

アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 1 日

平成 21 年 9 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた千春会デイケアセンターにつきまして、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"> ● 介護サービスの基本方針と組織 「医療法人社団 千春会」全体で理念に基づき、組織の運営方針等が明確に且つ詳細に定められています。各事業所の意見や希望を十分に汲み取り、法人全体で検討をし、事業所の目標等が設定しています。 他事業所からの支援協力体制も充実しており、隣の病院からもすぐにアドバイスが受けられます。 ● 利用者本位の支援 活動プログラムは多彩で、利用者が事業所に着いたとき、数あるプログラムの中から利用者が選択し、今日何をするかを決めています。利用者は各個人の好きなことを自発的に行い、生き生きとしています。いつもと違った活動プログラムも用意してあり新しい体験もできます。利用者の興味や関心を引き出すポイント制度も、本人の意欲を引き出しています。 ● 質の向上に係る取り組み 「利用者の自立を支援し、良質な医療・看護・介護を提供する」ことを理念に掲げ、医療と福祉の双方が協同し、対等な視点で協力してサービスの質の向上に取り組んでいます。例えば介護責任者会議には理事長、病院院長始め利用者に関わる医師や関連機関医師の参加により福祉と医療の総合的な視点を持って利用者のサービス提供について検討しています。
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ストレスケアへの取り組み 職員への満足度調査の実施や上司による面接が行われ、職員の業務上の悩みやストレスを解消することに努めていますが、産業医やカウンセラー等は設置されていません。 ● 利用者情報のファイリング 記録は利用者毎にファイリングされていますが、サービスの経過や内容が見やすく整理されているとは言えません。 ● 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者の意見や要望をアンケートで収集・把握・検討し適切に対応していますが、改善状況等の公開はしていません。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>事業所は J R 長岡京駅から程近い法人本部である病院の隣にあります。職員一同が地域全体で地域の医療と福祉を支えて「地域に根ざした」「医療と介護」を目標に、地域の医療と福祉の向上に意欲を持って取り組んでいます。また、法人本体では病院評価、ISO 認証の取得や様々な評価を受審し、これらを通じてよりサービスの質の向上に努めています。</p> <p>法人には多くの事業所がありますが、種々の会議で事業所間の連携を図るとともに、問題点・課題を共有し全体で改善方法等の検討を行っています。検討の結果は日常のサービス内容だけでなく、マニュアルの作成や各種記録の書式作成等に活かされています。</p>

本事業所は限られたスペースの中にリハビリ機器、テーブル、椅子、が配置され、狭いながらも法人の理念・目標に沿って、生活リハビリ、機能訓練、健康維持など利用者の状況、希望に合致したサービス提供に尽力しています。

更なる質の向上のために、以下のことをアドバイスさせていただきます。

●ストレス管理

事業所が非常に手狭なため、職員のストレスがかなり蓄積するかと思います。ハード面に限界がありますが、職員が業務上の悩みやストレスを解消できるよう、産業医、カウンセラー等を配置するなど、第三者による相談体制を確立することが望まれます。

●利用者情報のファイリング

記録はサービスの経過や内容を確認しやすいようにファイリングを工夫してください。評価後の支援計画表の作成等も時系列に計画作成、実施、見直し評価のときの記録を整備し、その評価の経緯がわかるような書類の作成づくりが早急に求められます。

●意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善

利用者の意見や要望をアンケートで収集・把握・検討し、対応しています。「苦情対応マニュアル」もあり、サービスの改善に取り組んでいますので、今後は取り組みを受けての改善状況等の公開を望みます。そうすることで、利用者の意見が一層出やすくなると思います。

●業務マニュアルの作成

法人本部において全体の業務マニュアルが作成されるとともに、デイケア独自のマニュアル、手順書もありますが、その内容についてはより一層の充実が求められます。また、利用者用送迎車にも緊急非常時対応マニュアル及び救急箱を常備することもご検討ください。

※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	2613000575
事業所名	せんしゅんかいデイケアセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	2009年12月9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.事業所の理念(3つの使命)、運営方針(6つの志)、行動基準(7つの実行)を掲示し、ホームページにも掲載しています。朝礼等での唱和やハンドブック等を通じて職員への周知を図るとともに、利用者や各種関係機関に広報誌『せんしゅん』で開示をしています。 2.毎月、本部で介護責任者会議、訪問介護サービス連絡会議、各種委員会が開催され、本部で決定された事柄を職員全員に伝達しています。		
(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	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)			3.管理者、職員全員から意見を募って事業の概要を決め、理事会の承認を得ています。それに沿った利用者へのサービス向上に取り組んでいます。 4.「方針展開表」(事業方針)で課題を設定し、随時見直しを行い、サービスの改善、課題の進捗管理、及び稼働率の向上に取り組んでいます。		
(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。	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.「集団指導資料」や関係情報の閲覧を通じて、職員の法令等の理解を図っています。法人本部に該当する法令等の資料を備え付けています。 6.管理者の役割と責任、サービス提供責任者の役割と責任及び権限は明確になっており、管理者はリーダーシップを発揮した運営を行っています。 7.管理者は現場に立って職員・利用者の動きに気配りし、隣の法人本部からも助言をもらって業務を遂行しています。		

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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		8.有資格者の採用を進めています。介護福祉士等の資格を取得した職員には資格手当が付きます。 9.採用時の研修は法人で行い、そこから各部署に配置しています。必要な知識と技能を身につけるために、本部研修・事業所内研修等を計画的に行っています。 10.実習生は法人で受け付けており、OT(作業療法士)、PT(理学療法士)等の実習を受けています。受け入れの基本方針は8月に作成しています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11.管理者が有給休暇や希望休を反映させた勤務表を作成し、ひとりひとりの職員の労働環境に配慮しています。 12.法人全体の親睦会が年2回開催され、サークル活動もあります。事業所内が手狭な為、まとまった休憩場所は確保できていません。職員の相談に対応できるカウンセラーや産業医も確保されていません。		
(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	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.広報誌『せんしゅん』を隔月に発行し、長岡京市役所、地域包括支援センター等関係機関、医療機関、利用者家族等配布しています。 14.今年5月に始めて「介護者交流会」を開催し、法人全体で約80組の家族参加がありました。「健康長寿を延ばそう」会へ参加するなど、法人を中心に地域への貢献を行っています。		

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.法人のホームページや機関誌の発行・配布を通じて事業所の情報を提供しています。問い合わせに対しては丁寧に答えることを心がけ、記録も残しています。		
(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.契約時に重要事項説明書を基に利用のしくみ、介護保険について利用者説明を行い同意を得ています。		

(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	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	B
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.利用申込時にケアマネからの情報に加え、アセスメントを行います。利用開始後にも利用者からの情報を補ってアセスメントの内容を追加しています。 18.サービス担当者会議には必ず出席しているとのことですが、議事録等の記録がありません。また、利用者や家族の希望を十分に受け入れていると思われませんが合議された内容や残された課題の記録も確認できません。 19.退院時サマリーや介護支援専門員からの計画表も交付を受けて計画が作成されています。 20.評価後も継続して支援計画表の作成をしています。		

(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.法人の多機能性を活かして、医師、看護師とも連携して事業所持る機能を十分に発揮できる体制になっています。		

(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	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	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.法人全体の業務マニュアルは整備されており、事業所独自のものも整備されています。 23.ファイルは利用者毎に綴じられており、援助内容も乙訓の療養手帳に一体的に記入しています。記録の方法、整理についてはより分かりやすい方法の検討を必要とします。 24.朝礼、昼礼、随時のミーティング、職員携帯電話メール、FAXなどを活用して職員全員に情報の伝達をしています。記録についても共有化できる様式を検討してください。 25.毎日の送迎時に、家族等とは療養手帳をもとに連絡しています。また、管理者も送迎時、または必要とあれば訪問をしてご家族に情報提供を行っています。		

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。	A	A
(評価機関コメント)		26.感染症マニュアルは毎年見直しを行い、適時追加しています。インフルエンザ対策では携帯消毒液を持参するとともに、消毒やマスクの装着を徹底しています。 27.事業所内はきちんと整理整頓が行われ、液体石鹸やペーパータオルが設置、使用しています。雨具も清潔に保管しています。		

(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.緊急時対応マニュアルを作成していますが、送迎車には緊急非常マニュアルを常備していません。 29.事故報告、ヒヤリハット報告を整備しており、対応等の記録もあります。介護安全管理委員会を開催し、分析・評価・見直し等の検討を行っています。		

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
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. 利用者の生活リズム、スタイルに合わせたデイケアプログラムを行っています。利用者同士がお互いのがんばりを意識し、意欲が出てくるような利用者本位の支援を行っています。 31. デイケア独自の業務マニュアルに入浴時やトイレ利用時についての配慮についての記載があります。 32. 利用申込を受け入れられない基準等はなく、認知症の方も受け入れています。個別訓練は行っていない為、個別訓練を希望される方は他施設を紹介しています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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	公的機関等の窓口で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. 利用者満足度調査を実施し、その結果として今年初めて家族会を開催しました。 34. 苦情等の収集は行っていますが、その改善状況は公開していません。 35. 契約書等に保険者や京都府介護保険課、国保連等の記載がなく、またFAXや受付時間の記載もありません。公的機関以外の第三者を相談窓口として設置していません。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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	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。	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. 利用者満足度調査を実施し、まとめを行っていますが、その結果を分析・検討し、改善への取り組み計画を立てるという一連の流れは構築出来ていません。 37. 法人本部に情報を集中させ、各事業所に再発信する仕組みを確立しています。 38. 平成21年1月にISO認証取得し、これからもISO、第三者評価の定期的な受診を考えています。		