

様式 7

アドバイス・レポート

2011年 10月 24日

2011年 8月 10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いのデイサービス 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9 継続的な研修・OJTの実施) 新人職員、現任職員ともに計画的に体系化された研修が実施されていきました。そのうち新任職員に関しては、教育マニュアルが策定され、チューター(指導者)制度を取り入れた教育が実施されていきました。また、介護技術の向上に向けた研修会を全職員対象に実施するなど、事業所内での研修が充実していきました。</p> <p>(通番20 個別援助計画等の見直し) 利用者アセスメント(情報収集、事前評価)を統一して実施できるよう工夫されたチェック方式のアセスメントシートを利用して、1ヶ月毎に評価が行われ、必要に応じて通所介護計画の見直しが実施されていきました。こうした流れは、アセスメント 通所介護計画 計画実施 評価(モニタリング) アセスメント・計画の見直しというPDCAサイクル〔Plan計画・Do実行・Check評価・Act改善〕に繋がっており、高く評価されます。</p> <p>(通番27事業所内の衛生管理等) 事務所内の各書類が、テーマ別に分けられ見やすく整理されていきました。また、清掃はシルバー人材センターに委託されるとともに、脱衣場やトイレ等の清掃後には強酸性水により消毒し、室内では空気清浄機を24時間稼働させるなど、環境整備や感染症の予防が徹底されていきました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由()</p>	<p>(通番3 事業計画等の策定) 事業計画が策定されている状況は確認できましたが、その計画策定にあたって、前年度の計画の振り返りや職員の意見を計画に反映している状況が確認できませんでした。</p> <p>(通番24 職員間の情報共有) 毎日実施されるミーティングと申し送り用のノートを利用して情報の共有がされてきました。しかしながら、全体会議をはじめとした各種会議の記録が、正確にされていない部分や欠落している部分がありました。</p> <p>(通番37 質の向上に対する検討体制) サービスの質に関しては、全体会議で介護研修を通じて検討されているほか、毎日の利用者帰宅後に実施するミーティングで、気になることについて管理者から職員に伝達することにより、検討や改善がされてきました。しかし、定期的に検討する委員会の設置は確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>医療法人飯野小児科内科医院は、昭和62年に診療所として開設し、地域住民の健やかな暮らしの実現を目的に医療・介護を通じた支援をされています。診療所開設は、病院での治療は急性症状が治まった段階で終了してしまい、人生の最期まで在宅（地域）での暮らしをサポートできないことがきっかけである、とお聞きしました。そのような考えは、介護保険制度が創設される以前の平成10年頃より、高齢による機能低下のため一人での受診が困難になった方を対象として、無料で送迎を行ったり、診療の待ち時間を利用してレクリエーションや話し相手をするなど、地域で暮らす高齢者に「生きがい」や「介護予防」の支援をした実践につながっています。</p> <p>現在は、介護保険サービスとして平成13年に開設したデイセンター（通所介護）や、地域の要望に応じて一昨年開設した認知症対応型デイサービスを通じて、医療と連携した地域密着型のサービスを展開してされています。</p> <p>デイセンターの運営は、管理者を中心に上述した事業所の理念や基本方針が職員に浸透しており、利用者一人一人を大切にされた支援が行われていると感じました。特に、利用を開始するにあたって行うアセスメントは、職員全員が統一した見解を持てるよう改良され、居宅サービス計画に基づいた通所介護計画の策定、介護支援の実践、その評価・見直しという一連の流れが確立されていました。</p> <p>利用者への支援では、集団レクリエーション、カラオケや音楽療法など、多くのメニューを用意して、利用者が楽しく過ごすことができるよう、1日の取り組みに工夫がされていました。また、食事は地元業者から仕入れた食材を自前の厨房で調理して、温かみのある陶器の食器で提供しており、利用者からの満足度も高いものがありました。</p> <p>その支援の担い手となる職員には、入職後に介護福祉士をはじめ音楽療法士など、資格取得に対して事業所がバックアップする体制が整えられており、働きやすい環境が提供されていました。今後も地域のニーズにきめ細かく対応できる事業所として発展されることを期待しています。</p> <p>以下、今回の評価で気が付いたことを記載します。</p>

- ・事業所の理念・基本方針を元に事業計画は、毎年策定されていました。しかしながら、その計画を策定する過程で、前年度の計画での課題や、各部門の職員からの意見が反映されている状況が確認できませんでした。事業所を運営していく上では、職員が同じ目標に向かい統一した認識で取り組むことが求められます。その目標は、中長期計画により大きな流れが示され、具体的な取り組み方法として、単年度の事業計画を策定していきます。そして、計画を実行していく過程で定期的な評価を行い、課題や問題点を検証して必要に応じた見直しをしていくことが求められます。また、評価にあたっては、実際に取り組んだ職員の意見を吸い上げ、反映させることが、職員の一体感に繋がっていくと考えられます。事業所の目標となる事業計画の策定過程の見直しをされてはいかがでしょうか。
- ・職員間の情報共有は、毎日のミーティングで口頭での申し送りやノートを活用して実施されていました。また、定期的に会議を実施して、ヒヤリハット報告の検証や利用者や家族からの意見や要望等への対応など、必要事項の伝達や共有が実施されていました。申し送りノートは、具体的な内容が記録されていましたが、定期的に実施される会議の記録は、一部欠落している部分があるなど、不十分な状況にありました。各種会議において、職員の役割など会議の進め方について定め、正確に議事録を作成できる環境を整えることを期待します。
- ・サービスの質に関する検討は、年末に実施される全体会議において介護研修を通じて行うほか、毎日のミーティングで気になる点を管理者が伝達する方法で検討されているとのことでした。サービスの質については、日々の業務や外部での研修などを通じて「気づき」を検討することが向上につながる一つの方法であると感じます。小規模の事業所で多くの委員会を組織していくことは、人員配置の関係上からも難しいこととは思いますが、事業所運営の根幹になる「サービスの質向上」「感染症」「リスク管理」等については、定期的に検討する委員会を組織して、日常での「気づき」などを職員自らが話し合う環境を整えられてはいかがでしょうか。

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	2611601515
事業所名	医療法人飯野小児科内科医院
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)	居宅支援事業所
訪問調査実施日	2011年9月20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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1)理念及び運営規程は、明文化され事業所内に掲示されていた。毎年、年末に実施される全体職員会議で、理念、運営規程の確認がされていた。 2)組織体制、権限等については、業務分担マニュアルに明記されていた。			
	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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3)事業計画の策定は確認できたが、計画策定にあたって事業所での振り返りや職員の意見反映の状況が確認できなかった。 4)各部門(レクリエーション、療法、イベント)において、企画書を策定して行事等を実施していた。その評価は、過去の記録では確認できたが、直近の記録からは確認が出来なかった。			
(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	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)		5)関係機関会議に管理者が出席し、情報の収集に努めていた。また、倫理規程を策定し、法令遵守についての説明がされていた。 6)年二回の職員ヒアリングにて、管理者の評価を職員が行うシステムがあった。業務マニュアルで管理者の権限と職責が明文化されていた。 7)管理日誌を通じて業務の遂行状況を把握していた。			

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
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。	A	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)事業所において必要とする人材など人員に関する基本方針が明文化され、事業所のみならずホームページに掲載し、広く情報提供されていた。また、入職後に介護福祉士など資格取得を支援する体制が整っていた。 9)新人研修、現任研修ともに体系化されていた。新人については、チューター(指導者)制度を取り入れ教育が実施されていた。介護技術など、内部研修が充実していた。 10)実習生の受け入れについて、基本姿勢を明示したマニュアル等は確認できなかった。		
(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)		11)管理者がタイムカード、勤務表にて職員の勤務状況を把握していた。有給休暇の取得状況は、社会保険労務士がチェックしていた。 12)職場内に職員が休息できる場所を設けていた。メンタルヘルスについての仕組みは確認できなかった。		
(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、利用者と地域との関わりを大切にしている。	B	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)季刊誌を定期的に発行して、事業所を含む法人の情報を発信していた。また、ホームページからも情報を得ることができる状況があった。 14)介護予防研修会等を企画し、実施している状況を確認した。また、地域住民からの相談に応じる仕組みがあった。		

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
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)パンフレットには、写真が多く使われ事業所の雰囲気が伝わりやすく工夫されている。		
		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)料金表が作成され、必要な費用が利用者にとって分かりやすい内容であった。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		17)事業所独自にアセスメントシートを作成していた。そのシートは、チェック方式になっており、利用者一人一人の状況が把握しやすく工夫されていた。 18)通所介護計画が、居宅のケアプランに基づき作成されていた。その計画は、利用者やその家族から聴取した希望等が反映されていた。 19)通所介護計画は、看護師や機能訓練士など多職種の意見を取り入れ策定されていた。 20)チェック方式のアセスメントシートを利用して、1ヶ月毎に評価が行われ、必要に応じて通所介護計画の見直しが実施されていた。		
(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)居宅介護事業所をはじめ関係機関との連携が行われていた。また、担当医師とも連携して支援が行われている体制を確認した。		
(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。	A	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	B
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)各種マニュアルを整備して、必要な時にすぐに確認ができるよう設置されている。 23)毎日の記録は、利用者一人一人に対して必要な事項が記入されていた。「プライバシーに関する書類について」を整備して、記録の保管、持ち出し等について規定していた。 24)毎日実施されるミーティングと申し送り用のノートを利用して情報の共有がされていた。全体会議をはじめとした各種会議の記録が正確にされていない部分があった。 25)日常は、連絡帳や送迎時を利用して家族とのコミュニケーションを図っていた。また、季刊誌を発行して、事業所の様子を分かりやすく伝えている。		
(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、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	A
(評価機関コメント)		26)感染症に関する研修を、年1回職員全員参加で行っていることを確認した。 27)事務所内の各書類がテーマ別に分けられ見やすく整理されていた。清掃はシルバー人材センターに委託され、作業日報で記録されていた。強酸性水を使用して消毒を行うなど、衛生管理が徹底されていた。		
(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。	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
(評価機関コメント)		28)事故や緊急時に関する対応マニュアルが整備され訓練が実施されていた。 29)ヒヤリハットは「ヒヤリハット検討会議録報告書」に記入されるとともに、毎日のミーティングで報告されるなど、事故再発防止に努めている。		

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
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)「身体拘束等の排除マニュアル」が整備され、スタッフ全員で勉強会が行われていた。 31) プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、全体会議の際にも研修会や勉強会を行っていることを確認した。 32) 体験利用には希望(要望)に応じて対応されていた。併設の診療所があるため医療ケアが必要な利用者にも対応できる体制が取られていた。		
(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。	A	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	公的機関等の窓口にご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) 利用者・家族の意向は、苦情箱を設置するほか、連絡ノート等を利用しており、意見や苦情を広く拾い上げる仕組みがあった。 34) 利用者・家族の意向の対応マニュアルがあり迅速に対応されていたが、受け付けた苦情の公開は確認できなかった。 35) 施設以外の相談機関等の窓口が重要事項説明書に記載されている。介護相談員制度の利用など、第三者により利用者の希望や要望を聞き取る仕組みが確認できなかった。		
(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。	B	B
		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。	B	B
		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)		36) 通所介護計画の更新時に、個別に利用者の満足度を聞き取っていた。事業所全体で統一した形式を用いて行う利用者満足度の調査は確認できなかった。 37) サービスの質に関しては、全体会議で介護研修をするとともに、毎夕実施するミーティングでも気になる点を管理者から伝達されていたが、検討委員会等の設置は確認できなかった。 38) 今回初めての第三者評価と伺った。京都府自主点検表を用いた点検は行われているが、年1回以上の自己評価実施の状況は確認できなかった。		