

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 1 月 6 日

平成 23 年 10 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人葵会総合ケアステーション 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>I (1) 組織の理念・運営方針 (2) 計画の策定 (3) 管理者等の責任とリーダーシップ ・全体を通して法人の組織がしっかりしており管理する側も各スタッフも理解を十分にした上で現場に活かせるような取り組みが積極的になされています。</p> <p>II (1) 人材の確保・育成 (2) 労働環境の整備 ・新人職員等への研修はマンツーマン体制で経験者が指導して相互研修に結び付けています。職員に対して 24 時間の電話相談システムがあり、ストレスの軽減を法人として取り組んでいます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>III (5) サービス提供に係る記録と情報の保護・職員間の情報提供 ・情報を共有化するためのシステムはありますが、共有する情報を各スタッフが確認していることが明確になるものではありませんでした。</p> <p>IV (2) 意見・要望・苦情への対応 ・マニュアルに則り検討・改善を求める体制がありますが改善状況の公開がなされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>・満足度調査を定期的に行いその結果をマニュアルの更新に活かしたり事業計画の立案や年度方針が作成される総括会議に提案されています。その取り組みやシステムは素晴らしい方法としました。同様に利用者の意見・要望・苦情も公開されてはいかがでしょうか。</p> <p>・利用者情報を共有していますが個々の職員が確実に情報を確認したという根拠が残せるよう工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p>・内部監査委員会の設置など自己評価をきちんと繰り返されていますので第三者評価受診でより質の向上を目指してください。</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	2660190022
事業所名	医療法人 葵会総合ケアステーション
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	なし
訪問調査実施日	平成23年10月28日
評価機関名	社団法人京都私立病院協会

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)		組織がきちんと運営管理されており理事会をはじめとし各会議が定期的に行われその内容は職員に対して周知徹底されるシステムが構築されています。			
(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)		満足度調査を基盤に事業計画や年度方針が作成される総括会議に反映されています。			
(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)		管理者は諸会議に必ず出席し、必要であれば職員に対して面接の機会も設けています。統括責任者の役割が明確であり業務を行っていただける事はありません。			

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
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。	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。	A	B
		(評価機関コメント)	採用手順に則って人材確保が行われているが厳密な基準がありませんでした。法人の研修に対する計画は参加の保証も含めて徹底しています。実習指導者への研修根拠がありませんでした。			
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)	職員が24時間相談できる電話相談システムがあり、スーパービジョンのできる体制があると判断しました。			
(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)	年1回「大宮・紫竹健康まつり」を地域に向けて開催し貢献されています。			

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)	パンフレットやホームページで分かりやすく情報提供がなされていました。			
(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)	重要事項説明書に関してもわかりやすく説明がなされていました。			

(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	B
(評価機関コメント)	アセスメントから以降の把握、専門家からの意見の照会がきちんとできていました。ただ、計画を変更する基準が定められていませんでした。			
(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)	主治医との連携もきちんと行われており、入退院に関連する会議への参加や調整・関係団体との連携の仕方も確認できました。			
(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)	業務マニュアルが作成され定期的見直しがなされていることを確認しました。また、利用者情報の共有にあたって一定の流れ・配布伝達の具体例はヒアリングできましたが「確実」に行われたかの根拠に欠けました。			
(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	B
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)	感染症に対するマニュアルが存在し1年に1回の見直しを確認しましたが、感染症のある利用者に対するマニュアルはありませんでした。また、目視で事業所内の整理・整頓状況を確認し、清潔な状態を把握できました。			
(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)	マニュアルが作成され発生時の指揮命令系統が確認できました。また、年1回の訓練も記録から確認できました。			

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。	B	B
		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)	学習会の実施とマニュアルにて確認を行ったが身体拘束禁止項目が運営規定にありませんでした。アンケート結果からプライバシー保護について取り組めていることを確認しました。利用者決定に関して原則全て「受け入れ」をしておられます。			
(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)	苦情等の報告があった場合はマニュアルに基づき検討し改善を求めるシステムができていますが改善状況の公開は行われておりませんでした。また、利用者相談窓口について第三者での設置がありませんでした。			
(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。	A	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。	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	B
		(評価機関コメント)	満足度調査の結果は利用者へ公開されサービスの改善が確認できるようになっています。法人内で合同のケアマネジャー委員会・事業所部会・外部の会議と質の向上に向けた取り組みがなされていました。前回の第三者評価受診は4年前でした。			