

アドバイス・レポート

令和元年 7 月 23 日

平成 30 年 8 月 31 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（飯野小児科内科医院いのデイセンター）では、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) 地域への情報公開 自治会に加入するとともに近隣にあるコミュニティセンターを活用して日常的な交流を行っています。また、事業所前の掲示板を活用して、事業所での取り組みや地域の活動等の情報提供を行っています。デイサービスセンター主催のイベントや地域の催しにも、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ます。</p> <p>(通番19) 専門家等に対する意見照会 併設病院の主治医や看護師、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及び個別機能訓練計画書に反映している。また、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ます。</p> <p>(通番30) 災害発生時の対応 非常時対応マニュアルを整備して職員に周知しています。広域避難場所となっている近隣のコミュニティセンターで行われるイベントに行く機会を避難訓練と位置づけ、訓練をしています。その際に地域の方に対して職員が車いすの使い方などの講習を行っています。また、自治会の避難訓練にスタッフが参加するなどして、地域と交流していることは、災害時の助け合いに役立つと思われます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番10) 実習生の受け入れ 現状では受け入れをする体制がなく、マニュアル等の仕組みは構築されていませんでした。また、実習指導者への研修も実施できていませんでした。</p> <p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 個人記録の様式を工夫して個人目標やサービス内容の確認及び評価ができるようにしています。しかし、記録の持ち出しや廃棄、持ち出し等に関する規定の内容が不十分であり、見直しされることを期待します。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情解決マニュアルに基づき、利用者の意向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ます。また、日々のかかわりを通して直接聞き取れるよう良好な関係保持に努めています。しかし、利用者満足度アンケートの実施や苦情解決結果の公表はされていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「いいのデイセンター」は、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。平成13年に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、2階に開設しました。近隣には小学校や薬局スーパー、郵便局、コミュニティセンターがあり地域とのかかわりが日常的にあります。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。</p> <p>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生活リハビリを目的として支援を行っています。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、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ます。また、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ます。</p> <p>医院併設の通所介護事業所であり、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、リハビリ等の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。</p> <p>一方で、意見・要望・苦情への対応やマニュアルや規程の整備等には課題が感じられました。</p> <p>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、利用者が笑顔でいられるように質の向上に取り組むと共に、地域の拠点として事業展開され、専門性やノウハウをさらに地域に還元される事を期待いたします。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画の策定にあたって、職員の意見を聞きながら、人材育成等の課題を明確にして事業計画に反映しています。しかし、達成期間や目標に対する数値化が不十分でした。評価を行う際に具体的なものが必要と思われれます。 ・相談員を中心に若手職員の育成を行っていましたが、仕組みにはなっていませんでした。OJTの仕組みの構築が望まれます。 ・利用者からの意見や要望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、広報誌への掲載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。 ・個人ごとのケース記録は、個人情報を含む内容が多くあり、事業所として適切な管理が求められています。紙面での請求方法を含めた情報開示の仕組み、記録簿の保存や廃棄の方法など管理の仕組みとして、記録に関する規程の整備が求められます。 ・事業所のサービスを向上させる方法の一つとして、利用者への満足度調査の実施があります。今回の調査では、満足度調査の実施までは確認できましたが、その分析と検討がされていませんでした。分析と調査により、必要事項の改善の仕組み（PDCA）が望まれます。
------------------	--

※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	211601515
事業所名	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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	2019年2月15日
評価機関名	特定非営利活動法人 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。	A	A
	(評価機関コメント)			1)事業所内のホール、相談室に理念・運営方針を掲示している。毎月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(年2回)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推進会議・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「権限・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。	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)職員の意見を聞きながら、人材育成等の課題を明確にして事業計画に反映している。しかし、中・長期計画等について達成期間や目標に対する数値化が不十分であった。 4)機能訓練、評価会議において利用者評価を行うとともに課題の洗い出しを行っている。年度途中で課題の達成状況を全体会議等で確認している。会議報告書で確認をした。		
(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	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)			5)管理者は集団指導や労務管理、法令に関する研修会に参加して法令等の情報を得ている。施設内で法令順守のための研修を実施して、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)管理者は現場業務に従事するとともに、朝・夕の申し送りにも参加して職員の意見を聞いている。管理者の役割等については権限・業務分担マニュアルに明視している。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としてスタッフ・アンケートを基に理事の面談がある。 7)管理者は常に現場で指示出来る体制にあり、朝夕のミーティングや各種会議にも参加をしている。管理日誌も随時確認し、必要に応じて職員に対策等を周知している。不在の時でも同一敷地内の管理者が対応できるようになっている。常に携帯電話も所持している。		

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。	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。	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。	C	C
		(評価機関コメント)		8) 人事管理に関する方針については法人運営会議において検討を行っている。キャリアパスの仕組みを構築している。採用後の資格取得については「資格取得支援規程」に基づき、費用の一部負担や勤務上の配慮をしている。 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) 現状では受け入れに係る仕組みは構築されていない。実習指導者への研修も実施できていない。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		11) 法人で有給休暇取得率や時間外労働等をデータ化している。特定の職員に偏らないように、スタッフに聞き取りを行う中で業務の細分化を行ったり、運転業務や清掃業務をシルバー人材センターに委託するなど職員の負担軽減に努めている。育児・介護休業規程を定め、適切に対応している。実際の取得事例もある。 12) 休憩場所はソファも設置されておりリラックスできる場所となっていた。管理者による面談の機会はあるが、外部の相談体制が確認できなかった。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) 自治会に加入するとともにコミュニティセンターとの日常的な交流を行っている。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。デイサービスセンター主催のイベントや地域の催しに、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) 自治会が行う避難訓練に参加し、車いすの使い方講習を行ったり、小学校等で認知症サポーター研修を行っている。運営推進会議に参加し、自治会、薬局、郵便局、スーパーなど近隣との意見交換を行い、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は写真を多用して必要な事業所情報を提供している。見学等に随時対応して、記録をしている。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		17)独自の様式を用いて定期的にあセスメントを実施している。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)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。個別援助計画の策定に当たっては利用者及び家族の同意を得ている。 19)併設病院の主治医や看護師等の専門家からの意見を個別援助計画に反映している。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)朝夕の申し送り等で利用者の状況や変化を話し合っている。また、機能訓練会議を毎月行い、機能訓練評価をして、看護師、介護スタッフが集まり現状評価を行っている。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。しかし、計画を変更する基準を明文化したものが確認できなかった。		
(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)利用開始時や必要時に医師、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。ケアマネージャーを通じて、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。市内のデイ部会等で個別ケースを通じて日常的な関係づくりを行っている。		
(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。	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)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。内部研修を活用して、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。しかし、苦情や事故防止策などの具体案が反映されるような仕組みとなっていない。 23)個人記録の様式を工夫して個人目標やサービス内容の確認及び評価ができるようにしている。しかし、記録の持ち出しや廃棄、持ち出し等に関する規定の内容が不十分である。 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定期的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。		
(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)感染症及び食中毒マニュアルを整備し、最新情報を入手し、定期的に更新している。看護師による研修を行うとともに、季節ごとに利用者・家族にも書面で周知を図っている。 27)事業所内はシルバー人材センターを活用して毎日の清掃を行っている。玄関の出入り口にも靴底を拭く消毒マットが置かれているなど衛生には十分配慮されている。		

(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	A
(評価機関コメント)		28)事故・緊急時の対応マニュアルが整備され、責任者、指揮命令系統も明示されている。送迎車にも備え付けてある。安全運転、AED研修、感染症対策など実技を伴う研修も行っている。 29)ヒヤリハット記録、事故報告書を作成している。事故発生時は原則、当日の夕礼で検討をして、迅速に再発防止に努めている。ヒヤリハットにかかる研修を実施している。 30)非常時対応マニュアルを整備して職員に周知している。広域避難場所となっている近隣のコミュニティセンターで行われるイベントに行く機会を避難訓練と位置づけ、訓練をしている。その際に地域の方に対して職員が車いすの使い方などの講習を行っている。		

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。	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)利用者の人権尊重について理念及び基本方針に明示している。不適切ケアについての研修を行うとともに、虐待チェックリストを活用して不適切ケアの芽を摘んでいくようにしている。また、チームケアでストレス管理に努めている。 32)全体会議において「プライバシーや羞恥」をテーマで研修を行っている。 33)利用者の受け入れに関しては必ず体験入所を位置づけている。受け入れが難しいようなケースについても地域包括支援センター等と連携をして受け入れている。		
(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)相談員を中心に日々のかかわりや連絡ノート電話などで意見や苦情を聞き取っている。しかし、利用者への定期的な利用者の個別面談や懇親会は行っていない。 35)苦情解決マニュアルに基づいて迅速に対応し、スタッフの意識の向上に役立っている。しかし、苦情などの改善状況の公開はされていない。 36)重要事項説明書において公的な苦情相談窓口は周知されているが第三者委員は設置していない。また、介護相談員等外部の人材の受け入れができていない。		
(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。	C	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	A
		(評価機関コメント)		37)サービスごとのアンケートなど部分的には行われているが、定期的に満足度調査は実施できていない。 38)質の向上に関してはスタッフからの意見抽出に始まり、機能訓練評価会議→管理者会議→法人運営会議→そして全体会議という仕組みができています。市のデイサービス部会に参加して他事業所と情報交換をしている。 39)第三者評価を定期的に受診している。第三者評価基準を活用して自己評価を毎年実施するようにしている。		