

## アドバイス・レポート

平成 24 年 6 月 15 日

平成 24 年 1 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた上京病院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) 質の高い人材確保 前回受診時には、採用後の資格取得支援制度がありませんでしたが、今回はヘルパー2級養成講座受講費用貸与規程を新設する等、改善がみられました。介護職員12名中、介護福祉士6名 ヘルパー2級4名と有資格者が多く、声かけ支援にて介護福祉士の受験をされたスタッフもおられ、現任職員の資格取得のための支援をしっかりとされていました。</p> <p>(通番 2 1) 多職種協働 主治医が同系列の病院や診療所の医師という利用者が多い事もあり、入退院や緊急時にも連携が取りやすい環境になっています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 2) 組織体制 職員への公開、通知の徹底は、回覧の場合は閲覧印の確認を、会議録などはレジユメではなく、議論の経過なども記した結果の記録を、作成し綴じてください。</p> <p>(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 記録類は、その種類ごとに様式を整え、綴じる位置を約束し、誰が必要なとき、手早く検索できるよう整理することで、業務の効率化や、教育・指導の統一化をはかることができるのではないのでしょうか。</p> <p>(通番 1 7) アセスメントの実施 個別援助計画の見直しを定期的に行なっておられますが、アセスメントが行なわれていませんでした。定期的に行なう必要があると思われれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>昨年末の人事異動や、母体病院の移設等の諸事情により、大変な事情はよくわかりました。</p> <p>事業所全体が、PDCAサイクルを回し、計画にのっとりた実行をするだけでなく、実行後に「Check (評価)」活動および「Act (改善)」活動を、いたる所で積極的に取り組まれているにもかかわらず実施した事が記録に残っていないことが残念でなりません。「実施した事をまとめ、記録すること」は、事業所としての健全な運営及び、利用者への良質なサービス提供につながると思われれますので、徹底されてはいかがでしょうか。</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	2610201358
事業所名	上京病院デイサービス
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	2012年3月27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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		理念、運営方針は、京都保健会のものを掲示されていますが、事業所の特性を考慮したものにすると更に良いと思われます。組織体制は明確ですので、各種会議の記録等をより徹底されてはいかがでしょうか。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	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)		目標を立て、達成度を評価しながら取り組んでおられます。達成状況の確認の過程で、必要に応じて見直していることが、記録から窺うことができませんでした。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	B	
	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)		職員に対して年1回の個人面接を実施されていますが、面接された管理者の氏名や考課、実施日等の記載がありませんでした。記録の大切さの認識をお願い致します。			

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	
<b>II 組織の運営管理</b>							
<b>(1)人材の確保・育成</b>							
		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。	A	A	
		(評価機関コメント)		有資格者の比率が高く、採用後の資格取得支援制度も、前回受診後新たに新設され、声かけ支援により介護福祉士試験を受験されたことを聞き、改善努力が伺えました。新人研修プログラムも新たに作成され、研修参加推進を年間の品質目標に上げ、院外研修・院内研修参加後は、全職員に伝達講習、資料の回覧をするなど、互いの学びを向上させ、介護の質の向上に努められておられました。			
<b>(2)労働環境の整備</b>							
		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)		勤務希望を配慮し、時間外も月平均14時間と、職員の負担感は少なく、有給取得率も高く労働環境に配慮されています。休憩場所も新たに確保し、ゆっくり休憩できる空間を作り、職員のプライバシーへの配慮もされていました。法人で心の相談電話窓口を設置し、専門家が24時間体制で対応するシステムがつくられ、利用状況の確認及びこの制度が上手く機能していることが確認できました。			
<b>(3)地域との交流</b>							
		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)		デイニュース、友の会だよりを2ヶ月に1回地域の皆様に配布し、月1回の友の会の食事会に利用者様が参加したり、地域の方々との交流も、職員・ボランティアが協力して出ています。月1回健康相談会を開催したり、近所の診療所でも、医療介護の相談会を開催したり、上京健康友の会に協力するなど、地域への貢献も積極的に行っています。			

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	
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>							
<b>(1)情報提供</b>							
		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)		京都保健会のホームページや独自に作成されたパンフレット等で積極的に情報を提供しようとされています。また、デイサービス発信の情報もご近所に配っておられます。以前はあった掲示板が改修中の為場所が減っており、今後改修が終わればどのように見やすく情報提供をされていくかが課題だと思われまます。			
<b>(2)利用契約</b>							
		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)		契約書やご利用案内書で利用に際して必要となる内容や料金についてしっかり説明され、ご本人やご家族の署名同意を得ておられます。			

(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うでアセスメントを行っている。	A	B
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	A
(評価機関コメント)		所定のアセスメント様式でのアセスメントを行っていませんが、今後に向けて現在作成の検討をされています。		
(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)		同系列の病院や診療所に主治医がいる利用者が多い事もあり、入退院や緊急時にも適切な連携が取りやすい環境になっています。		
(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	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)		必要なマニュアル等が作成され、定期的に見直し更新もされています。記録の保管・保存・廃棄についての記述はありますが、持ち出しに関する記述がなく、追加の検討を行うことが望ましいと思われます。定期的にカンファレンスは行なわれていますので書面として残しておかれることが望ましいと思われます。		
(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	B
(評価機関コメント)		感染症に対するマニュアルが整備され感染症利用者の受け入れ態勢も整っています。研修にも積極的に参加されています。現在改修・移動中のため仮置き状態の部分があり、今後完成することを期待しています。		
(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。	A	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)		アクシデント件数の目標を立てたり事故再発防止に積極的に取り組んでおられます。災害発生時には近隣の小学校への避難や施設近隣の方への協力要請もされていますがマニュアルへの明記がありませんでした。今後明記を追加されるとよいと思われます。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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)		食後や、体調不良の方に安静にいただくために、9人分のマットやベッドが確保されています。ただ、間に衝立などありません。苦情を申し出られる方や、ご家族はおられないとのことですが、注意深い配慮をお願い致します。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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	B
		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。	A	A
		第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口に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	B
		(評価機関コメント)		利用者への個別の面談相談や、懇談会が定期的に行われていません。年1回のアンケートは実施されています。その結果改善されたことなどを、掲示する、ニュースに載せるなどしてお知らせされては如何でしょうか。施設内への第三者の立ち入りを受け入れられては如何でしょうか。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		全体として、好ましい雰囲気でのサービスが運営されている様子がわかりました。資格取得の奨励や、有資格者の採用努力、研修会など、努力されていることが伝わってきます。ADLの改善、要介護度の維持、向上は難しいところがありますが、継続した取り組みを期待いたします。		