

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 4 月 11 日

平成 22 年 10 月 21 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>○ 組織体制 医療法人葵会は全日本民主医療機関連合会（民医連）に属し、法人内で診療所、訪問看護ステーション、デイサービス、地域包括支援センターなどの事業所があります。 法人全体と葵会デイサービスの両方で、組織体制が整備されており、法人系列の他事業所間との情報交換や交流もあります。また、他職種が連携を密にとることで、様々な状態の利用者への対応を迅速に行うことが可能となっています。</p> <p>○ 個別状況に応じた計画策定 利用者本位を第一に掲げ、きめ細やかな個別援助が行なわれています。日々のケア記録には食事の摂取量・バイタルチェック・送迎の席順などが詳細に記入されています。さらに、昼食後は利用者個人のこだわりに対応した口腔ケアが実施されています。 また、個別援助計画は定期的に見直しがされ、利用者本人・家族等の希望に沿った計画の策定に努めています</p> <p>○ 質の向上に対する取り組み 利用者本位のサービス提供に職員一丸となって取り組まれています。デイサービスセンターの壁には利用者とその家族・職員が共同で作成したタペストリーのカレンダーなどがあり、あたたかい雰囲気でした。食事時には職員が利用者のペースを崩さないように、絶妙なタイミングで声かけをしています。 また、2010年からは利用者ごとに誕生日レクリエーションが開催され、好評を得ています。</p>
----------------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 継続的な研修 法人内で研修計画はありますが、職員の参加状況の把握について十分ではありませんでした。 新人の研修については、チェックシートが存在するのみでした。 ○ 業務マニュアルの整備 業務マニュアルについては、法人内で整備されたものを土台とし、多くの種類があります。しかし、記載事項の見直しや職員全員への周知が十分ではなく、実践への活用が充分ではありませんでした。 ○ 苦情等の検証・分析等について 苦情等には対応していますが、原因の検証・分析については記録がなく、今後のサービスの質の向上に十分活用はされていませんでした。また、パンフレット・ホームページが最新情報に更新されていないことは、誤解を招く恐れがあります。
<p>具体的なアドバイ ス</p>	<p>医療法人葵会に属する当施設は、同系列の他事業所と連携を取りながら1か月に一度ということではなく、利用者毎に誕生日レクレーションを開催するなど、事業所にあった独自の工夫をしながらサービス提供にあたっています。また、接遇に対する意識が高い事業所だと感じました。</p> <p>以下のアドバイスを今後の事業所の更なる発展への足がかりとしていただけたらと思います。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 継続的な研修 法人内で、理念、成年後見制度、身体拘束排除、緊急時対応、ケアマネジャー研修、介護技術講習会など詳細な研修が計画されています。しかし、外部の研修も含め、参加者に片寄りが見られます。研修計画や参加に関して事業所内で一括把握し、互いに切磋琢磨するシステムを構築することが必要ではないかと考えます。そうすることで、新人・中堅・管理者の職員全員で葵会デイサービスセンターの向上につなげていくことができ、より質の高い利用者本位のサービス提供が可能になると思います。 ○ 業務マニュアルの整備 業務中の小さな気づきなどを活かせるシステムづくりをするためにマニュアルを改訂されてはいかがでしょうか。また、改訂後のマニュアルが実践にどう活用されたかを検証する仕組みの構築にも是非取り組んで下さい。 ○ 苦情等の検証・分析等について 今後も苦情等への迅速な対応を継続するとともに、その原因の検証、分析、課題の明確化、改善への取り組み状況の検証システムを構築されてはいかがでしょうか。またそれらを外部へ公開するとともに、職員への周知方法を検討する必要があると考えます。

※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	2670100490
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)	通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	居宅介護支援、訪問看護
訪問調査実施日	平成23年1月21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. 事業所の入り口に理念（民医連綱領）が掲示されています。また、職員の名札裏には理念が印刷され常に見ることができます。全利用者に配られる年3回発行の機関紙「むつみ」には、理念に基づき企画された行事等が掲載されています。 2. 毎月1回の常務会と年4回の理事会が開かれています。管理運営は組織図に基づいて行われ、会議の議事録は職員が自由に閲覧できるようになっています。			
(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. 年1回の事業所総括会議で、年度ごとの計画・目標が発表されています。人材育成、介護事業全般の中期計画が立てられています。 4. 2010年1月に開かれた総括会議で、次年度の各部門の課題・目標が定められ、中間報告を経て、目標の達成状況が確認されます。			
(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. 必要な法令・倫理規定はすぐに関連可能な場所に保管されています。 6. 事業所入口には、「介護事業施設マニュアル」で明文化された管理者の役割が掲示されています。管理者はスタッフ会議で職員の個人目標を聞く機会を持っています。 7. 管理責任者は常に携帯電話を持ち、緊急時に対応できる体制になっています。			

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	
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	B	
		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)		8. 人材確保に関する方針は定まっており、職員は全員ヘルパー2級以上の資格を有しています。資格取得支援については、希望に応じて、勤務の配慮を行っています。 9. 内部研修は行われており、外部の研修については、参加費が補助される場合もあります。ただし、個々の職員が計画的に研修に参加している状況ではなく、また新人研修については、十分なプログラムが作られているとは言えません。 10. 実習受け入れマニュアルを作成し、ホームヘルパー、看護師の実習の受け入れをしています。また、中学生の就業体験の受け入れも行っています。			
(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。	A	A	
		(評価機関コメント)		11. 職員の就業状況は組織的な管理の下で把握しています。事業所内には腰痛予防のために適切な介護機器が導入されています。 12. 職員のストレス管理については、職員だけでなく、職員の扶養家族も悩みを相談できる仕組みがあります。「心の健康相談サービス」を法人で契約をし、電話・メール・面接でカウンセリングを受けることができます。また、休憩スペースは事業所の2階に確保しています。			
(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	B	
				13. 年3回発行している機関誌「むつみ」を利用者や地域の団体等に配布しています。また、近隣にある法人の他事業所と協力し、地域との関わりを深めるよう努めています。 14. 法人の取組みとして、年1回「大宮・紫竹健康祭り」を近隣事業所で開催しており、事業所として参加・協力しています。事業所独自の取組みを課題にしています。			

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
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	B
		(評価機関コメント)	15. 事業所の情報はホームページで発信されていますが、最近では更新されておらず、古い情報となっています。事業所のパンフレットも以前に作成されたものであり、現在は事業所指定を受けていない情報が記載されているなど、問い合わせの際に混乱をきたすおそれがあります。見学者記録は管理日誌に記入されています。			

(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. 保険外サービスの昼食やおやつ代のレクリエーション代の徴収があります。しかし、年中行事や特別な食事を提供しても別途費用徴収はありません。判断能力が低下している利用者には成年後見人や家族代理人にサービスの説明がされ、同意が得られています。			
(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。	B	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。	A	A	
(評価機関コメント)		17. 重要事項説明書に利用料金や介護保険外自己負担金の記載があり、本人・家族に説明し、同意を得て署名された書面を交付しています。またアセスメントは定期的に見直しをし、介護支援専門員にも報告をしています。 18. 本人の意向・目標・利用目的などを確認したうえで、サービス担当者会議で、個別援助計画書を作成し同意を得ています。 19. 個別援助計画は、主治医の意見書や診断書、事例によっては退院サマリーや診療情報を反映させて作成をしています。 20. 変化がある時、あるいは通常6カ月ごとに定期的にモニタリングを行い、個別援助計画の見直しと修正をしています。			
(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. サービス担当者会議では、必ず主治医の意見の確認を行っています。事業所の一覧表を作成し、利用中の体調変化時には早急に家族へ連絡を取るとともに介護支援専門員にも報告をしています。			
(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	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。	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	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. 業務マニュアル・文書管理マニュアルはそろっています。しかし、年1回マニュアルの改訂は行われていますが、精査された見直しが十分とはいえません。 23. サービス提供時毎の記録はいつでも読める状態になっています。記録は書庫に保管され、分冊された記録は別室で保管しています。 24. 管理日誌や申し送りノートは自主的に閲覧し、利用者状況は5分の朝礼と業務終了時の10分程度のミーティングで報告しています。 25. 家族とは連絡ノートで状況の報告を行い、遠方にいる家族とも必要時は情報提供をしています。			
(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)		26. 感染症マニュアルが整備され、2010年12月には「ノロウイルス学習会」を実施しています。インフルエンザや肝炎についても対応マニュアルと対応記録を確認しました。 27. 事業所内の事務所や職員の休憩室、トイレ等も清潔で機材や書類も整頓もしています。利用者には1日に3回お絞りが提供されています。しかし食器棚内の食器の定期的な洗浄は行っていません。			

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. 緊急時の連絡網は年に1回確認・見直しがされています。職員を対象に2010年4月に消防避難訓練が実施され、AEDの訓練は現在計画をしています。しかし地域との連携マニュアルや訓練は行っていません。 29. ヒヤリハット報告書を作成し、事例の分析・原因の特定がされています。スタッフ会議で是正策が検討され、再発の防止に努めています。		

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. 利用者を尊重したサービス提供を運営方針に掲げ、毎日のミーティングで職員の行動等を確認しています。接遇については、事業所全体で力を入れて取り組んでいます。 31. 職員はプライバシー保護への意識を持って、業務にあたっています。棚やカーテンを活用することで、プライバシーに配慮したフロア作りが進められています。利用者が休憩できるよう、フロアには横になるスペースが多くつくられています。 32. 利用者の受け入れには、明確な基準を設けていますが、現在のところ、利用を断ることはありません。			
(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。	B	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てている。	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)		33. 年に1度満足度調査、送迎時の家族とのコミュニケーション、連絡帳等により、利用者・家族の要望等を聞き出すように努めています。 34. 受け付けた苦情等については速やかな対応を心掛けるとともに、苦情処理受付票に記載していますが、分析や検証が十分に出来ているとはいえません。また、改善状況についての公開もなされていません。 35. 公的な相談窓口等は重要事項説明書に明記されています。介護相談員や市民オンブズマンの受け入れは行っていません。			
(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てている。	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)		36. 年1回行う満足度調査の結果は表にまとめられ、スタッフ会議で検討し、課題を共有しています。 37. 法人内の事業所や、地域の事業所と情報交換をしながら、自らの事業所のサービスの質の向上に努めています。 38. 法人の内部監査委員会による内部監査を年1回実施しています。第三者評価は2007年に受診しており、その結果を事業所入口に掲示しています。			