

アドバイス・レポート

平成 21年 6月 30日

平成 20年 10月 21日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた あらぐさデイサービス 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>(通番8) 質の高い人材の確保 全員が専門資格を持った職員であり、スキルアップのために研修受講を奨励しており、受講後は報告書の提出と伝達研修を実施することで職員全体の意識や技術の質の向上に務めている。</p> <p>(通番22) 業務マニュアルの作成 ISO9001認証の取得に際し、運営システムや業務マニュアルは緻密に確立されている。業務の中で気付いた点は、その都度マニュアルに追記し、半年に1度「マネジメントレビュー」として職員会議でマニュアルの見直し、改善が定期的に行われている。</p> <p>(通番24) 職員間の情報共有 業務日誌・管理日誌・申し送り書等、利用者の状況が丁寧に記録されているとともに、連絡帳等に必要伝達事項が適切に記載され活用されている。併設事業所との合同の申し送りの実施や、月1回の役責者会議と全職員出席の職員会議の場で情報の共有化を確実にしている。</p> <p>(通番30) 人権等の尊重 同姓の利用者がいる場合や認知症の利用者に対する呼称については、本人や家族と相談し、意向を尊重した上で、呼び方を決める等の配慮が行われている。 また、利用者が家庭において、安全のためにやむを得ず身体的拘束を受けることがある等の事例を聞き取った場合も、職員間での協議・検討をし、家族に対しても適切なアドバイスを行う等、人権を尊重した積極的な取り組みがあることを伺えた。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番10) 実習生の受入れ 年間を通じて専門学校生、医学生、中高生など多くの実習生を受け入れているが、基本姿勢やマニュアルなどの文書化はされていない。受け入れマニュアルを作成するとともに、実習担当者に対しても研修を行う等、受け入れ体制の整備および充実が求められる。</p> <p>(通番12) ストレス管理 職員の休憩場所が確保されていない。ワンフロアという建物の構造上、休憩時間も利用者と同じ空間で過ごすこととなりリラックスできる空間の確保に工夫が必要である。</p> <p>(通番28) 事故・緊急時等の対応 今年度は研修や避難訓練は実施されていなかった。また防災面での地域との連携は特にとられていない。</p> <p>(通番35) 第三者への相談機会の確保 利用者や家族からの意見・苦情等に関しては、マニュアルに沿って適切に検討・記録等の対応がなされているが、改善状況について利用者全体への周知までには至っていない。また、利用者のヒアリングやアンケートから、職員は親しみやすく何でも話しやすい環境にあると感じられていることが確認できたが、事業所側以外の第三者への相談の仕組みなどの工夫が望まれる。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>貴法人は、全日本民主医療機関連合会に加盟しており、その理念を掲げ、また、法人の吉祥院エリア、及び事業所独自のわかりやすく表現した基本理念、基本施設を「介護事業部門倫理規定」と定め、それに従ってサービスを提供している。「あらぐさデイサービス」は、診療所、訪問看護事業所、ヘルパー派遣事業所、居宅介護支援事業所とあわせて吉祥院エリア在宅事業所のひとつとして位置づけられています。各事業所の管理者が意思決定組織としてのエリア管理委員会に所属し、系統だった運営がなされています。事業所内では管理者の下、主任、副主任が配置され、役責者会議、職員会議などを通じて職員間の意思の疎通が図られています。</p> <p>実習生は多数受け入れていますが、受け入れのためのマニュアルを整備や受け入れのための職員研修などの検討が望まれます。</p> <p>ワンフロアで隔てのない部屋は開放的で、全体を管理しやすいなどメリットがありますが、場面によっては衝立などを利用して一部空間を仕切られてはいかがでしょうか。また、職員については、併設の事業所と共有で休憩場所を確保するという方法も含めて検討されることが望まれます。新年度からメンタルカウンセリング専門家と契約して24時間対応の電話相談等を始められることに期待が持てます。</p> <p>また、防災訓練は具体的な事例を想定して定期的実施してください。確実に実施できるように年間計画に盛り込まれてはいかがでしょうか。また、地域の方々にも参加いただく等、日頃から地域との連携を深めることが、事故や災害時の連携にも繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>利用者や家族に広報誌等の通信紙を発行したり、既存のホームページを利用してサービス内容や苦情の対応、改善事例について広く公開されれば、利用者や家族にもよくわかり、お互いの信頼感が深まることが期待されます。また、職員以外の話し相手、相談相手としては、現在、調理に入っている法人のボランティア組織を活用すれば、利用者にとっても身近で受け入れられやすいのではないかと考えます。利用者の声を直接聞く第三者委員会を法人全体で作られてはいかがでしょうか。</p> <p>今後も、利用者本位の質の高いサービスの提供・実践の持続と発展に期待いたします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2610502987
事業所名	社団法人京都保健会 あらぐさデイサービスセンター
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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	2009年2月27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。	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)		全日本民主医療機関連合会に加盟しており、その理念を掲げ、また、法人の吉祥院エリア、及び事業所独自のわかりやすく表現した基本理念、基本姿勢を「介護事業部門倫理規程」と定め、それに従ってサービスを提供している。組織体制などはISO9001認証取得して堅実に運営されている。			
(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。	B	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)		品質目標及び活動計画書という形で年間計画が具体的に策定され、毎月の職員会議には各職種出席のもと達成評価が行われている。個人レベルにおいては、力量チェックリストに基づいて定期的に課題の達成度の見直し、次年度の計画を策定している。			
(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	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)		管理者や役責者は、ISO推進委員会などに出席したり、インターネットで情報を収集し、朝礼や夕礼を利用し職員全員に法令遵守意識を高めている。また、職員会議、役責者会議を毎月開き、職員の意見を聞く機会を持つと共に「仕事や職場に対するアンケート」を全職員に匿名性を重視してインターネットで行うなど工夫された取り組みを行っている。			

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
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。	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
				職員は全員専門資格を持っており、採用後も年間1人あたり2回を目標に研修を受けるようにしてスキルアップを目指している。研修は勤務扱いで、参加費交通費なども支給しているが、資格取得のための支援はしていない。実習生は各種受け入れているが、基本姿勢の明文化や、マニュアルなどの文書化がされていない。整備が望まれる。		
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		常勤職員は全員組合員で春秋には労使交渉があり、労働環境は守られている。勤務集計一覧表に基づき職員の有休や、残業状況が管理されている。年1回のストレスアンケートで職員のストレス解消につとめているが、十分な休憩場所は確保されていない。		
(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	A
		(評価機関コメント)		地域で「青空健康相談会」や「元気祭り」医療懇談会などを開催して、骨密度の測定、後期高齢者医療や社会保障情勢などの話し合いで事業所の持つ技術や情報を提供しているが、広報誌などは作成されていない。		

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)		パンフレットには、必要な情報をわかりやすい表記でまとめられている。見学希望者の対応には、個人情報保護に配慮し見学申込書とともに個人情報保護に関する誓約書に同意を得て、個別に対応している。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書とわかりやすいパンフレットを用いて利用者に説明し、書面で同意を得て契約している。判断能力に支障のある利用者との契約にあたっては、ケアマネジャーを通じてキーパーソンを決定し、契約を結んでいる。		

(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。	B	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。	B	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)		通所介護支援計画の作成にあたっては、利用者一人ひとりの心身状況や生活状況を記録し、検討している。サービス担当者会議には主治医やケアマネージャーなどの専門家だけでなく、利用者本人及び家族に参加してもらい希望や意向をふまえた上で、課題（目標）の設定やサービス内容設定に反映させている。利用者ごとの連絡帳にその日のサービス実施内容を記載している。モニタリングは毎月実施し、ケアマネージャーに報告、個別援助計画は半年に1回、及び変化のある時など必要に応じて、役責者会議と職員会議で検討し、見直しされている。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		利用者に関連する地域の各機関の電話一覧表を作成している。個々の利用者については、利用者台帳に主治医を明記し、必要に応じてFAXを利用し主治医に質問するなど随時連携を取っている。また、併設の診療所（往診専門）、訪問看護事業所の看護師と合同に朝礼を実施しており、利用者の体調について、日常的に情報を共有し、その日のサービス提供に活かされている。		

(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、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	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。	B	A
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。	B	A
(評価機関コメント)		ISO規程手順書に基づき、各種マニュアルや手順書を作成し、使いやすく整備している。各作業について細かく記載されており、排泄、食事、口腔ケアなどチェック表を使いサービス提供状況を確認している。各スタッフの気付きや提案をその都度、マニュアルに追記し、半年に1回見直し検討し更新している。 「茶話会」を実施し家族に集まってもらい事業所との情報交換の場を設けている。日々の報告は連絡帳を利用している。複写を使用し、その日の状況を追記することで、事業所用のサービス提供実績記録としても活用できる書式にしている。情報は朝礼と夕礼の場で申し送り、業務日誌と管理日誌に記録し、全職員に確実に伝わるよう押印で確認している。また月に1回各利用者の状況をまとめモニタリング報告として担当ケアマネージャーに送付しており、利用者の状態の推移が確認できる。各種記録については、個人情報保護方針に基づき記録管理規程を定め、管理されている。職員に対しては、新人教育時に文書で確認し誓約書も提出させている。		

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	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。	B	B
(評価機関コメント)		感染対策手順書を作成し、全スタッフに周知している。外部研修に積極的に参加し、必ず職員会議の場で伝達研修を実施している。また、法人運営のオンラインシステム「eラーニング」により感染症学習を全職員が実施することで、職員全体の知識向上に務めている。感染症のある利用者の受け入れについては、入浴順変更や状況により他利用者のいない時間帯での個別対応を実施するなど、利用者の希望に沿えるよう柔軟に対応している。事業所内の清掃は、環境整備手順書により職員が毎日実施、点検し管理日誌に記入している。消臭剤を使用しており、臭気は全く気にならないレベルである。月に1回フロアと脱衣所、半年に1回エアコン洗浄を外部委託しているが、点検表などによる記録はされていない。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		事故発生時・緊急時の対応手順書・防災手順書を作成し、事故発生時における対応経路を明確にしている。訓練や具体的研修については、昨年度は実施されたものの今年度は実施できていない。住宅地が少なく工場や事業所が多い地域だが、地域との防災に関する連携はされていない。		

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。	C	A		
(評価機関コメント)		<p>利用者を尊重し、利用者の立場に立ったサービス提供を「基本理念」に掲げており、実現に向けての職員のあり方を「事業運営にあたっての基本的な姿勢」として、ともに倫理規程に定めている。具体的には、トイレは引き戸とカーテンで二重に保護したり、入浴介助は個別の希望により同性介助で対応するなどプライバシーに配慮している。呼称についても、同意書をもらい個人の尊厳に配慮している。「身体拘束禁止に関する基準」を作成し、職員の研修参加により意識を高めている。利用者アンケートとヒアリングにおいても、高い評価を得られており理念が実践に結びついていることが確認できた。</p> <p>利用申し込みに対しては、運営規定に公平・公正に行うことが明記され、定員オーバーと提供地域外の場合を除き、拒否はされていない。受け入れ出来ない場合の説明は十分なされており、他施設やサービスの提案をしている。</p>				
(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	A		
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てている。	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)		<p>年に1回利用者・家族との懇談会「茶話会」を開催している。送迎をすることで参加率を上げ意見や要望を引き出している。苦情受付担当者を定めているが、特定の相談員だけではなく、利用者から見て職員の多くが相談しやすいことが、利用者ヒアリングとアンケートで確認できた。利用者の意向に対しては、「苦情対応マニュアル」に基づき、職員会議で検討し迅速に対応している。公的な相談窓口は、重要事項説明書への記載と事業所内に掲示しているが事例はなく、利用者が気軽に相談できる第三者による相談窓口の確保が今後の課題である。</p>				
(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てている。	B	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。	C	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。	B	B		
(評価機関コメント)		<p>IS09001の規程に基づいてCS（顧客満足）アンケートを年に1回実施。毎年1つのテーマを決め、直接手渡すなど回収率を上げる工夫をし、積極的に利用者の意向をくみ上げている。また毎日1人調理に入っているボランティアと役員者が年に4回懇談会を行い、ボランティアから見たサービス提供状況についての意見を聴取している。月1回の職員会議では各職種の職員が参加し、サービスに関する討議をしている。職員会議に参加できない運転職員には、時間をとって、管理者から伝達、指示することで意思統一が図られている。毎月、南区の事業所連絡会に参加し、通所部会などで他事業所との情報交換をしている。</p> <p>第三者評価は今回はじめての受診であるが、IS09001認証を3年前に取得しており、今年更新を迎えるため、改めて各規程やサービスの見直しを実施している。</p>				