

様式 7

アドバイス・レポート

平成 3 1 年 3 月 7 日

平成 3 1 年 1 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設ケア・スポット梅津）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(※)	<職員の意見の反映> 職員一人ひとりが「デイケア会議」で検討したいことを自由に記載できる仕組みがあり、月1回の「デイケア会議」がとても充実しており、利用者支援に活かされていました。 <事故の再発防止> 事故等が発生すれば、「ひやり・はっと報告書」「事故報告書」を作成し、その日の終礼で今後の改善策まで検討し、その後1ヶ月後・3ヶ月後の評価を行ない、再発防止が徹底されていました。 <利用者の意向を把握する仕組み> 1年に2回程度、請求書を送付する際に意見記入用紙を同封し回収しておられます。把握した意見・要望・苦情に対しては実際に改善されているとともに、その内容を事業所内に掲示しておられました。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	<地域への働きかけ> 事業所の情報公開もホームページのみで、デイケア部門として、地域への行事の参加などもされていませんでした。 <事故・緊急時の予防マニュアル及び訓練の実施> 事故及び緊急時の対応マニュアルはありましたが、予防の観点からマニュアルが作成されていませんでした。また、研修や実践的な訓練も実施されていませんでした。 <満足度調査をサービスの質向上に役立てる仕組み> 利用者の満足度調査は定期的実施しておられますが、把握した結果の分析・検討する会議等や調査後の改善状況を評価する仕組みはありませんでした。

具体的なアドバイス	＜地域への働きかけ＞ 数年前まで「デイケア新聞」で利用者・家族や地域に情報発信されていた実績もあります。介護予防推進センターと連携し、デイケア部門として地域の行事に参画して、事業所の持つ機能を地域に還元できるよう検討されてはいかがでしょうか。 ＜事故・緊急時の予防マニュアル及び訓練の実施＞ これまでの経験を基に、デイケアで考えられる事故とは何かを整理してはいかがでしょうか。そして、事故の種類ごとに、現在までに蓄積されてきた再発予防の視点を、マニュアルとして整理されることをお勧めします。事故発生時ではなく、日頃から定期的に研修及び実践的な訓練を計画的に実施されることをお勧めします。 ＜満足度調査をサービスの質向上に役立てる仕組み＞ 利用者の意向（意見・要望・苦情）が直接的に把握できる満足度調査は、事業所にとってサービスの質向上に役立つ貴重な機会となるはずです。経年での意向変化や制度改正への反応等进行分析・検討する会議の開催や改善前後を評価する仕組みを事業所内で構築されてはいかがでしょうか。
------------------	---

※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	2650780022
事業所名	介護老人保健施設ケア・スポット梅津
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)	
訪問調査実施日	2019年 2月 4日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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)		法人の理念及び運営方針は、施設内に掲示とホームページに掲載しています。理念の周知等について、利用者やその家族等の理解が深まるような取組はホームページのみになっています。 月1回月末にデイケアの出勤者全員が参加する「デイケア会議」にて、職員の意見が反映される仕組みがあります。理事長及び施設長や各部署の責任者が出席する「管理者会議」は月2回開催されています。職務権限は、「役職別業務分担」に明記されています。			
(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)		今年度の事業計画と2015年に作成された「2015－2020年 中長期経営計画」を作成されています。事業計画の策定においては、「デイケア会議」で話し合い、職員の意見も反映されています。 事業計画については、半期ごとに評価し、口頭で「管理者会議」で報告されたことを会議メモで確認しました。部門の目標に合わせ、職員個人目標を設定し、「目標管理カード」にて、個別に評価する仕組みがあります。			
(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組を行っている。		A	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)	毎年1月に法人の新年会で外部講師による法令遵守に関する研修会を実施されています。現場責任者は、把握すべき法令について介護保険法以外の関係法令についても認識していますが、リスト化されておらず、現場には介護保険法がありました。職員への法令遵守の取組は、「終礼」や「デイケア会議」で周知されています。 理事長及び施設長は、「管理者会議」や人事考課の資料や「目標管理シート」から職員の意見を把握されています。上司評価の仕組みはありませんでした。 各種報告書及び業務日誌により随時状況の把握をされています。緊急時の連絡網があり、速やかに指示を仰ぐ仕組みになっています。
--	--	------------	--

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。	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	B
		(評価機関コメント)		採用後、介護福祉士の資格取得について勤務扱いで研修を受講する等、資格取得支援の制度があります。研修計画は入所部門も含めた療養部全体の外部研修計画が中心となっており、デイケア部門独自の研修計画はありませんでした。 実習に関しては、「通所実習実施要綱 研修スケジュール」を作成し実習内容は具体的ですが、実習指導者に対する研修が実施されていませんでした。		
(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)		有給休暇の取得状況や時間外労働のデータは事務部で勤怠集計表を作成し管理されています。現場責任者以外は残業もほとんどなく、職員の負担軽減のために、入浴用リフトや送迎用のリフト車などを活用されています。過去には、腰痛防止のためにロボットを導入する等、積極的に取り組んでいます。 産業医との契約があり、いつでも相談できる体制になっていますが、新しい職員には周知が不十分でした。職員の休憩室は、他部署と共同でお茶等の準備もされており、十分リラックスできる環境が確保されています。		
(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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		事業所の概要については、ホームページに掲載しています。情報の公表制度等を利用者や地域住民に広報されていませんでした。また、地域の行事にも参加されていませんでした。 同施設内に介護予防推進センターが併設されており、連携により地域の介護・医療・福祉ニーズの把握を行っています。ただし、デイケア部門として、地域住民に対する講演会等開催されていませんでした。		

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)		事業所の概要は、パンフレットを関係機関に配布、事業所玄関にも設置されています。他、ホームページを使つての情報提供もされています。施設の見学希望を含めた問い合わせについては「問い合わせ記録」に記載し、職員の誰でも対応できるようにされています。			
(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)		サービス利用時には、「約款共通」「通所リハビリテーション運営規程」を用いて説明を行い、利用者及び家族が「通所リハビリサービス利用同意書」に署名・捺印されています。利用料金表は、介護保険サービスと保険外サービスに分けて記載されています。サービス利用者が実際に成年後見制度を利用した事例はありませんが、必要時には権利擁護事業や成年後見制度を紹介する仕組みがありました。			
(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)		通所リハビリテーション計画にアセスメント内容が記載され、本人・家族にも状態や課題が確認できる所定の様式を使用されています。リハマネジメント加算Ⅰを算定されており、3ヶ月毎に評価を行い、再アセスメントを実施されています。ケアマネジャーからの情報やサービス担当者会議、病院でのカンファレンスでの意見を反映させた通所リハビリテーション計画を作成されています。			
(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)		サービス担当者会議や入退院時に開催される病院でのカンファレンスに出席されています。関係事業所間との情報共有や連携体制を構築し、必要時には直接主治医へ連絡されています。			
(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	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	B	
	(評価機関コメント)		各種業務マニュアルは、全職員が随時使用できるよう事業所内に設置されています。利用者の状態の変化については、利用記録に随時記載され、全職員が確認しサインされているのが確認できました。記録の持ち出しについては、「終礼」でその日に出したファイルの確認を行っておられますが、保管、保存、持ち出し、廃棄についての規程がなく、個人情報やプライバシー保護に関しての全職員への教育や研修の仕組みが確認できませんでした。利用者家族への情報提供には連絡帳を活用され、面接の機会は設けておられませんでした。			

(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	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）		感染症マニュアルは作成されていますが、全職員に対して行う研修計画が確認できませんでした。施設内の清掃は外部業者に委託されており、洗面所始め水回り全体に臭気は感じられず清潔が保たれています。清掃点検表は各所に貼り出し清掃状況を確認されています。		

(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	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）		事故が発生した際には対応マニュアルに沿って対応し、報告書に記載、「終礼」で報告し職員全員に周知され、対応策を講じておられます。その後 1ヶ月後、3ヶ月後にも評価を行っておりましたが、予防マニュアルが作成されておらず定期的な研修や訓練が実施されていませんでした。災害発生を想定した訓練に全員参加の仕組みがなく、地域との連携を意識したマニュアルがなく訓練も実施されていませんでした。		

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
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	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		各種の勉強会・研修会を実施しておられましたが、利用者の人権及びプライバシーや羞恥心に触れる内容について確認できませんでした。利用申込はすべて受け入れておられますが、対応できずに断る場合には他のサービスを紹介することになっています。			
	(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てている。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		1年に2回程度、請求書を送付する際に意見記入用紙を同封し回収しておられます。把握した意見・要望・苦情に対しては実際に改善されているとともに、その内容を事業所内に掲示しておられます。事業所の相談員等に相談できる機会は設けておられますが、第三者への相談窓口は確認ができませんでした。			
	(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てている。	A	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	C	
	(評価機関コメント)		利用者の満足度調査を実施されていますが、把握した結果の分析・検討する会議等や調査後の改善状況を評価する仕組みがありませんでした。自主点検を除く自己評価の仕組みが確認できませんでした。また、施設全体（入所等）としては、定期的に第三者評価を受診しておられますが、通所リハビリテーションとしては初めての受診でした。			