

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 11 月 22 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 28 年 6 月 13 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイケアセンターすこやか 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>デイケアセンターすこやかは、2009 年 4 月に医療法人高生会の系列事業所として開設されています。法人理念である「地域社会において安心して腰かけるような気持ちで利用できる医療・介護サービスを提供し、地域住民の皆様のいきいきとした生活を応援します。」を継承しています。特徴としては、利用者個々に適応した運動器具を用いて医師の指示のもと、理学療法士がパワーリハビリテーションを行い心身の機能の維持回復を図ることに重点を置いています。午前・午後・1 日と利用者の希望に沿った 3 単位のサービスを提供し、1 日利用者には介護職員が、入浴、食事を提供しています。利用者は比較的身体機能の高い方が多く、利用者が前向きにリハビリテーションに取り組まれ、いきいきとされている姿が印象的な施設です</p> <p>●職員の委員会活動</p> <p>職員は各委員会（事故防止・接遇・給食・衛生、防災）で課題を把握し具体的な活動を展開しています。毎月目標を立て、全体会議で報告し助言や振り返りをおこなっています。1 例では、接遇委員会の月目標「思いやり心の中にもほほえみを」の実践では「ありがとう」と刺繍したバッチを全職員が胸に付け業務をおこない、利用者から「私も胸につけたい」との要望がありました。事故防止委員会では「気づき箱」を設置し職員の日々の気づきをまとめ、事故の防止に役立てています。給食・衛生委員会では、行事食の検討・感染症予防のためのうがいの奨励、車椅子での通路確保のために周りの整頓・殺虫剤散布時期の検討など多くの議論があります。昨年のクリスマスでは、利用者を囲み職員全員で写した写真でカレンダーを作成し、利用者個々にプレゼントして大変喜ばれています。活発な委員会活動を通し、常に利用者寄り添う職員の姿があります。</p> <p>●センター長のリーダーシップ</p> <p>登録利用者は 230 人おられ、3 単位（午前・午後・1 日各 20 人）での多忙な業務を職員はおこなっています。職員への利用者情報・業務時の留意点・機械操作など情報提供や指導を行い利用者の安全に留意されています。医師・相談員・居宅ケアマネジャーとも連携を取り、内容は職員に周知をしています。職員の気づきを吸い上げ、案件内容によっては、居宅ケアマネジャーや</p>
-----------------------------	--

	<p>包括支援センターに報告し協議をおこない、利用者の身の安全を図られています。多忙な中、職員の意見・要望を聞き取る姿勢で運営されていることが、職員ヒアリングから確認できました。この2年間、退職者がおられない現状からもうかがえます。</p> <p>●人材育成</p> <p>事業所での毎月の勉強会は、年間スケジュールを決め、題目から発表者を決めています。40分間で自分が勉強したことを発表し自己研鑽の機会としています。外部研修の資料提示もおこなわれ、職員が選択し参加できています。資格取得のための支援として、勤務時間の調整・受講料や交通費の支給・合格祝い金など、バックアップ体制を整え職員のモチベーションを上げています。昨年2人の介護福祉士が誕生しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>●年間事業計画</p> <p>事業計画は立案されていますが、健全経営を目指す数値に対しての利用率向上のみの立案でした。</p> <p>●職員のストレス管理</p> <p>センター長は、日常的に要望や意見・悩みを聞き取り、個人面接も行っておられます。しかし、外部に相談する窓口がありませんでした。</p> <p>●利用者への満足度調査</p> <p>以前には、利用者に対する満足度調査を行った経緯がありますが、近年は行われていませんでした。日々の業務中でも、積極的に利用者ニーズの吸い上げを行われていますが、利用者全員とはなっていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>●年間事業計画</p> <p>職員は各委員会活動を活発におこない、利用者目線からのサービスの向上に努められていることが各会議録から確認できました。職員の目指すサービスの質の向上・人材育成・地域貢献など多角的な視点から計画立案されることを期待します。</p> <p>●職員のストレス管理</p> <p>多くの利用者に対応し多忙な業務をこなす職員にとっては、いつかかわからない心の病気があります。相談の仕方が分からず1人で悩むことがないように、メンタルヘルスのサポートをする「心の相談室」などの紹介を提案します。</p> <p>●利用者への満足度調査</p> <p>接遇委員会がセンター長に協力し満足度調査を定期的にされてはどうでしょうか。アンケート集計を分析・検討し改善を期待します。また、抽出された問題は月目標に組み込み実践に活かしてください。公開も期待します。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2610907129
事業所名	デイケアセンターすこやか
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テーション
訪問調査実施日	平成28年10月26日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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	B
		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)		<p>1 法人理念「地域社会において安心して腰かけるような気持ちで利用できる医療・介護サービスを提供し地域住民の皆様のいきいきとした生活を応援します。」と、基本方針4項目に沿って運営されている。ホームページ・パンフレットで地域に発信し、事務所やフロアにも掲示している。職員は名札の裏に携帯している。パンフレットの理念・方針内容の冒頭に理念・基本方針を記入する、また、フロアの掲示は利用者の目の届く位置や字の大きさなど考慮されると、より明確に発信できるのではないか。全職員参加の会議での振り返りの機会を設けることも期待する。</p> <p>2 職員は毎日のスタッフミーティング時や全体会議（月1回）・各種委員会で意見・要望を伝えている。案件は管理者会議（月1回）や理事会に上がる組織体制が構築されている。会議などへの欠席者には、日報に書いて伝達し確認印を受けている。</p>		
		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)		<p>3 中長期目標を「ご利用者さまに満足していただける施設であることが最大の目標です。」と掲げ、日々の業務に取り組んでいる。単年度事業計画は立案しておられるが、健全経営を目指した数値的なものと、利用率向上に対する物になっている。各委員会活動を通して計画を立てサービスの向上をおこなっている。各委員会で取り組んでいる諸案件を分析し、多角的な視点から単年度事業計画を立案されることを望む。</p> <p>4 職員数の少ない事業所であるため、各委員会（事故防止・接遇・給食・衛生、防災）で課題を把握し具体的な活動をおこなっている。毎月目標を決め振り返りを行い、結果は全体会議で報告し助言を得ている。1例では、接遇委員会の月目標「思いやり心の中にもほほえみを」の実践では「ありがとう」と刺繍したバッヂを全職員が胸に付け業務をおこなっている。利用者から「私も胸につけたい」との要望があった。</p>		
(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 センター長は集団指導に参加して伝達研修を行っている。勉強会や全体会議でも話し合いをおこなっている。リスト化はしていないが、マニュアルは作成しておりすぐに調べられる体制である。</p> <p>6 センター長の職務は、運営規程に明記している。朝礼・終礼・全体会議に常時参加し職員からの意見を聞きとり、年1回の個人面談でも希望や要望を把握して、職員の相談・指導に努めている。管理者に対しては理事長が面談をおこなっている。また、相談員からも、センター長への意見・要望を聞く体制がある。</p> <p>7 センター長不在時は現場責任者を決めている。携帯電話を持参し常に連絡のとれる体制にしている。事故発生時マニュアルを作成し、対応の統一を図っている。不在時の状況は日報・各種報告書・職員報告で把握している。</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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>8 総務が一括して人事管理はおこなっている。10日間の実務期間を設け採用を決めている。採用後半年を経過すると、資格取得支援として受講のための勤務調整・受講料・交通費の支給がある。これを利用し昨年は、2名が介護福祉士を取得した。過去2年間退職者はいない。</p> <p>9 事業所内研修は職員の意見を反映させ年間計画（毎月実施）を立案しておこなっている。新人にはOJT2週間を設けており、新人デイリノート（目標・本日の目標・感想・質問・担当者コメント）で到達度をみている。法人でキャリアパスが作成されており、本年度から、段階的研修が開始された。外部研修資料は職員に提示し、自ら選り参加している。交通費・研修費は法人が全額負担している。</p> <p>10 各学校の実習指導要綱に沿って理学療法学科の学生を年間30名弱受け入れていた。今年度「実習受け入れマニュアル」を整備し、介護実習の受け入れもおこなっている。</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るげ、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	B
		(評価機関コメント)		<p>11 職員からの有休希望は受け入れて勤務表を作成している。就業状況や意向は管理者は把握しているが、総務で一括管理がおこなわれている。育児・介護休暇は利用できる体制である。歩行器・バスボード・シャワーチェアなど介護時の負担軽減に役立てている。</p> <p>12 センター長は職員の要望・不満などを汲み取り、相談に応じる姿勢を職員に示している。職員は医師国保組合に加入しており、保養施設などが利用できる。また、新年会・忘年会に補助金が支給される。休憩室にはテーブル・椅子・テレビ・コーヒーマーカー・電子レンジなど設置され、訓練室と遮断された環境である。悩みやストレスなどの相談先として、外部機関を職員に紹介されることが望まれる。</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)		<p>13 パンフレットやホームページで地域に事業所情報を開示している。地域で高齢者向け講演会などが開催される時は、事業所内にポスターを掲示し案内している。利用者が地域の行事などに参加を希望された時は、居宅ケアマネジャーに報告し支援を得ている。</p> <p>14 院長が医師会主催（地域対象）の講演会で「ロコモティブシンドローム」や「腰痛に関して」などの講演をおこなっている。センター長も大学で理学療法士に講義をおこなっている。</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
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 パンフレットやホームページで事業所情報を得ることが出来る。施設内設備やサービス内容が記されており、写真で示されたパワーリハビリ機器には興味をそそられる。見学希望には適宜応じ、見学対応記録に残している。			
(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 サービス開始時に重要事項説明書・利用契約書・サービスの利用料金表を別紙で準備し、利用者本人（家族）に説明して同意を得ている。利用者の権利擁護の取り組み体制は整えており該当者もおられる。			
(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。	B	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 事業所所定のアセスメント用紙で基礎情報を聞き取り、居宅ケアマネジャーからの居宅サービス計画書・かかりつけ医からの医師指示書をもとに初回アセスメントをおこなっている。日々の業務の中で利用者（家族）の思いの把握に努めて、3か月毎に見直しを行い更新している。 18 通所リハビリテーション計画書を立案し、リハビリテーション実施計画書を作成してサービスを提供している。計画書には利用者（家族）の同意を得ている。 19 サービス担当者会議にはセンター長はかならず参加している。利用者（家族）や他関係事業所職員との意見交換や情報収集を行っている。また、利用者の状況に合わせ、医師の指示に基づいた個別リハビリテーション計画の作成をおこなっている。 20 日々の終礼時に、利用者の変化は細部にわたる報告をしている。必要に合わせ相談員から居宅ケアマネジャー・家族に報告している。モニタリングは、要支援の方は毎月・要介護の方は3ヶ月毎に行い、リハビリテーション会議（毎月）で検討している。居宅ケアマネジャーには報告書を毎月送付している。計画変更時の話し合った内容を記録に残すことが望まれる。			
(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 管理者が併設のクリニック院長であり、いつでも相談できる体制にある。入退院時にはサマリーを入手し、相談員が見舞いに行っている。利用者の状態報告は、居宅ケアマネジャーから受けている。包括支援センターへは毎月モニタリング結果を提出している。深草地区の連絡協議会に参加し、地域包括支援センターや行政とも連携が取れている。			

(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、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	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	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)		<p>22 各種マニュアルは準備されており、各委員会に振り分け年1回は見直しをしている。見直しにあたって苦情や事故防止策が反映される仕組みはない。見直し期日の記載も確認できなかった。見直しの基準や時期など決められ、苦情や事故防止策が反映される取り組みが望まれる。</p> <p>23 業務日誌・利用者特記事項・ケース記録に心身等の状況や経過を記載している。リハビリテーションが目的であるので、方法や効果等の記録に重点が置かれている。記録の廃棄はまだ行っていないが、今後業者に依頼予定である。</p> <p>24 入浴リーダーとフロアリーダーが毎日終礼時に報告を行い、日報に記録している。参加できなかった職員は日報で確認している。また、フロアでの出来事は利用者特記事項ノートに記載し、いつでも確認できる状態にしている。特に必要なことはホワイトボードに記入して職員全員に周知している。サービス担当者会議の報告書等は、捺印をすることで確認もれを防止している。</p> <p>25 送迎時やサービス担当者会議で話し合う機会を持っている。日々のやり取りは連絡帳によって行われており、家族からの報告も書かれている。利用者に変化があった時は必ず家族に電話で連絡している。</p>		

(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)		<p>26 感染症マニュアルを作成し定期的に勉強会を行っている。今年度は「感染症・食中毒の予防及びまん延防止」を予定している。必ず事例を用いて検討することとしている。ノロウイルスについてはキットを用意している。</p> <p>27 施設内は24時間換気システムによって常時換気され、エアコンのフィルターは職員が二か月に一度掃除している。2年毎のエアコン掃除と年1回の床掃除は業者に委託している。日々の清掃は職員が徹底して行い、リハビリ機器の座面はアルコール、手擦りは塩素系消毒剤で清潔を保っている。</p>		

(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 事故対応マニュアルを作成し勉強会を開催している。同施設内には常に医師・看護師がいるので、緊急時は応援を頼める体制にある。適宜、転倒・誤嚥・車両事故に対しては話し合っている。事故防止委員会が前月の活動の振り返り、当月のスローガンを決め全員に周知させている。</p> <p>29 事故などの再発防止に向けてヒヤリ・ハット報告書、ケアレスミス報告書を作成し、事故防止委員会で事故について見直し検討している。話し合われた防止策を発表しスタッフミーティングで再度確認を行っている。</p> <p>30 災害発生時の対応マニュアル、消防計画が作成されている。今年は予定していた日が、消防署の都合が悪く実施出来ていない。利用者の参加や地域住民の参加は得られていない。</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 利用者の意思、権利の尊重は基本方針に明記し職員に周知している。接遇委員会を中心に活動を実施し、「高齢者虐待防止法」等の法人研修に3名が参加している。参加できなかった職員には伝達研修を行っている。虐待の可能性を感じた時は居宅ケアマネジャーを通して包括支援センターと話し合いを持っている。職員は入浴時などでの気づきを大切にしている。</p> <p>32 マニュアルを作成し、勉強会を実施している。日頃から丁寧な言葉使いを心がけ、例えばバイタル測定時にも大きな声で伝えない・入浴時に身体に関する事は言わないなど配慮している。認知症の方への対応やトイレへの介助時も、周りに悟られないように気をつけている。</p> <p>33 相談・依頼のあった方は全て受け入れている。機械を使ったパワーリハビリを提供していることから、機能的に無理な方もおられる。見学に来て本人（家族）で判断している。希望される方を断ったケースはない。</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	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>34 送迎時や連絡帳によって利用者（家族）の意見要望は聞き取っている。利用者は入浴時や送迎時に言われることが多い。個別に事務所で話し合ったり、送りを1対1で行い話を聞いたり工夫している。相談員が家庭訪問したり、電話や事務所で話すこともある。居宅ケアマネジャーには報告している。サービス担当者会議の他にも個別に面談し、利用者の意見を聞く機会を持っているが定期的には行われていない。</p> <p>35 苦情対応マニュアルは作成している。苦情要望があった場合は、終礼時に報告し検討して迅速な対応をしている。利用者の相談や意見を公開するまでには至っていない。</p> <p>36 重要事項説明書に公的機関の相談窓口を記載している。介護相談員等、外部からの受け入れは行われていない。第三者の相談窓口は設置されていない。</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)		<p>37 サービスの向上に関しては、利用者の満足度調査は過去に行ったことがあるが最近はしていない。利用者いかに満足してもらえるか、全体会議で意見を出し合い把握した結果を接遇委員会で検討し対応している。満足度調査の継続を期待する。</p> <p>38 接遇委員会を毎月開催している。委員会でサービスの質の向上について検討している。日々の業務で疑問に感じたサービスについては終礼時に報告している。全体会議や管理者会議でも検討している。</p> <p>39 各種委員会を通して行っている。サービスの内容について、課題を明確にし評価する仕組みを持ち次年度の事業計画に反映させるまでには至っていない。</p>			