

アドバイス・レポート

平成30年6月14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30年1月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた市田医院デイケアにつきましては、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>○アセスメントの実施・利用者家族の希望の尊重 3カ月に1度デマンドと主観評価を行い、満足度や状況の把握を行うなど丁寧なアセスメントが行われています。</p> <p>○利用者の決定方法 医院が併設されていることもあり、「ご利用者受け入れ状況（条件）」を定め、公平・公正な方針のもと、地域における医療ニーズの高い利用者を積極的に受け入れています。</p> <p>○利用者家族の希望の尊重・意見・要望・苦情の受付 定期的な利用者等への面談や連絡ノート、利用者家族会の開催など、利用者の意向を収集する仕組みがあり、利用者が意見をしやすい環境づくりに配慮しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定 研修計画は策定していますが、事業計画としては不十分です。また、中長期計画が策定されていません。</p> <p>○業務レベルにおける課題の設定 年度末に職員個人としての反省や目標の設定は行われていますが、組織として定期的に課題の達成状況を確認し見直しを行うなどの対応がなされていません。</p> <p>○ストレス管理 年1回管理者が面談を行っていますが、メンタルヘルス対策として外部専門職等による相談体制はありません。就業規則にハラスメント等に関する規定が掲載されていません。</p> <p>○業務マニュアルの作成 業務マニュアルはありますが、見直しの基準が定められておらず、改定年月日が確認できませんでした。</p> <p>○利用者満足度の向上の取り組み 利用者に対する満足度調査などが行われていません。</p>

具体的なアドバイス

市田医院デイケアは「下鴨の平和を守る」を理念とし、地域の住民に広く目をむけ事業を運営されています。
また、医院の併設をいかして、医療的なニーズの高い利用者を積極的に受け入れるとともに、日常の運営においても、介護福祉士、看護師、理学療法士、医師が連携し介護や介護予防、機能訓練等に取り組まれています。
今後より一層の地域への貢献、利用者満足の上昇に努めていただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。

○中長期計画の作成・業務レベルの課題の設定

年度の事業計画が研修計画に留まっています。中長期的な運営の視点を持ち目標を定め、単年度の事業計画において段階的に目標を設定し取り組みを進めるようにしてはいかがでしょうか。事業計画において目標が明確になることにより、介護・看護・リハビリ・医療等の各分野で具体的な行動計画につながると考えます。また、目標が日常の仕事と結びつくことにより、職員個人の目標設定もより効果的に事業運営に反映できると思います。それぞれの職員が個人の目標と組織の目標を理解することで、より高い意識で仕事に取り組むことができ、事業計画の具体的な評価、見直しにもつながります。

○ストレス管理

近年、職員のメンタルヘルス対策の重要性が指摘されています。年1回の管理者面談は非常に良いことだと思いますが、上司との直接の面談だけでなく、気軽に相談できる職場の仲間づくりや、産業医などと連携して専門的な相談体制の整備にも取り組んでいただくことを期待します。
また、ハラスメントに関しては労働基準法で就業規則への記載が義務付けられています。早急に整備を行い、職員への周知に努めていただく必要があると考えます。

○業務マニュアルの整備、研修の実施

必要なマニュアルは整備するように努力されていましたが、更新・変更の基準が明確には定まっておらず、更新・変更の状況にばらつきがありました。事故防止や感染対策、緊急時の対応など、報告書等をもとにマニュアルに反映できるよう、手順やルール作りを進めてください。

研修に関しては、研修は行われているものの、第三者評価の調査項目に適合するものが少なく評価に苦慮した面があります。第三者評価の調査項目を参考にしながら、今一度必要な研修を精査し、事業所内の勉強会等で計画的に行われることを期待します。

○利用者満足度の向上の取り組み

定期的な利用者等への面談や連絡ノート、利用者家族会の開催など、利用者の意向を収集する仕組みがあるにも関わらず、アンケート等で満足度調査が行われていないのは、もったいないと思いました。家族会にも意見を聞き是非アンケートに取り組んでいただきたいと思います。多くの意見を事業計画に反映できるよう、検討体制の整備も進めてください。

※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	2610605897
事業所名	市田医院デイケア
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防通所リハビリ、訪問リハビリ、介護 予防訪問リハビリ、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成30年3月13日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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。	B	B
	(評価機関コメント)			1. 理念・運営方針を事業所内に掲示するとともに、利用開始時に重要事項説明書を用いて利用者・家族に説明しています。職員には入社時のオリエンテーション、全体会議等で周知しています。 2. キャリアパスはありますが、職務の権限委譲については規定等がありません。		
(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	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	B
	(評価機関コメント)			3. 研修計画は策定していますが、事業計画としては不十分です。また、中長期計画を策定していません。 4. 年度末に職員個人としての反省や目標の設定は行われていますが、組織として定期的に課題の達成状況を確認していません。		
(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。	B	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. 介護保険法をはじめいくつかの法令については、職員が適宜閲覧できるようになっていますが、職員に対して把握すべき法令が具体的に示されておらず、法令遵守のための具体的な取り組みが行われていません。また必要な法令についてリスト化していません。 6. 運営管理者等は、定期的な会議への参加や面談等によりリーダーシップを発揮していますが、運営管理者等の役割と責任について文書化していません。また、自らの行動を職員に評価してもらうなどの取り組みが行われていません。 7. 出勤時には業務日誌で状況を確認しています。緊急時等には電話等で管理者へ連絡できる仕組みを整えています。		

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
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	B
		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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		8. 採用後の資格取得支援等に関しては、具体的な支援が確認できませんでした。 9. 会議のなかで外部研修等の報告は行われていますが、計画的に研修が実施されていません。 10. 実習の受入手順を示したマニュアルを整備しています。整備実習指導者に対する研修は行われていません。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇や超過勤務について、職員ごとに把握しています。スライドボードやスライディングシートなどの福祉用具を活用しています。 12. 年1回管理者が面談を行っています。メンタルヘルス対策として外部等専門職による相談体制はありません。就業規則にハラスメント等に関する規定が掲載されていません。		
(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。	B	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. 広報誌「下鴨赤煉瓦だより」を発行し広報に努めています。体制を整え計画的に外部の催し等に参加しています。 14. 地域包括支援センター等の求めに応じて、職員が、認知症サポーター油性講座、行方不明SOS訓練などに参加しています。		

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
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. 見学受け入れ対応についてマニュアルを整備し対応しています。体験利用後の経過記録などもあり、体験から利用に繋がるケースが多くありました。パンフレットやホームページは見やすく第三者評価の調査結果にもリンクもできるようになっています。		
(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. パンフレットや重要事項説明書等で説明し、同意を得てサービスが提供されています。成年後見人等との契約も確認できました。利用者の判断能力が疑われる場合は、ケアマネジャーや地域包括支援センターと連携を取り対策を検討しています。		

(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	B
(評価機関コメント)		17. 利用状況表やフェイスシートを使用しアセスメントを実施しています。デマンドと主観評価を3か月に1度行い、満足度や状況の把握をしています。 18. 趣味と生活面に分けて本人の希望を確認し目標を設定しています。 19. 計画策定にあたり、多職種合同でケア会議を実施しています。医師も必要に応じて指示を行い、3か月に1度は内容を確認しています。 20. モニタリングについては定期的に行われていますが、見直しを行う時期や手順が文書等で明確に定められていません。		
(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. 利用者の主治医や医療機関の連絡体制についてはケース記録等に記載されており、退院時等は医療機関等と連携し、診療情報提供書や看護サマリー等により情報収集をしています。		
(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。	B	B
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	B
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. 業務マニュアルはありますが見直しの基準が定められておらず、改定年月日の確認もできませんでした。 23. マニュアルはありますが記録の持ち出しについての規定がありません。 24. 申し送りや日誌で医師も含め毎日確認し情報共有しています。 25. 年2回家族会を実施するとともに、送迎時に連絡ノート等にて家族との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。	B	B
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. マニュアルを作成し、外部研修の報告や職員に対して周知と注意喚起を行っていますが、更新の日付が確認できませんでした。 27. 事業所内の清潔は保たれ、臭気についても問題なく、衛生管理も行われています。		

(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	B
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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		28. マニュアルや緊急時の連絡網は作成していますが研修や実践的な訓練は行われていません。 29. 事故報告書を活用してマニュアルの見直しを行ったとのことですが、見直し事項の記載が確認できませんでした。 30. 防災委員会を設置しマニュアルを作成されています。消防や風水害を想定して訓練は行われていますが、地域と連携した訓練は行われていません。		

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	B		
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. 利用者の人権については、「運営規程」などに明確に規定されていましたが、人権に配慮したサービスの提供や援助の方法についての研修や勉強会が実施されていません。 32. プライバシー保護については「プライバシー保護綱領」に規定されており、ミーティングなどで情報共有もなされています。研修については、外部研修に参加し伝達研修を行っています。 33. 病院が併設されていることもあり、「ご利用者受け入れ状況(条件)」を定め、公平・公正な方針のもと、地域における医療ニーズの高い利用者を積極的に受け入れています。				
(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。	B	B		
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. 個人面談や連絡ノート、利用者家族会の開催など、利用者の意向を収集する仕組みがあり、利用者が意見を述べ環境づくりに配慮しています。 35. 意見・要望・苦情を、毎日のミーティングなどで情報共有するとともに、記録を運営管理者や職員に回覧し、今後のサービス向上に役立っています。情報公開は、個人情報保護もふまえて、現在検討中とのことでした。 36. 「苦情相談処理・対応マニュアル」を策定するとともに、相談窓口等を重要事項説明書に記載しています。市民オンブズマンや介護相談員等、外部の人材による相談機会は確保していません。				

(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。	C	C
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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 利用者に対する満足度調査などが行われていません。来年度から実施を予定しているとのことでした。 38. 全体会議において、毎月1回サービス内容について協議しています。また左京区事業者連絡協議会の通所部会に参加し、他の事業所の取り組みなどについて、積極的に情報収集をしています。 39. 第三者評価を3年に1回受診していますが、年に1回以上、サービス提供状況についての自己評価が行われていませんでした。		