

アドバイス・レポート

平成26年3月27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26年8月24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>	<p>○個別援助計画 独自の面接用紙、アセスメント様式を活用して、利用者の詳細なアセスメントを実施するとともに、利用者本人や家族からの希望、専門家の意見を聞き取り、援助計画の作成を行っています。アセスメントや援助計画は定期的、または適宜確認を行い、必要な変更を行っています。</p> <p>○感染症への対応 感染症への対応は、手順が定められており、必要に応じて、追加や見直し等が行われています。また、スタッフは感染症予防の研修にも参加する等し、感染症の知識を身につけるとともに、予防、拡散防止等に努めています。</p> <p>○多職種共同 法人の有する機能を活用し、利用者の体調変化や緊急時に対応しています。特に医療については、マニュアルに従って速やかに対応することができます。また、利用者の入退院時のカンファレンスには出来る限り参加し、しっかりと引継ができるよう努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○苦情・意見・要望等への対応 利用者、家族からの苦情や要望等の収集は、聞き取りを中心に行っていますが、現時点では十分とは言えません。苦情等への対応方法は定められていますが、その結果を公表していません。</p> <p>○人材の確保育成 法人内研修や外部研修への参加はありますが、体系的な研修計画が策定されておらず、キャリアアップにつながる仕組みとはなっていません。また、個別の研修管理も行われていませんでした。</p> <p>○事故の再発防止 事故報告書は作成されていましたが、「ヒヤリハット」報告書と混同している状態でした。また、事故の検証が十分に行われておらず、その為に事故の再発防止の対応策について十分な検討ができていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、医療法人葵会に属するデイサービスセンターで、堀川通り紫明の北に位置しています。建物は、コンビニエンスストアとして使用されていたものを改造したものであるため、ハード面は多くの制約がありますが、その中で様々な工夫をしながらサービス提供に努めています。</p> <p>運営管理者を中心に家庭的な雰囲気を作り出しており、利用者の満足度は高いものとなっており、訪問調査時も利用者がリラックスして過ごしている様子が分かりました。</p> <p>今回の第三者評価については、自己評価の段階における評価項目の解釈等が十分に出来ておらず、自己評価と第三者評価との大きな差になったことは残念に思います。また、運営管理者のみが正規職員ということで、法人や職員のサポートはあるものの、負担が大きくなっていることが気になりました。</p> <p>今後、法人では本事業所を含む組織の再編を予定しているとのことで、本事業所がこれまで培ってきたものを活かしつつ、より一層地域福祉への貢献を期待し、下記の点をアドバイスします。</p> <p>○苦情・意見・要望等への対応 利用者の苦情や要望等はサービスの質の向上にもつながりますので、出来る限り多くの苦情や要望等を収集できるように、実施時期、方法等をスタッフで検討し、手順をより明確にしていくようにしてください。また、個人情報に十分に留意しながら、苦情や要望、またそれに対する対応について公開をしていくようにしてください。真摯に対応していることが分かれば、利用者からはより多くの要望が出てくると思います。</p> <p>○人材の確保育成 研修はその時その時に必要と思われるものを実施するだけでなく、職員の成長・キャリアアップにつながるように体系的なものとなるよう計画してください。また、スタッフの個別ファイルを作成することは、受講意欲やスキルアップの向上等につながると考えますので、是非、導入を検討してください。</p> <p>○事故の再発防止 事故報告書と「ヒヤリハット」報告書は、別に作成することが望まれます。その為に、まずは「事故」と「ヒヤリハット」の定義を今一度確認をし、確実に分類するようにしてください。その上で、事故等が発生した場合には、経過を含めて詳細に記録に残し、スタッフ全員で検証し、共有をするようにしてください。そうすることで、事故等の再発防止につながるとともに、職員のサービスの提供方法に関する意識も高まると考えます。</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。

(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	2670100847
事業所名	医療法人 葵会 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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成25年12月20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。	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)			1. 理念、運営方針は明文化し、各種会議を通して職員への浸透を図っています。利用者や家族に対しては、重要事項説明書に記載する等はしていますが、積極的に周知を図っているとは言えません。 2. 法人規則に則り、理事会、常務会、管理委員会、スタッフ会議等、法人及び事業所の会議で必要な案件が協議、決定しています。		
(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	B
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画はありますが、中長期の事業計画は作成していません。現在は組織の再編を検討しているとのことです。 4. 事業所における課題の設定はありますが、解決方法についてはやや具体性に欠けます。また、課題の達成状況は確認はしていますが、文書化されていません。		
(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	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. 法人の研修や職員会議で読み合わせを行うこと等で、必要な法令の確認を行い、遵守に努めています。 6. 経営については法人の会議を中心に検討をしています。運営管理者は個別の面接等を通じて、職員の意見を聞き取るようにしています。、経営責任者、運営管理者の評価を行う仕組みはありません。 7. 事業の実施状況や事故等については運営管理者が把握するとともに、法人にも連絡を行い、状況・課題を共有しています。		

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
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	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。	A	B
		(評価機関コメント)		8. 人材の採用、資格取得の支援等については法人が中心となって行っていますが、キャリアアップの仕組みの構築までには至っていません。 9. 主に法人が計画を策定し、法人内や事業所等で研修を実施しており、外部研修への参加もありますが、体系的なものとはなっていません。 10. 看護職等の実習の受け入れは行っていますが、実習受け入れに関する基本姿勢は明示していません。		
(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。	A	B
		(評価機関コメント)		11. 育児休業制度、介護休業制度等の必要な制度は整備をしており、EAP（従業員支援プログラム）を活用した職員の支援を行っています。 12. EAP活用による職員への支援はありますが、ハード面の問題から休憩場所はほとんどなく、ハラスメント等に関する規定は整備されていません。		
(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	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)		13. HP、パンフレット、広報誌を作成し、事業所情報の公開を行っていますが、配布数、掲載内容等から十分な情報公開をしているとは言えません。 14. 講座の開催等、法人の一員として地域への後見活動を行っていますが、積極的とは言えません。また、地域の福祉ニーズの把握についても、十分に行えていません。		

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を活用して情報の提供を行っています。利用に対する相談や見学等にも対応しています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		16. 利用契約は重要事項説明書等、必要な書類を揃え、適切に行っていると云えます。ただし、成年後見制度等、権利擁護の制度に関する活用の仕組みはありません。		

(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. アセスメント様式、面談用紙等を用いて、詳細なアセスメントが行われています。また、定期的な見直しも実施しています。 18. 計画の立案、変更等は、利用者や家族の希望を確認した上で実施しています。 19. 利用者・家族からの聞き取りや担当者会議等により得た情報から、計画の変更が必要な場合は、他職種にも相談をした上で変更を行っています。 20. 個別援助計画の見直しは、3カ月を目安にモニタリングを行い、必要な場合は見直しが行われています。		
(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)		21. 緊急時の対応マニュアルを定め、利用時の体調変化に対しては、法人の有する医療体制を活用しながら対応しています。また、利用者の入退院時のカンファレンスには可能な限り参加しています。		
(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 各種マニュアルは作成されており、年に1度は確認・見直しを行っていますが、全てのマニュアル見直しが出来ている訳ではありません。 23. 個人ファイルを始めた各種の記録は、分かりやすく記載されています。また、個人情報保護に関する学習会も開催されていますが、記録の持ち出しや廃棄に関する規則がありません。 24. 毎日の終業時のミーティングやケアカンファレンス等で情報の共有を図っています。 25. 家族とは主に連絡帳にて情報交換を行っています。緊急時や担当者会議の際には電話や訪問を行って情報を伝えるようにしています。		
(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、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。	B	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	B
(評価機関コメント)		26. 感染症への対応方法を定め、追加や見直し等も行っています。また、感染症予防の研修にも参加する等、積極的に感染症への対応に努めています。 27. 整理整頓は出来ており、調査訪問時に臭気を感じることはありませんでした。利用者は外履きのまま利用することになりますが、フロアはきれいな状態です。ただし、お風呂の清掃については、より細やかに対応することが望まれます。		
(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	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。	B	B
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. 事故等、緊急時の対応マニュアルを作成し、法人への連絡を含めた連絡網も整備しています。 29. 事故報告書等はありませんが、事故とヒヤリハットとの区別、内容の検証が十分ではありません。事故後の保険者への報告事例は確認できませんでした。 30. 消防計画を策定しており、定期的に消防訓練を実施しています(年2回)		

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。	A	A		
(評価機関コメント)		31. 利用者本位のサービス提供を明確にし、研修参加や日々の会議等での検討等、利用者の尊厳保持に心掛けていますが、言葉遣い等の接遇に関する研修が十分ではありません。 32. 利用者のプライバシーに配慮し、サービス提供に努めていますが、同性介助ではなく、脱衣場所等は、更なる工夫を必要とします。 33. 利用希望者は全て受け入れる方針で、対応が難しい方も受け入れるようにしています。				
(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	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。	A	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. 利用者、家族からの聞き取り、連絡ノートの活用、生活場面面接等で利用者や家族からの要望や苦情を引き出すようにしていますが、十分に出来ていないケースもあります。また、要望や苦情がサービス改善の良い機会であるということを職員に伝えきれていません。 35. 利用者からの要望や苦情に対応する仕組みはありますが、公開までには至っていません。 36. 重要事項説明書等に相談窓口は明記していますが、第三者委員の設置がない等、外部の人材を活用してはいません。				
(3)質の向上に係る取組						
利用者満足度の向上の取組み	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。	A	A		
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)		37. サービス満足度の把握・分析は組織的に行っており、必要な場合は次年度の計画に反映する仕組みとなっています。 38. 法人の部会と事業所の会議とで連携を取りながら、サービスの質の向上について検討をしています。 39. 第三者評価は3年前に受診しています。評価結果に対する検証は十分ではないものの、アドバイス事項について改善された点も確認できます。今回の受診では自己評価の段階での検証が十分に行われておらず、受診の姿勢に課題が残りました。				