

アドバイス・レポート

平成 28 年 3 月 3 日

平成 27 年 10 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人社団 飯野小児科内科医院 いいのデイセンター 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

<p>特に良かった点と その理由(※)</p>	<p>(通番 13・14) 地域との交流 事業所前の掲示板を活用し、事業所での取組みや地域の活動等の情報提供を行っています。地域の夏祭りや老人会の催しに、利用者が参加できるように集会所等に送迎して、地域住民との交流を支援しています。また、地域住民にチラシを配布して、介護相談会を実施しています。</p> <p>(通番 19) 専門家等に対する意見照会 併設医院の協力も得ながら、主治医、看護師、リハビリ担当者等の専門家からの意見を通所介護計画書や個別機能訓練計画書に反映しています。また、サービス担当者会議などに参加して、適宜、専門職との意見交換を実施しています。</p> <p>(通番 24) 職員間の情報共有 朝夕のミーティング、申し送りノート等で情報が共有されています。各会議の議事録を全職員が閲覧して情報共有を図っています。また、機能訓練に関する全利用者の状況を 3 ヶ月毎に職員間で確認して、リハビリ状況も共有されています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者は常に一緒に業務し、朝・夕の申し送りにも参加して職員の意見を聞くと共に、必要に応じて指示を行っています。しかし、管理者自らが職員から信頼を得ているかを評価するシステムは確認できませんでした。</p> <p>(通番 34) 意見・要望・苦情の受付 日々の関わりの中での観察や利用者との会話の中で、本人からの意見や要望を引き出して対応されています。また、送迎時や連絡帳等で家族の意見や要望を聞いています。しかし、利用者への個別面談や利用者懇談会は実施できていませんでした。</p> <p>(通番 37) 利用者満足度の向上の取組み 利用者からの要望については、その都度、改善点を職員間で話し合い、必要に応じて管理者会議等でも協議しています。しかし、年に 1 回以上の利用者への満足度は実施できていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

「いいのデイセンター」は、亀岡駅から車で 10 分程度の亀岡市南つつじが丘大葉台にある定員 30 名の通所介護事業所です。

医療法人社団飯野小児科内科医院が、診療所の患者からの要望や地域の高齢化に対応すべく、平成 13 年に開設しました。介護保険制度開始前から、診療所に通う高齢者が一人で来所できなくなってきたのを支援するため、送迎サービス、手作業等のリハビリを独自サービスとして実施しておられ、その発展の結果が通所介護事業所開設に結びついた点も高く評価できます。そして現在では、地域のニーズに対応すべく、居宅介護支援事業所や認知症対応型通所介護事業所も併設されています。

事業所周辺は坂の多い地域であり、家から外出し難い高齢者の外出やリハビリを目的として機能しています。利用者が「その人らしく地域で暮らし続けるために」ということを目標に、近隣に確保した戸建て住宅もリハビリ場所として活用して、生活リハビリを実践されていました。利用者個々の生活課題を確認し、「近所のスーパーに買い物に行く」「ATM の利用方法を指導する」「調理を行う」「洗濯を行う」等の目標を設定して個別機能訓練を実施している姿勢は、地域での在宅継続支援の取組みとして大変感銘を受けました。

また、利用者のやりがいや楽しみを少しでも増やしたいという思いから、職員自らがミュージックセラピー講座や陶芸教室に参加されて実践方法を習得し、音楽療法や陶芸等の手作業、畑や園芸等の取組みを実施されていることも大変素晴らしいと感じました。今年度から実施した陶芸作業では、作品を利用者が持ち帰るだけでなく、ボランティアにもプレゼントすることで、高齢者が役割を実感できる支援を実践されていることも素晴らしい取組みであると感じます。

医院併設の通所介護事業所であることから、精神科や市立病院等の近隣の医療機関と連携して利用者を支援していることも特徴であり、専門家や関係機関との連携にも力を入れておられました。

一方で、意見・要望・苦情への対応や質の向上に係る取組等には課題が感じられました。

今後も理事や管理者を中心とする職員間で話し合いをしながら、利用者にとってのより良い環境整備や介護サービスの提供を迫りて頂きたいと思えます。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 管理者は法令に関する研修会に参加して法令等の情報を得ていましたが、関係法令のリスト化はできていませんでした。管理者会議等の中で、併設事業所の管理者と共に、必要な関係法令を確認して、関係法令をリスト化されては如何でしょうか。
- ・ 利用者からの意見や要望等とその対応方法を記録していましたが、公開ができていませんでした。利用者の意見・要望・苦情とそれに対する対応策等を、広報誌や事業所内の掲示板を活用して、公開することを試みられては如何でしょうか。

介護サービス第三者評価事業

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">・ 質の向上に係る取組みとして、第三者評価の項目や自主点検の項目等も参考にしながら、事業所における自己評価表を作成し、毎年の自己評価を実施されることをお勧めします。このことにより、さらなるサービスの質の向上が図られると考えます。 |
|--|--|

※ 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	2611601515
事業所名	飯野小児科内科医院 いいのデイセンター
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 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年1月25日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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) 事業所内に理念・運営方針を掲示すると共に、年度初めの全体会議でも職員に周知している。契約時の重要事項説明書や広報誌で利用者・家族に周知している。 2) 組織図が作成され、毎月の管理者会議や運営会議・全体会議の中で、現場の意見を吸い上げながら体系的に意思決定がなされている。職務に応じた役割や権限を業務分担マニュアルに明記している。		
(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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)			3) 法改正や利用者ニーズに基づき、運営状況の課題や問題点を明らかにし、サービス内容を変化させ対応している。職員の意見を聞きながら、課題を明確にして毎年の事業に活かしている。現場の課題や中・長期計画は明文化されていない。 4) 職員の担当を音楽療法、作業、体操、イベント企画などに分担し、それぞれの企画内容や課題の達成状況を全体会議で確認している。毎年、各担当が課題を分析し、次年度の事業計画に反映させている。		
(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。	B	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	B
	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、いつでもスタッフ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) 管理者は労務管理や法令に関する研修会に参加して法令等の情報を得て、必要な法令を職員に周知している。しかし、関係法令のリスト化はできていない。 6) 管理者は常に一緒に業務し、朝・夕の申し送りにも参加して職員の意見を聞いている。一方で管理者自らが職員から信頼を得ているかを評価するシステムはない。 7) 管理者は常に現場で指示出来る体制にあり、ヒヤリハット等の報告も随時確認し、必要に応じて職員に対策等を周知している。施設不在の時でも携帯電話等で指示している。		

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。	B	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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		8) 職場から資格取得講座等の情報提供を行い、資格手当等も導入してキャリアアップを推奨している。職場内で介護福祉士の実技講習を実施して資格取得を支援している。 9) 施設内研修を月1回実施している。個人に年間研修目標を記入させ、必要な外部研修情報を職場として提供している。外部研修に参加した職員の報告会を実施し、互いに学び合う機会をつくっている。 10) 介護職員初任者研修の実習生を受入れ基本姿勢を明文化している。実習指導者への研修は実施できていない。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	スタッフ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。	B	B
		(評価機関コメント)		11) 送迎や清掃業務を外部業者と提携し、職員の負担軽減に努めている。有給休暇取得率や時間外労働等をデータ化している。育児・介護休業を就業規則に明記すると共に、実際の取得事例もある。 12) 必要に応じて外部の精神科医師を紹介する体制が確保されている。新年会や夏のビアガーデンの実施等で職場内の親睦を図っている。しかし、就業規則の中に、ハラスメントに関する規定が確認できなかった。		
(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	A
		(評価機関コメント)		13) 事業所前の掲示板を活用し、事業所での取組みや地域の活動等の情報提供を行っている。地域の夏祭りや老人会の催しに、利用者が参加できるよう集会所等に送迎して、地域住民との交流を支援している。 14) 地域住民にチラシを配布して、介護相談会を実施している。地域ケア会議に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズを把握している。		

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、広報誌「いいの通信」を通じて必要な事業所情報を提供している。見学やお試し利用に随時対応して、管理日誌に記録している。		
(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) 重要事項説明書にサービス提供内容や利用料金を明示している。必要に応じて成年後見制度等の活用をアドバイスしたり、相談会も行っている。		

(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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	B	A
(評価機関コメント)		17)独自の様式を用いてアセスメントを実施し、心身の状況等変化があった時には再アセスメントを実施している。 18)居宅介護支援事業所からのケアプランに基づき通所介護計画書を作成している。利用者や家族の意向は日々の関わりや送迎時、サービス担当者会議で聞き取っている。 19)主治医や看護師等の専門家からの意見を通所介護計画書に反映している。多職種が参加するサービス担当者会議に参加して意見交換している。 20)朝夕の申し送りで利用者の状況や変化を話し合っている。必要に応じて通所介護計画書の見直しが実施されている。モニタリング様式をわかりやすい様式に変更し、ケアマネジャーにも毎月の利用状況を報告している。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)利用開始時や必要時に主治医、看護師、リハビリ担当者等の専門職の意見を聞き連携している。ケアマネジャーを通じて、利用者の入院病院や関係機関等からの必要な情報を入手している。		
(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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)認知症予防や高齢者虐待防止等の各種マニュアルが作成されている。内部研修とリンクさせて、マニュアル内容の確認や必要に応じた見直しを実施している。 23)個人記録が整備され、記録の持ち出しや廃棄等に関する規定もマニュアルの中に記載されている。個人情報の保護や取り扱いに関する職員研修も実施されている。 24)朝夕のミーティング、申し送りノート等で情報が共有されている。各会議の議事録を全職員が閲覧して情報共有を図っている。機能訓練に関する全利用者の状況を3ヶ月毎に職員間で確認している。 25)送迎時の対話や毎日の連絡帳等で家族との情報交換を行っている。年1回家族懇談会を実施している。		
(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、スタッフ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)感染症マニュアルを作成し、随時新しい情報を入手している。年1回感染症についての勉強会を実施すると共に、マニュアルの見直しもを行っている。ノロウイルス対策の備品を常備し、二次感染の予防に努めている。 27)シルバー人材センターによる毎日の清掃を実施し、事業所内は清潔に保たれている。空気清浄機を24時間稼働させて臭気対策を行っている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、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
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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) 事故緊急時対応マニュアルを整備して、マニュアルの内容を毎年確認している。緊急時の連絡体制表を作成し、指揮命令系統を明確にしている。 29) 事故報告書やヒヤリハット記録を作成し、ヒヤリハットや事故発生時には夕礼時に原因の把握や対応方法の検討を実施している。事故の再発防止のための内部研修を実施している。 30) 非常緊急時対応マニュアルを整備して、職員に周知している。災害時の指揮命令系統を明確し、南丹市の高齢者あんしんコーディネーター事業に参加している。		

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。	B	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) 利用者の人権尊重を理念で明確にしている。身体拘束排除マニュアルを整備して、職員への研修を実施している。 32) 職員に対して個人情報保護とプライバシーへの配慮についての研修を実施している。介護マニュアルの中にもプライバシーへの配慮したケアを行うことが明記されている。 33) 新規申込みについては原則断らないようにし、申込みを受け付けている。利用希望日も出来る限り希望に沿うようにしている。				
(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っている。	B	B		
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。	B	B		
(評価機関コメント)		34) 日々の関わりの中での観察や利用者との会話の中で、本人からの意見や要望を引き出している。送迎時や連絡帳等で家族の意見や要望を聞いている。しかしながら、利用者への個別面談や利用者懇談会は実施できていない。 35) 利用者の意見や要望については、その日の夕礼で解決方法を話し合い、申し送りノートにも記録して対応している。意見・要望・苦情等の公開はできていない。 36) 重要事項説明書に公的機関の窓口を記載し、契約の際に説明している。第三者委員等の相談窓口設置や施設内に介護相談員等の外部人材の受け入れができていない。				
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。	B	B		
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スタッフ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。	B	B		
(評価機関コメント)		37) 日々の利用者からの要望については、改善点を職員間で話し合い、必要な時は管理者会議等でも協議している。年に1回以上の利用者への満足度調査は実施できていない。 38) 管理者会議でサービス向上について話し合い、運営会議で承認をもらっている。亀岡市内でのデイサービス部会等に参加し、他の事業所と情報交換している。 39) 第三者評価を行う担当者等を設置し、概ね3年に1回の評価を受診している。サービス内容についての課題を明確にし、次年度の事業計画に反映している。しかし、年1回以上の自主点検以外の自己評価が実施できていない。				