

アドバイス・レポート

平成23年4月11日

平成22年8月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「医療法人葵会 デイサービスセンターむらさきの」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>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 組織の体制 1953年に結成された全日本民主医療機関連合会（民医連）に加盟し、医療法人葵会の一事業所として、組織体制が整備されています。職員は民医連綱領に従って人権を尊重した介護サービスの提供に向け日々努力しています。 また法人と事業所が連携して詳細な内容の研修・学習会・資格取得講習会を設定し、自己研鑽の機会を提供しています。 ○ 職員同士の連携 朝夕のミーティングを始め、月1回のスタッフ会議において職員同士で情報共有が図られています。 キャッチフレーズの「みやこわすれ」の花言葉は「しばしのいこい」という意味があり、全職員の意見により採用されました。職員の名札にも花言葉が印刷され、意識づけとサービスへの取り組みに活かされています。 ○ デイサービスセンターの温かい雰囲気 椅子に座布団を敷いたり、利用者手作りの作品を壁装飾の一部にしたりすることで、アットホームで落ち着いた雰囲気になっています。利用者にとって、まさに「しばしのいこい・第二のふるさと」の空間となる工夫が随所にみられました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 掲示物について 壁面に、苦情連絡先や前回受診の第三者評価チェックシートが掲示されていましたが、字が小さく利用者には見づらい状況でした。 ○ 書類の整備と物品の整理 アセスメント・介護サービス実施計画策定・見直し・マニュアルの書類の整備が不十分でした。また、毎日の昼食メニューがありませんでした。 事業所内の物品の整理整頓方法が統一されていませんでした。 ○ 意見・要望・苦情への対応 年1回、利用者アンケートが実施され、分析を行い、サービス向上へ繋げる努力がなされています。しかし、その内容の公開はしていません。

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「デイサービスセンターむらさきの」は、大通りに面しており、地域住民が利用しやすい場所にあります。当事業所は医療法人葵会に属しており、組織だった運営がなされており、同系列の他事業所ともしっかりと連携を取ってサービス提供を行っています。</p> <p>また、職員が一丸となって利用者が満足できる温かいサービスの提供を目指して、業務に取り組んでいることを、訪問調査の時に感じることができました。</p> <p>上記の改善が望まれる点ですが、現状の維持と、さらに向上を目指していただきたい事として掲げたことをご理解下さい。</p> <p>○ 掲示物について 掲示物については、掲示の選択基準、その場所、方法、文字の色や大きさ等を利用者がわかりやすいように配慮をされてはいかでしょうか。</p> <p>○ 書類の整備と物品の整理 利用者一人ひとりのアセスメントに基づいて、サービスの充実に向け、多くの書類が作成されていました。しかし、同じ事柄が2種類の書式に重複記入されているなど、書類内容の整合性がやや欠けるように推察されます。</p> <p>介護サービス提供時のチームワーク力の高さは評価できますので、これを生かして書類の書式改善、マニュアルの見直し、利用者の安全な環境、個人情報保護に配慮した環境整備にも取り組まれてはいかでしょうか。</p> <p>○ 意見・要望・苦情への対応 アンケートの実施、意見・要望・苦情・ヒヤリハットの収集をもとに、ケア改善に向けて努力されていることを確認しました。これらの改善状況を、外部に公表することにより、利用者・家族・地域住民の事業所への理解も深まると考えます。</p> <p>また、防災訓練・相談会の実施・ボランティアの募集をすることで、より一層、地域に根差した事業所としてのサービスの充実を図ることができるのではないのでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670100581
事業所名	デイサービスセンターむらさきの
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)	
訪問調査実施日	2010年12月3日
評価機関名	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）及び事業所のスタッフ全員が、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. 年に1回の総括会議で、職員へ運営方針・理念が伝えられています。欠席職員にはそのDVDを見るのが義務付けられています。年4回の理事会と月1回の常務会で運営方針の執行状況が確認されています。また事業所内に理念、運営方針、行動基準が掲示され、利用者・職員が常に見ることができます。 2. 医療法人葵会・デイサービスセンターむらさきのの組織図に基づき、管理・運営が行われています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		3. 年1回利用者アンケートが実施され、結果の掲示もされています。また2012年まで3年間の中期計画が立てられています。 4. 職員が自らの課題と目標を提出し、それらが次年度の目標策定や業務変更に反映されています。今年度の達成状況については次回の総括会議で確認される予定です。		
(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。	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。	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、いつでもスタッフ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. 京都府主催の集団指導参加後は法令遵守学習会を開催し、職員の自覚を促しています。 6. サービス提供責任者が自らの行動を評価する仕組みについては現在、検討中です。 7. 月に1回のスタッフ会議で管理者は、全職員が理念に沿った行動をとっているか確認しています。また、事故発生、苦情、緊急時対応のマニュアルの作成や周知もできています。		

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。	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。	B	B
	(評価機関コメント)		8. 有資格者を優先して採用しています。無資格者には資格取得の研修を受講できるように勤務の配慮をしています。 9. 法人内の教育育成委員会を月に1回開催しています。2011年には接遇マナーの研修を開催する予定です。 10. 毎年、看護学生の実習を受け入れています。しかし、実習指導者研修修了者がいないことが次年度への持ち越し課題となっています。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
	ストレス管理	12	スタッフ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)		11. 管理者が有給休暇や公休の希望調査等を行い、人員配置基準をもとに勤務表を作成しています。育児休暇や介護休暇の取得実績もあり、職員の労働環境に配慮しています。 12. 法人全体で親睦会が開催され、スタッフ会議やミーティングで意見や悩みを聞き、助言しやすい雰囲気があります。また職員と扶養家族は外部委託された「心の健康相談サービス」を利用することができます。休憩時間には、小スペースの休憩場所できつろぐことができます。		
(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	A
	(評価機関コメント)		13. 法人内のホームページに理念が掲載されています。また2010年7月に創刊した広報誌『むらさきのたより』を隔月に発行しています。しかし、利用者が地域の行事に参加する機会や、ボランティアが援助を行う体制は整っていません。 14. 2011年には認知症の学習会を地域包括支援センターと協力して実施する予定で、今後定期的に地域の方との交流が持てるように検討をしています。		

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. 事業所のパンフレットで、事業所の概要がわかりやすく説明されています。また見学や、お試し利用にも柔軟に対応し、日誌にこれらを記録しています。		
(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. サービス内容や料金は、重要事項説明書・パンフレット等に明示され、利用者や家族に説明しています。また、成年後見制度及び地域福祉権利擁護事業の資料があります。		

(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	B
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	定期的又は必要に応じて、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.アセスメントは行われていますが、定期的な見直しは行っていません。また、アセスメント用紙の様式と記載された内容が、課題把握と分析の観点からは不十分な部分がありました。 18.利用者の希望はサービス担当者会議や聞き取りで確認され、個別援助計画に活かされています。 19.サービス担当者会議等で得た専門家の意見が、個別援助計画に反映されています。 20.モニタリングは定期的に行われ、適宜計画は見直されています。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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、関係諸機関のリスト等を整備し、連携体制が確保されています。1ヶ月に1回、担当のケアマネジャーに利用者の状況をFAXで報告しています。		
(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、スタッフに活用されている。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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22.マニュアルは作成され一部見直しもされていますが、見直しの基準が定められていません。 23.記録の管理規定は定められていますが、個人情報保護の観点からの研修は行われていません。全利用者に昼食メニューは渡されていませんが、希望される利用者にはのみ、昼食メニューの詳細と摂取状況を連絡ノートに記入しています。 24.朝夕のミーティング、毎月のスタッフ会議、日誌やミーティングノート等で、情報を共有しています。 25.利用者との送迎時の会話や、連絡ノート等で情報交換をしています。		
(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、スタッフ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	B
(評価機関コメント)		26.感染症に関するマニュアルがあり、事業所内で学習会も行なわれています。しかし、マニュアルの随時更新や、二次感染を防ぐ対策を講じた上での受け入れ体制は整っていません。 27.定期的な清掃は行われていますが、フロアや事務所内の物品、掲示物、書類等の整理整頓が十分であるとはいえません。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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
(評価機関コメント)		28.マニュアルは整備されていますが、実践的な訓練は行われていません。 29.事故・ヒヤリハット報告書が作成され、有効に活用されています。速やかに保険者に報告し、原因分析を行い、マニュアルの見直しにつながったケースもあります。		

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	30	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	31	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	32	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)		30・31. 虐待や個人情報保護について、研修や学習会が開催されています。また脱衣所には二重カーテンをつけ、プライバシーに配慮すると同時に適切な温度管理を行っています。 32. 新規の受入れは積極的に行なわれています。風呂が個人浴のみ対応可能なので、身体状況が重度の方の受け入れは困難ですが、そういった利用者が速やかに他事業所のサービスを利用できるよう調整を行っています。		
(2)意見・要望・苦情への対応				
意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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)		33. 年1回の利用者アンケートを実施し、利用者・家族からの意見を集約していますが、定期的な面接は実施していません。 34. 利用者からの意見等を分析し、サービス向上へと繋げる努力していますが、法人としての公開の仕組みはありません。 35. 第三者による相談窓口等が、事業所内に掲示されていません。また、市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れはありません。		
(3)質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	36	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。	A	A
質の向上に対する検討体制	37	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スタッフ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	38	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。	A	A
(評価機関コメント)		36. 利用者アンケート結果を分析し、サービスの質の向上へ繋げています。 37. 月1回のスタッフ会議で積極的に職員の意見を募り、サービス向上へ向けた取り組みを行なっています。 38. 年1回の法人全体の総括会議で、サービスの質の向上に関する前年度の目標達成状況の確認と次年度の目標設定が行われます。		