

アドバイス・レポート

平成30年3月8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29年9月11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 さくらプラザ 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>○組織体制 職員は全員が何らかの委員会に所属していることもあり、利用者支援や業務改善等の意見・アイデアが活発に出され、各々が責任を持って業務を遂行する姿勢が醸成されています。職員のモチベーションは高く維持され、ここ数年の離職率は低いとのことです。</p> <p>○利用者及びその家族等への個別支援 利用者がその置かれた状況において、個々が必要とする日常生活の能力を高められるよう「2週間プロジェクト」(短期集中支援)にて効果測定を行ったり、介護に悩む家族があれば、交換ノートを活用して細かな情報共有や情報交換を行い、利用者のみならず家族の気持ちへも寄り添った支援を行っています。必要なサービスを柔軟に提供できる、小回りの利くサービス提供を心掛けています。</p> <p>○災害発生時の対応 (地域貢献) 自然災害発生時に備えて、地域分を含め、約40名3日分の食品備蓄を行っています。病院に併設している利点を活かし、有事の際に地域住民へ支援を行う体制を整えています。また、ハザードマップを基に各職員の自宅周辺の災害予測を行い周知を図るなど職員の安全確保も行っていきます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事業計画の策定 単年事業計画を策定し、半期毎に課題の分析・見直しを行い、その結果を次年度計画に反映していますが、法人理念・目標の達成に向けた中・長期計画が定められていません。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 新規採用職員においては3ヵ月間のOJT研修、年3、4回の院内研修の開催など人材育成に向けた取り組みがありますが、管理者研修、職員指導者研修、経験年次別研修等、階層別やスキルアップのための研修プログラムはありません。</p> <p>○実習の受け入れ 他事業所の実習生受け入れに対し、事業所見学依頼を受けて対応する等の協力姿勢はありますが、事業所独自に実習受け入れを行う体制、取り組みはありません。</p> <p>○地域への機能還元 依頼があれば講演会などを請け負う姿勢はありますが、事業所が持つ専門的な技術や情報を積極的に地域に還元する取り組みはありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>医療法人 弘愛会 西村内科に併設されるさくらプラザは、東舞鶴駅近くのアクセスしやすい市街地にあり、要介護(要支援)状態にある高齢者を対象に、心身に障害があっても、人間としての尊厳と自立が保たれ、日常生活の能力を高め、豊かな社会生活がお送れるよう、法人理念に基づいて自立支援を目的としたリハビリテーションを提供しています。</p> <p>また、利用者個々の興味・関心、希望や意向を尊重したりリハビリプログラムを支援するほか、利用者からのニーズを基に音楽療法などのプログラムも計画し、利用者により満足して利用頂けるよう取り組んでいます。そして、体調不良時には2階に設けている休養スペースへ案内し、早期受診の手配を行う等、事業所の持つハード面の特性等も活かし、医療と介護の協調による創意工夫を凝らしたサービス提供を行っています。</p> <p>“目配り、気配り、心配り”をモットーに、職員が創り出す明るく和やかな雰囲気は、利用者にとって過ごしやすい空間を創出し、利用者にとってなくてはならない事業所となっています。</p> <p>今後、地域へ事業所の魅力がより一層伝わり、更なる福祉サービスの質の向上が図られることを期待し、下記のアドバイスをさせていただきます。</p> <p>○事業計画の策定 事業の継続性・安定性の為にも中・長期計画を策定されることをお勧めします。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 業務を通じて日常的に学ぶこと以外に、職員一人ひとりのレベルや段階に応じた知識や技術を身につけるための研修等を行うことは、職員の更なる人材育成を図るために有効なものと考えます。階層別研修プログラム等の研修体系整備を期待します。</p> <p>○実習の受け入れ 福祉人材の確保が困難な現状において、実習生の受け入れは今後の福祉人材の育成や確保に繋がると考えます。実習生受け入れの基本姿勢、マニュアル等受け入れ体制を整備し、積極的に実習の受け入れを行ってください。</p> <p>○地域への機能還元 事業所が有する介護・福祉に関する専門的な情報や技術を地域へ発信することは、地域貢献の一つと考えます。事業所が持つ機能を地域へ還元する取り組みを検討さ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	2612701447
事業所名	デイケア さくらプラザ
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)	訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	平成29年12月7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。	B	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. 組織の理念及び運営方針はホームページ等で明示しています。また職員にはカンファレンス（職員会議）で、家族や利用者の方々には毎年4月の重要事項説明書更新時に説明しています。 2. 月1回開催のカンファレンスで職員の意見等を拾い上げ、月1回開催の法人の運営委員会にて組織の意思決定や職員の意見を反映する仕組みがあります。職務分掌表で職務権限を委譲する等の責任を明確にしています。		
(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	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。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 単年度事業計画は職員の意向を反映して作成しています。組織、運営の現状分析や課題等を年度途中に行うことで更なる利用者サービスの向上に向けた取り組みを行っています。単年度事業計画を策定し事業の進捗状況等の把握を行っていますが、中・長期計画は策定していません。 4. 各職種や各委員会から抽出した課題を設定し、達成に取り組んでいます。半期に1回課題の達成度を評価・分析し、見直しを行っています。		
(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。	B	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。	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. 主任（管理者）は、各種研修会に参加して介護報酬改定等に係る情報やその他の関連情報を収集し、事業を実施する上で把握すべき法令集等をいつでも閲覧できるように設置しています。また、法令順守委員会を設置し、法令に関する変更等情報の資料を作成し、カンファレンスにて配布の上、周知しています。 6. 管理者の役割と責任は職務分掌表にて明示し、カンファレンス会議等へ参画し意見を述べています。年2回職員個別面接を行う等職員の意見を聞く機会がありますが、管理者自らを評価する仕組みはありません。 7. 管理者（主任）と副主任が同時に不在にならない勤務体制を取り、管理者不在時には携帯電話等にて常に連絡が取れ、指示できる体制となっています。		

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。	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。	A	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		<p>8. 職務分掌表に基づいて職務遂行能力に関する方針を確立しており、契約職員でも3年の経験年数と介護福祉士の資格、主任の推薦があれば、正規職員になれる等の仕組みがあります。また、資格取得希望者には、2回まで受験に係る費用を法人が補助する仕組みがあります。</p> <p>9. 院内研修会は事例検討会等含めて年3、4回実施しています。また、採用時研修として3ヵ月にわたり個別に教育係を設置し、教育プログラムに沿った研修・指導を実施しています。しかし、職員が段階的に必要な知識や技術を身につける階層別研修等は体系的に定めていません。</p> <p>10. 実習生の受け入れは行っていません。また、実習生受け入れに関する基本姿勢の明文化やマニュアルの策定はなく、実習指導者に対する研修等は実施していません。</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)		<p>11. 管理者(主任)が職員の有給休暇や時間外労働等の労働状況・環境を把握し、育児休業法や介護休業法規定を整備しています。育児や産休制度を利用した職員に対しては、概ね月1回程度家庭に訪問して話を聞く等職場復帰に向けた取り組みを行っており、安心して育児や産休を取得できる体制があります。</p> <p>12. 法人負担で家族同伴行事の実施、ハラスメント委員会の設置等、職員のストレス解消に向けた積極的な取り組みを行っています。また、年2回の個人面談では、職員の公私に渡る相談に親身に乗っています。しかし、産業医やカウンセラー等外部の専門職に相談する体制はありません。</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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>13. 利用者や家族等へは広報誌を配布し、事業所の理念・運営方針、事業所の取り組み等の広報を行っていますが、地域への広報や情報の開示は行っていません。今後、ホームページの修正・変更等を含め、取り組みを検討中です。</p> <p>14. 所属の理学療法士は中丹東リハビリテーション支援センターの連携窓口担当者であり、合同会議に年3回程参加し、情報収集やニーズ把握を行っています。事業所主体による地域への積極的な機能還元は実施していません。</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. 事業所の情報はパンフレットやホームページに掲載し、パンフレットは希望者に配布しています。見学希望者の対応は随時行い、「来訪者記録」にて管理しています。また、体験利用の受け入れも行っており、希望者には事前に服薬情報や身体状況の聞き取りを行い、「重要事項説明書（体験利用）」にて必要事項の説明を行っています。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		16. サービス利用前には事前訪問調査を行い、重要事項説明書の説明と利用契約を交わします。食費や排泄用品費用等の介護保険外のサービス利用料についても書面と口頭で説明し、同意を得ています。これまで成年後見制度を活用した方の利用は無く、利用者の権利擁護のための制度活用を推進する仕組みは特にありません。			
(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. 要介護者、要支援者用のアセスメント様式があり、3ヵ月毎にセラピストがアセスメントを見直しています。アセスメントの際には「興味・関心チェックシート」を用いて趣味・嗜好を聞き取り、利用者が望んでいること等のニーズ把握を行います。 18. 事前訪問調査にて聞き取りした本人・家族の希望と担当ケアマネジャーが作成した計画書を確認した上で通所リハビリ個別支援計画を策定し、同意を得ています。 19. 通所リハビリ個別支援計画を策定する際には主治医意見書を確認し、必要に応じてFaxにて意見照会を行うこともあります。退院・退所時には、担当セラピストに情報提供（書面等）を依頼し、情報等を基に通所リハビリ個別支援計画を策定しています。 20. 3ヵ月毎に見直しを行い、継続・変更等の確認を行っています。また、退院・退所時の状態変化に応じた随時の見直しも行っていきます。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 医療機関や介護保険事業所、関係機関の連絡先等の情報をまとめ、リスト化しています。必要に応じて利用者主治医からの情報提供や、事業所看護師を介して主治医、薬剤師、担当ケアマネジャー等に連絡し、連携を図っています。利用者の入退院時には情報提供や共有を行い、退院前カンファレンスには積極的に参加しています。			

(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。	B	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. 業務マニュアルを作成し、全職員が閲覧できるようにしていますが、定期的な見直しの機会はありません。また、提供しているサービスが定められた実施方法に基づいて実施されているかを確認する仕組みはありません。 23. 利用中の状況等は「通所リハビリテーション個人記録」に記録し、個人ファイルにて管理しています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄等に関しては「業務マニュアル 個人情報について」に記載し、管理しています。しかし、個人記録以外の重要文書等の管理に関する規程はありません。 24. 利用者に関する情報は毎日の朝礼・終礼にて情報の伝達・共有を行い、当日不在の職員には「連絡ノート」等を活用して情報共有しています。また、当日の利用者全員に関する注意事項(点眼、口腔ケア、髭剃り、返却物、体重測定、水分制限)等が記載された「業務シート」を活用し、支援の進捗状況が一目で分かるように工夫しています。職員の意見集約等の機会として毎月カンファレンスを行っています。 25. 家族等には「家族連絡表」で利用中の様子を知らせ、緊急時等必要な場合には電話連絡を行い、連携を図っています。利用者の状態・状況によっては、家族と交換ノート(さくらノート)を使用し、細かな情報の共有や交換、家族の精神面へのサポートを行っています。		

(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。	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」を整備し、会議等にて職員に周知しています。利用中の発熱時等には、フロアとは別に2階に設置している休養室の活用や、速やかな受診の手配を行う等の体制を整えています。 27. 事業所内は整理整頓を心掛け、常に設備用品を安全に配置しています。事業所浴室は職員が清掃を行い、それ以外のスペースは法人の清掃職員が毎日清掃を行い、衛生管理に努めています。		

(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時に関するマニュアルを整備し、職員に周知しています。2017年は、AED講習や消防署での普通救命講習会に参加しました。 29. ヒヤリハットをインシデント記録として残し、全職員が「インシデント報告書」や「事故報告書」を確認(押印)しています。事故やヒヤリハットに関するデータ分析を毎月のカンファレンスにて、きめ細かく行い、事故防止に繋げています。以前バイタルサインの確認方法に関するインシデントが多発した際には、システムの見直しを行い改善しました。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、職員に周知しています。地域に多い河川災害に着目した検討を進め、今年は舞鶴市災害図上訓練に参加しました。また、ハザードマップを用いて各職員の自宅周辺の災害予測を行い周知を図る等、職員の安全を守るための取り組みも行っていきます。自然災害発生時に備え、地域分含め、約40名3日分の食品備蓄も行っていきます。		

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。	B	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>31. 高齢者虐待について「身体拘束・虐待対策研修」等を行い、人権に配慮したサービスの提供や支援方法の研修を行っています。入浴時等に身体状況の観察を行い、必要な場合には、担当ケアマネジャーへ連絡を行う体制があります。</p> <p>32. 新入職員への教育としてマニュアルを基にプライバシーに関する研修を行っています。日常の支援においては、難聴の方に声を掛ける時には筆談で行ったり、機能訓練等、横になって行うプログラムでは男女の位置関係に気を付ける等様々な点に配慮しています。しかし、定期的に研修する機会は設けていません。</p> <p>33. 定員に達している場合、不定期の利用であれば受入れが可能であることの提案を行っています。また、短時間利用と送迎希望等、個々のニーズに応じた支援が行えない場合には、理由を説明し対応しています。</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。	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)		<p>34. 利用者や家族からの要望を聞き取るために、送迎時の交流を大切にし、顔の見える話しやすい関係づくりに努めています。しかし、定期的な意向確認の機会や、明確な意見収集の仕組みはありません。</p> <p>35. 利用者や家族等からの意見や苦情は、苦情報告書にまとめ、苦情処理委員会で検討し、運営委員会にて報告しています。内容に応じて、担当ケアマネジャーへ連絡する等して対応することもあります。以前、ウォシュレット設置の要望を受け、インフラ整備をし、事業所内掲示にてフィードバックしています。苦情等含め外部への公表は行っていません。</p> <p>36. 毎月、舞鶴市より介護相談員の受け入れを行い、利用者の相談機会を確保しています。相談・苦情窓口は、内部担当者及び行政等の公的窓口について、重要事項説明書への記載やエレベーター内に掲示し、周知していますが、苦情解決第三者委員の選任・設置は行っていません。</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。	B	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年1回、満足度調査を行い、「不満足」項目等の調査結果を分析し、行事等の具体的な希望・要望は、次年度の計画に反映する等して対応しています。しかし、調査結果からのサービス改善状況について確認する仕組みはありません。今年は音楽療法プログラムに関する意見を収集するため、利用者個々にアンケートを行い、結果を分析し、改善に繋げる取り組みを行いました。</p> <p>38. 職員は全員、いずれかの委員会に所属しており、各々サービス向上に関する計画を考え、毎月のカンファレンスにて検討・報告を行っています。年に1、2回、法人内の他事業所と見学体験研修(職員交換)を行い、他事業所の取り組み等を知る機会を設けています。</p> <p>39. 運営委員会にてサービス提供について評価する機会がありますが、自己評価基準はありません。今回の第三者評価は初受診です。受診にあたり、準備委員会を中心として繰り返し評価を行い、運営委員会にて報告し、今回の評価に臨みました。</p>			