

様式 7

アドバイス・レポート

平成25年2月20日

平成24年12月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人社団 都会 西賀茂デイサービスセンター 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

特に良かった点と その理由(※)	(通番4 業務レベルにおける課題の設定) 教育・感染予防・サービス向上・福利厚生・給食等の各種委員会や、3ヶ月に1回のリハビリ会議、毎月の運営会議などを通じて課題の解決に取り組んでいました。各職員が自己管理目標シートを活用し、年度当初に目標を設定し、10月と3月に振り返りや面談を行い、課題解決に向けて取り組んでいました。 (通番24 職員間の情報共有) 毎日の夕方ミーティングを実施し、必要に応じてカンファレンスを実施していました。申し送りノートに記載し、誰もが閲覧できるようにすることで情報を共有していました。また、教育・感染予防・サービス向上・福利厚生・給食等の各種委員会の内容を運営会議や夕方の申し送りで共有していました。 (通番29 事故再発の防止) 事故・ヒヤリハットに関して、起こったことすべてを細かく記録していました。それを毎月1回の運営会議で分析し、改善することにより、各職員が同じレベルで事故を予測できるようになり事故が減っていました。また、そのことが全体のサービスの質の向上につながっていました。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番5 法令遵守の取り組み) 管理者は法人本部の事業マネジャーと連携をとりながら、法令遵守に取り組んでいましたが、把握すべき法令のリスト化はされていませんでした。 (通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者一人ひとりの記録は整備されていましたが、記録の持ち出しに関するルールや廃棄に関する規定はありませんでした。 (通番34 意見・要望・苦情への対応とサービス改善) 日常的に利用者からの意見を拾い上げる体制があり、「苦情・相談記録 報告書」において、利用者や家族からの意向をすべて記録し、全職員が真摯に対応しておられますが、公開はされていませんでした。

具体的なアドバイス

西賀茂デイサービスセンターは京都市の北区、西賀茂の賀茂川沿いに面した場所にあり、施設の敷地からは美しい川と山並みが望め、春には桜並木、秋には紅葉が見られる風光明媚な場所に立地しています。事業所を運営する医療法人社団都会は、渡辺医院・渡辺西賀茂診療所の医療部門と共に、介護保険事業所として、訪問看護・訪問リハビリ・居宅介護支援・訪問介護、ショートステイ・通所介護・グループホーム等の事業所を運営し、地域の要援護高齢者を支える事業を展開されています。

デイサービスセンターの定員は40名と多く、入浴サービス、食事サービス、送迎サービスの他に、一人ひとりの利用者が順番に受ける作業療法士や理学療法士による個別機能訓練、午前中に実施されるすこやか体操・ラジオ体操・ストレッチなどの集団機能訓練、午後から実施される創作活動・カラオケ・囲碁・マージャンなどのグループ活動など、多彩なメニューがあり、そのことが利用者の心身のリハビリにつながっています。特に、作業療法士や理学療法士が実施する個別機能訓練は、利用者一人あたり毎回20分程度、個別機能訓練計画書に基づき丁寧に行われていました。

利用者定員が多く、登録利用者も約120名と多数おられることから、一人ひとりの利用者の満足につながるレクリエーションを工夫し提供していくこと、個別の思いを聞き取りながら配慮していくことが、より一層求められると考えます。

今回の調査における具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 個別機能訓練や集団のリハビリ体操は丁寧に行なわれていましたが、小集団で体を動かすレクリエーションや戸外での活動は不十分に感じました。40人定員のため、活動スペースの確保や臨機応変な対応、フットワークのよさに課題が感じられます。利用者アンケートなどで個々の意向を確認しながら、外出企画や小集団のゲーム活動を少しずつ実施されては如何でしょうか。
- ・ 法人理念や事業所理念を広報誌や重要事項説明書に掲載されては如何でしょうか。そのことで、利用者や家族に対しての周知がより図られるのではないのでしょうか。
- ・ 管理者は法人本部の事業マネジャーらと連携をとりながら法令遵守に取り組んでいましたが、把握すべき法令のリスト化がされていませんでした。関係法令をリスト化し、遵守すべき法令を常に把握し確認できるようにすることで、更なる安心安全な事業運営が図られることと思います。
- ・ サービス提供に係る記録の持ち出し規定や、廃棄に関する規定が確認できませんでした。今後は、記録の持ち出しや廃棄に関する規定を定め、情報管理の徹底化を図られては如何でしょうか。
- ・ 利用者の声を聞く機会を多く持ち、汲み取った意見や苦情などを細かく記録し、その検討・分析もなされています。今後は意見や苦情の内容、検討・分析されたその結果を公開するようにされては如何でしょうか。それにより、事業所への信頼を高めると同時に、より一層のサービス向上に繋がっていくと考えます。

	・ 食事に関するアンケートは毎年実施されていましたが、利用者アンケートの定期的な実施は確認できませんでした。今後は利用者満足度を確認するアンケートも定期的の実施し、その結果を取りまとめ、広報誌などを通じて利用者に公開されては如何でしょうか。そのことで、利用者の意向や要望がより聞き取れ、信頼関係も深まると考えます。
--	---

※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	2670100334
事業所名	医療法人社団 都会 西賀茂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	2013年1月21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	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)法人理念や事業所理念が明確化され、パンフレットに掲載されてるが、利用者やその家族などへの周知は不十分である。 2)組織体系と各職員の役割が明確にされている。事業所内で開催される運営会議には、非常勤職員も含めた各職種が参加している。			
(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。		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)職員の意向や事業所の課題を反映した事業計画を策定している。 4)教育・感染予防・サービス向上・福利厚生・給食等の各種委員会や、3ヶ月に1回のリハビリ会議、毎月の運営会議などを通じて課題の解決に取り組んでいる。各職員の課題については自己管理目標シートを活用し、年度当初に目標を設定し、10月と3月に振り返りや面談を行い解決を図っている。			
(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	B
	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)管理者は法人本部の事業マネジャーと連携をとりながら法令遵守に取り組んでいたが、把握すべき法令のリスト化はされていなかった。 6)組織における管理者の役割は明確に定められている。各会議には管理者が必ず出席し、意見を述べている。全職員と年2回の面談機会を持ち、職員と意見交換している。 7)管理者は常に職員と同じフロアで仕事をしており、職員とコミュニケーションできる環境にある。職場を離れる時や休みの時は管理者専用の携帯電話で報告を受け、指示できるようにしている。緊急時には全職員に連絡できるように緊急連絡網も作成されていた。			

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
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	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) 経験や有資格はもちろんのこと、やる気のある人物を人物本位で採用し、研修やOJTを通じて育成している。 9) 法人の教育委員会で内部研修(2ヶ月に1回の学習会開催)を企画し、実施している。また、各職員が年間1回以上は外部研修に参加することを目安にし、管理者は昨年度スウェーデン視察研修にも参加していた。 10) 薬剤師の介護現場体験や、大学生の介護等体験などの実習生を受け入れている。実習担当を主任・副主任が行い、管理者がその指導を行っている。実習生に留意事項を事前配布するなど受入れの体制が整備がされている。				
(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。	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) 有給休暇を取得しやすい雰囲気になっている。職員の負担軽減のために、特殊浴槽などの介護機器を導入していた。 12) 福利厚生委員会があり、懇親会なども開催されていた。更衣室を兼ねた休憩室は女性部屋と男性部屋に別れていたが、リラックスできるだけの十分な広さではなかった。				
(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。	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) パンフレットやホームページを作成している。3ヶ月に1回、法人の広報誌『都の風』を地域の商店街や事業所に配布し、積極的に広報している。 14) 紫竹地域包括支援センターが主催する事業所世話人会に世話人として参加し、事例発表会などの企画を行っている。				

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
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やホームページなどで事業所の情報を提供している。利用者の問合せにも対応し、見学や体験利用を積極的に受け入れている。				
(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。		A	A
	(評価機関コメント)	16)重要事項説明書に利用料金を明示し、契約時に同意を得ている。利用者の中に成年後見人と契約締結している事例を確認した。				
(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)課題分析シートを使用し、食事・入浴・着脱などの他に、交流や趣味など様々な角度からアセスメントを実施している。 18)初回面談や担当者会議開催時、送迎時、連絡帳の活用などで希望を聞き取り、通所介護計画と個別機能訓練計画を作成して同意を得ている。 19)退院時サマリーや主治医の意見書などで情報を得ていた。また、入院時のリハビリ計画書を参考にし、デイサービスでの機能訓練計画書を作成している。 20)通所介護計画は6ヶ月ごとに、個別機能訓練計画書は3ヶ月毎に再作成している。				
(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。		A	A
	(評価機関コメント)	21)退院時サマリーや機能訓練情報提供書などがあり、医療機関と連携している事例が確認された。地域包括支援センターとやりとりしている記録が確認された。				
(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。		B	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。		B	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)苦情や事故対応、感染症対策などのマニュアルが作成されている。業務マニュアルがあり、見直しも行われているが、見直しの基準が定められていなかった。 23)利用者一人ひとりの記録は整備されているが、持ち出しや廃棄に関する規定はなかった。 24)毎日の夕方ミーティング時に、必要に応じてカンファレンスも兼ねて話し合いを実施している。申し送りノートに記載し、閲覧できるようにすることで情報共有している。 25)送迎時の会話や連絡帳の活用などで家族との情報交換を実施している。				

(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。	A	A
(評価機関コメント)		26) 感染症の対策及び予防についてのマニュアルがある。法人全体で感染予防委員会が開催され、その内容を事業所内のミーティングや運営会議で周知している。ノロウイルス対策のキットが準備されており、その取り扱いを年に1回研修で周知している。 27) 1日2回、トイレ内を消毒(夏季はアルコールで消毒、冬季は次亜塩素酸で消毒)している。換気扇や天井の大型扇風機で常時空気の流れを作り、換気している。		

(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) 緊急時の対応マニュアルと連絡網が定められている。毎年、消防署の立会いの下、避難訓練を行っている。 29) 事故・ヒヤリハットに関しては細かく記録し、月1回の運営会議で分析・改善できている。そのことによりサービスの質の向上につながり事故が減った、と伺った。		

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
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)利用者本位のサービスは理念や基本方針に謳われ、職員が「押し付けた介護をしない」という共通認識のもとでサービスが提供されていた。 31)新人を現場の先輩が業務中に一対一で指導する新人教育訓練の中で、プライバシーに関するチェック項目をつくり日常的な指導が実施されていた。 32)利用希望者は原則受け入れるという方針のもと対応している。				
	(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。	A	A	
	(評価機関コメント)	33)個別リハビリや個別対応時、送迎時等に話を聞くなど、日常的に利用者からの意向を拾い上げる体制があった。また、苦情対応マニュアルも定められていた。 34)「苦情・相談記録 報告書」において利用者や家族からの意向はすべて記録し、真摯に対応しているが、それを公開する仕組みがなかった。 35)利用受け入れ区域の区役所の相談窓口が重要事項説明書に記載されている。定期的に来られているボランティアの協力も得て、利用者の意向を聞き出していく取り組みがあった。				
	(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。	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。	B	A	
	(評価機関コメント)	36)食事に関するアンケートは毎年実施されていた。利用者アンケートは4年ぶりに行い分析されていたが、定期的な実施はされていなかった。 37)毎日のミーティングを利用してサービスの質の向上について検討がされていた。利用者の担当制をひくことにより、職員の利用者に対する思いが深くなり、サービスにも生かされている。同じ法人の他事業所とはそれぞれの行事に参加し合うことで交流し、横のつながりも強い。 38)今回の第三者評価は事業所全体として取り組まれていた。				