をフォローアップしていました。また法人内外の他事業所の取組みや事例に関して積極的に情報収集・共有を行い、事業所運営に活用していました。 39. 6カ月に1回法人内部監査を実施し、結果に関して次回までに改善を行う機会を設けて質の向上に取り組んでいました。3年に1回、定期的に第三者評価を受診していました。		