

アドバイス・レポート

令和 5 年 5 月 5 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 5 年 1 月 16 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（**ヴィラ山科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 (※)	<p>1) 組織体制</p> <p>数多くの施設を運営する武田病院グループという大きな組織の中で ISO-9001（品質マネジメントシステム）の認証を取得され、QMS（品質管理）委員会が中心となって、「顧客満足の視点」、「品質マネージメントの視点」、「プロセスの視点」、「サービスの視点」から年度活動目標をもって事業方針が明示されています。その目標に向けて事業所では、「年度方針展開表」の中で具体的な目標値を設定し、毎月の達成状況の確認や半年ごとの評価等の定期的な活動、分析、評価する仕組みを 10 年以上にわたって継続的に構築されています。また、ISO 認証を維持・継続に向けて法人内の各事業所の職員が内部監査員となって年 2 回の内部監査を実施され、ケアの品質についてのクオリティの維持、向上に努める組織づくりに努められていることを強く感じました。職員一人ひとりのレベルにおいても品質方針カードを常に携帯することで ISO 9001 認証において客観的に評価されることへの意識をもって法人の理念や方針が組織全体に浸透されていました。</p> <p>2) 継続的な研修・OJT の実施</p> <p>法人全体で「教育訓練計画」を策定し、新人職員から役職職員まですべての職員が「現在の自分」「3 年後、5 年後の自分」のビジョンを明確化できる武田病院グループ独自の自己目標シートを作成し個人ファイルで管理されています。年間の階層別研修が組み立てられ、新人職員には初任者プログラムが準備され、プリセプター（新人育成担当）制度を導入し、年 4 回法人でプリセプター会議を開催してプリセプターの支援も行っておられます。また、3～5 年目の職員は、系列の事業所と相互研修などスケールメリットを生かした人材育成システムが構築されています。</p> <p>3) 職員間の情報の共有</p> <p>インカム（無線通話機器）の導入やタブレット端末の活用、音声入力できる介護記録ソフトの導入等の新しい機器を積極的に取り入れられています。そのような最新鋭の機器だけでなく、送迎後に連絡帳に書いてあった家族からの利用者に関する重要な情報を共有する必要がある場面においては、紙ベースの利用者記録表をタイムリーに使用されており、適切にツールを使い分けながらより良く効果的に情報共有していこうとスタッフが向上心をもって取り組まれていました。</p>
---------------------	---

	<p>4) 地域との交流</p> <p>地域との関わりを重視されており、併設の地域包括支援センターとも連携しながら運営推進会議で地域住民、民生委員等とも交流されていました。コロナ禍においても、小学校との交流を手紙のやり取りで行って、繋がりが切れないように工夫しながら継続されており、事業所全体で、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いこうという前向きな姿勢を確認できました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 第三者への相談機会の確保</p> <p>利用者へのアンケートや日々の送迎時に家族から要望を聞く等の努力はされていますが、外部の相談員等に利用者が相談できる機会が確保できていませんでした。施設の職員相手には言いにくい内容があることや、職員には遠慮して本音が言いにくいということも少なからずあると思われます。そこで、そういう話を聞ける第三者の存在が重要になってくるかと思えます。</p> <p>2) 情報の保護</p> <p>利用者の見守りがしやすいように、フロア内にデイスタッフの事務スペースが出されていましたが、空席になっていた場所のパソコンの画面が開いたままになっていました。個人情報保護の観点から、望ましくない状態だと感じました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 第三者への相談機会の確保</p> <p>利用者の意向は最も近い関係にあり話しやすい職員だからこそ本音も聞くこともあり、利用者の意向を項目立てて聞き取る姿勢は職員にとってもサービス向上に向けてとても良い取り組みかと思えます。ただ要望や意見、本音を直接話せない利用者に対しては職員の推測となってしまいます。京都市介護サービス相談員は人数が少なくデイサービスへの派遣は困難かと思えますので、例えば、特養への実習受け入れで関わりのある養成校の実習生や、第三者委員の方、地域の住民で民生委員など福祉に理解のある方に入っただき、利用者が相談できる機会を確保されてはいかがでしょうか。法人のスケールメリットを活かして法人事業部の中で専任の顧客相談員などを配置して定期的に各事業所に訪問されるお客様相談センターのような窓口を設けてみるのも一考かと思えます。第三者への相談機会が確保できれば、より幅広く利用者の意見を聞くことができ、改善への取り組みを経て満足度の向上と施設の魅力につながるのではないかと思います。</p> <p>2) 情報の保護</p> <p>フロア内に事務スペースが配置されている状態なので、個人情報の管理に対しては、徹底する必要があるかと思えます。拝見した職員の研修レポートにも記載されていましたが、利用者についての申し送りをする際なども、忙しい中であっても、声の大きさや周囲の状況をしっかりと確認して申し送る</p>

様式 7

	<p>習慣が大切だと思います。例に挙げさせていただいたパソコン画面についても、場所の工夫や使用しない時は閉じるという習慣にすることが大切なので、新人職員への研修や個人情報保護に関する研修等に取り入れて、使わないパソコンの画面は閉じているのが当たり前になるように取り組ま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	2674100041
事業所名	ヴィラ山科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)	介護予防型通所介護・介護老人福祉施設・介護予防短期入所生活介護・介護予防訪問介護・認知症対応型通所介護・居宅介護支援事業・介護予防支援
訪問調査実施日	令和5年1月31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) 法人本部が示す基本方針が各フロアに掲示され、全職員に運営方針の記載された品質向上カードを配布して名札の裏に携行され、いつでも確認できるように周知が図られていました。2) 概ね年4回の理事会が開催されています。また、各部門での会議が定められた職務分掌が規定され、グループ内での会議のほか、拠点での管理者会議、各部署会議、拡大会議等により組織的な意思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	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) 大きな法人のメリットを生かし、ISO9001（品質マネジメントシステム）を導入し、法人の基本方針に沿って事業所ごとの事業計画が策定され、職員会議や部署会議等において周知されています。また定期的な内部監査も実施され、品質の保持に努められています。4) 事業所の業務の標準化、課題の明確化を図り、年度事業計画活動目標書に基づき、各部署で作成された方針展開表を活用して毎月達成状況を確認するとともに半期で中間評価、年度末に年度末評価を積極的に行われています。			
(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)		5) 法令遵守規程により関連法令に関する情報がリスト化されており、職員が調べられる仕組みを整えるとともに、職員に周知されています。6) 組織図、職務分掌規程で管理者の役割と責任が明示され、京都府福祉職場 組織活性化プログラムにおける職員アンケートを毎年実施し、管理者評価や職員の意見の内容を職場づくりに活かされています。7) 介護ソフトのケアカルテを使用し、業務実施状況は管理者、責任者が毎日確認し適切な指示を出し、緊急時には緊急時連絡網や対応フローチャートを活用し、迅速に対応する仕組みがありました。			

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) 管理者会議で毎月人員配置状況等を確認し、資格取得に対しては、費用の一部法人負担や勤務調整など、取得支援を行われています。9) 「現在の自分」「3年後、5年後の自分」のビジョンを明確化できる武田病院グループ独自のキャリアアップシートを活用して新人職員から役職職員までが計画書を作成し個人ファイルで管理し、半期ごとのステップアップシートで個々のレベルに合わせた学ぶ機会を設けられる人財育成システムが構築されています。10) 実習指導者研修修了者を配置し、看護学校の実習や社会福祉士の実習を受け入れられています。また法人内の実習指導者が情報を共有する機会も設けられています。		
(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)		11) 毎月の安全衛生委員会で残業や有給休暇の消化状況を確認し、取得の推進・管理を行われています。インカムの導入やタブレット端末の活用、音声入力できる介護記録ソフトの導入等を図り、労働環境改善に努められています。12) グループ内の心療内科医の受診ができる旨の相談窓口の掲示や、プライバシーに配慮した相談できる体制を整えられています。		
(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、ホームページにより法人が運営方針や事業所の施設の取り組みなどの情報が細かく発信されています。また近隣の小学校の授業の一環として高齢者との手紙や質問状などの手紙交流をされています。14) 併設する地域包括支援センターと連携し、大学での認知症サポーター養成講座や、地域の小学校での認知症についての勉強会に、職員を講師として派遣されていました。		

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) ホームページに事業所の概要を記載し、毎月の広報誌「はなみずき通信」にイベント活動等の内容に写真を載せたり、パンフレットには1日の様子を分かり易く掲載するなど工夫がされています。問い合わせや見学希望は、利用申請受付書に記録されており、施設見学については、当日の利用者が帰られた後に随時対応されています。		
(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) サービス内容、料金等は、契約時に重要事項説明書で説明し同意を得られています。事業所として成年後見制度利用に結びついた実績はありませんが、利用者の状況等から成年後見制度利用等の必要なケースについては併設の地域包括支援センターや担当介護支援専門員に提案され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) 介護ソフトのアセスメントシートを活用して各専門職が連携を図りアセスメントを実施されています。18) 利用時の面接やサービス担当者会議にて利用者、家族の意向を確認し、個別援助計画書に反映し、説明・同意を得られています。19) サービス担当者会議において主治医や専門職と意見交換が行われています。また、機能訓練指導対象の利用者に対してはよりきめ細かな生活機能チェックシートを作成し、援助の目標設定に活用されています。20) 通所介護計画作成手順書に基づき、定期的にあセスメントを行うほか、急な利用者の状態変化時に介護支専門員に情報提供を行い、個別援助計画の見直しが図られていました。		
(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) 個々のケースファイルの1ページ目にフェイスシートと主治医等の関係機関のリストを表記し、突発的な事案が発生してもスムーズに多職種連携ができる体制ができています。退院時には相談員等が退院時カンファレンスに参加し必要な情報を得るなど医療機関と連携を図られています。		
(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	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) ISO9001に沿って法人共通の事業種別ごとの業務手順書（マニュアル）が整備され、見直し時期が定められ、年度末の定期的見直し及び随時の見直しが行われています。23) 利用者の状況、個別援助計画やサービス提供状況について介護ソフトで記録・管理されています。個人情報管理台帳をもって書類の持ち出しが管理をされています。24) 介護ソフトによる情報共有の他、毎月の事業所内会議で利用者の状況や事故検討、ケアプランの見直し等、職員の意見集約や情報共有をされています。25) デイ送迎時に連絡帳を活用して家族と利用時の情報交換をされています。毎月発行される広報誌の他に、6ヶ月毎のサービス担当者会議等で情報交換が行われています。家族交流会も毎年開催されていましたが、コロナ禍で2021年度は中止、2022年度は収束すれば2月ごろに開催を検討するとのことでした。		
(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) 感染症対策マニュアルが整備され、年2回、すべての職員を対象に感染に関する研修を実施されています。サービス提供時に発熱者が発生した時を想定したシミュレーション訓練や実技研修も行われていました。27) 空間除菌脱臭機をフロアに複数設置し、臭い等もなく、トイレは日に3回定期点検を実施するなど常に清潔な生活空間を保たれていました。		

(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	A
(評価機関コメント)		28)緊急時対応要領書、事故発生時対応要領書を整備し、入職時研修や緊急時対応訓練等を実施されています。29)事故発生時にはコールバック連絡書(事故報告書)を作成し、全職員で共有、対策の検討が行われています。また、「ほっと報告書(ヒヤリハット報告書)」には介護システム内で赤字表示して一週間表示し、見える化を図ることで事故の再発防止の取り組みが行われています。また安全対策委員会において1ヶ月単位で結果の検討が行われ、現場での微細なヒヤリハットの内容を記載するなど意識的事故発生予防にも努められています。30)消防計画、災害発生時マニュアルを整備し、施設の立地環境に応じた研修(水害対策等)や避難訓練を拠点や法人内の他施設と合同での訓練も実施されています。		

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)利用者本位、尊厳の保持を配慮したサービス提供を行うため、職員の目につくところに標語を事業所内に掲示し、職員に気づきを促せる取り組みがなされ、職員全体研修も実施されています。32)サービス規程や通所介護業務手順書にプライバシー保護を明示し、入浴やトイレ介助等でプライバシーに配慮した声掛けができるよう職員研修で周知徹底されています。33)利用申請があれば、拒否なく受け入れられています。入浴で機械浴が必要な場合で希望する曜日が受け入れ困難な場合は、一旦他の曜日で調整または近隣の他施設を紹介するなど柔軟に対応する体制が取られています。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		34)毎月の請求書等を送付する際にご意見ハガキを同封されています。また、それぞれのサービス内容に対応した満足度調査アンケートを実施し、利用者・家族の意向を確認されています。35)満足度調査結果や自由記述で出された意見等についてはデイサービス会議、サービス向上委員会で検討し、改善が図られるとともにその内容を広報誌にて説明、公表するとともにし、利用者の目につくフロアにも掲示されています。36)利用者へのアンケートや日々の送迎時に家族から要望を聞く等の努力はされていますが、事業所外の外部の相談員等に利用者が相談できる機会が確保できていませんでした。		

(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)利用者満足度アンケートの結果は法人の通所部会やサービス向上委員会等で検討し、改善提案実施書を作成して、アンケート結果から施設内のイベント企画の充実を図られていました。38)2ヶ月に1回拠点でサービス向上委員会が開催され、サービスの質の向上について検討し、グループ内の同じ職種による部会や行政区内の事業者連絡会等で他事業所の取り組み等について情報収集・比較検討が行われています。39)グループ内の同じデイサービスの部会での検討や、法人内の職員が調査員となって品質マネジメント内部監査を定期的実施し、サービスの質の評価や改善に努められています。		