

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 2 月 20 日

平成 21 年 1 月 5 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洛和会 洛和デイセンター音羽の里につきましては、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(※)	<p>(通番2) 組織体制 ISOを取得したことからも伺える通り、組織が体系的に整っています。法人の決定は理事会で行われ、各事業所まで指示が徹底される仕組みができています。</p> <p>(通番8) 質の高い人材の確保 必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方や、人事管理に関する方針が明確にされており、採用に関して一元的に行う担当部署が設けられています。また、スタッフの資格取得を支援するために模擬試験を希望者に実施する等、人材育成にも努めています。</p> <p>(通番22) 業務マニュアルの作成 毎年各マニュアルの検討が行われ、適時改正が図られています。またマニュアルに応じた内容の研修が計画的に行われ、職員の知識や技能の向上を積極的に進めています。</p>
-----------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番10) 実習の受け入れ 実習指導者に対する研修が行われていませんでした。マニュアルの内容を確認し、指導方法の統一を図るためにも研修の実施を望みます。</p> <p>(通番12) ストレス管理 スタッフが休憩をするための場所が、十分確保されていません。利用者の視線を気にせず、休憩が取れる場所を確保するよう努めていただきたいと思います。</p> <p>(通番13) 地域への情報公開 地域の方が事業所の基本情報を入手しやすいよう、機関紙等へ事業所のサービス時間や利用料等の基本情報を掲載し、開示されるよう望みます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番10) 実習の受け入れ 実習指導者はサービス事業所の管理者がされるとの事なので、管理者が集まれる各種会議において、マニュアルの内容を確認し、指導方法の標準化を進める時間を設けてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番12) ストレス管理 屋内に余分なスペースが無いことから、休憩で使用できる場所を確保するのは難しい状況ですが、送迎車等の車中や脱衣室に折りたたみのリクライニングチェアを置く等、スタッフと一緒に検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番16) 内容・料金の明示と説明 重要事項説明書が用意され契約時に利用者へ説明を行っていらっしゃると思いますが、キャンセル料についての表記がありませんでした。いかなる場合もキャンセル料は取らないということであれば、その旨記載されたほうが、サービス事業所の長所としてアピールできるのではないかと思います。</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	2674100488
事業所名	洛和デイセンター音羽の里
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	平成22年2月11日
評価機関名	特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会

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)		法人理念として「1、顧客第一に、質の高い医療と介護を提供します。2、すべてのサービスに、誇りと責任を持ちます。3、経営基盤を確立し、個人と組織の向上を目指します。」を掲げています。スタッフの名札の裏に理念カードを入れ、いつでも確認出来るよう携行させています。また、組織の意思決定は理事会で図られ、決定事項は本部通達としてサービス事業所に伝達されています。運営規程には、各業務毎に職務権限が定められ、明確化されています。			
(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)		毎年、年度計画に当たるアクションプランが策定され、4月と10月の年2回、達成状況の確認が行われています。また、法人内には業績検討委員会や各業務委員会が設置されています。毎月開催されるサービス事業所の全体ミーティングでは、業務上の問題対策や各担当者の作業進捗状況等を報告しています。法人全体ではISO力量評価制度を取り入れ、3ヶ月毎に各事業の現状把握を図っています。			
(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)		毎年、集団指導には管理者が参加しています。法令遵守を徹底するため、法律の改正点等を掲示し、スタッフへの周知徹底を図っています。また、法人本部役員が年2回、サービス事業所との意見交換を実施しています。管理者は法人から貸与されたPHS(携帯電話)を携行し、いつでも連絡が取れる体制を講じています。			

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	B
		(評価機関コメント)		法人の採用基準が設けられ、サービス事業所の希望条件に応じ、本部の一元管理の下、計画的な採用が図られるよう努めています。また法人内に品質管理課が設けられ、内部研修が計画、実施されています。品質管理課ではスタッフの介護支援専門員や介護福祉士資格取得のための支援も行っていきます。管理者が了解の下、スタッフが外部研修に参加する際は、業務扱いにする仕組みも用意されています。実習生の受け入れについては、実習生指導マニュアルに基づき実施されていますが、実習指導者に対する研修実施は今後の課題となっています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		インターネットを利用した勤怠管理が行われており、サービス事業所の就業状況は本部で管理できるようになっています。管理者は日頃からスタッフとのコミュニケーションに気を配っておりますが、年2回、個人面談の機会を設け、業務上の悩みや進路についての把握に努めています。また、ストレス解消の仕組みとして職員親睦会(むつみ会)によるポーリング大会等の開催や、スタッフの希望に応じ、カウンセリングを受けられる仕組み(EAPシステム)があります。スタッフには福利厚生ガイドブックが配布され、法人が契約するレジャー施設等が安価に利用できます。		
		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。	B	B
		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)		法人の機関紙『おとまる』を地域に配布すると共に、年1回地域住民を対象に市民フォーラムを開催(2008年は東部文化会館で認知症をテーマに開催)しています。また、事業所ではもちつき大会が行われています。今後の課題として、事業所の基本情報等を機関紙に掲載する等、地域への情報開示が期待されます。		

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
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)		法人のホームページが開設されています。利用希望者への見学には気軽に応じており、利用日については、利用者の希望を優先し決定されています。		
(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)		重要事項説明書に基本的な料金が記載されています。利用者本人の判断能力に支障がある場合は、後見人等と契約を結ばれています。		

(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。	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。	A	A	
(評価機関コメント)		初回や更新時の他、状況の変化に応じてアセスメントが行われています。アセスメントシートは利用者や家族の意向が反映されるものになっています。サービス担当者会議や退院前カンファレンス、主治医の意見書等、情報の共有や収集に努められています。ケアマネジャーが作成した介護計画と事業所が行ったアセスメントやカンファレンスの結果に基づき個別援助計画が作成されています。評価は3ヶ月毎に行われ、必要に応じて個別援助計画が見直されています。			
(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)		法人の母体である音羽病院に隣接していることから、緊急時には即応出来る体制が組まれています。病院が隣接していることは、利用者やその家族の安心に繋がっています。			
(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	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)		法人独自の業務マニュアルが準備され、毎年見直しの検討が行われています。スタッフには作業手順書が配布されると共に、品質管理課等による介護技術の指導が行われています。利用者の記録書類等は5年間法人内で保管され、利用者から希望があった場合は開示しています。法人は秘密保持契約をスタッフと交わし、情報の漏洩を防止するよう努めています。また、個人情報保護については、内部研修を通じ、周知徹底を図っています。利用者の状況については、毎月の全体ミーティング等を通じ、情報の共有が図られています。利用者の家族へは、連絡帳を通じ利用者の状況を報告しています。			
(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	A	
(評価機関コメント)		感染予防マニュアルが用意され、感染症やその対応についての内部研修が行われています。事業所には感染予防具として、マスクが常備されています。事業所内はスタッフによる清掃が行われ、衛生的に保たれています。			
(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	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)		緊急時事故発生マニュアルが作成され、計画的に研修が行われています。フローチャートが事業所内に掲示しており、緊急時の指揮・命令系統が明らかにされています。事故については、法人が定めた基準に応じ、ヒヤリハット報告書、不適合報告書、重大事故報告に分類され、経過や対応内容が記録されています。また再発防止のため、是正処置報告や予防処置報告書が作成されています。			

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
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)		年2回、ISO満足度調査を全利用者を対象に実施しています。プライバシーへの配慮の重要性への理解は、スタッフの採用時研修や内部研修で行われています。		
(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	A
		(評価機関コメント)		相談苦情マニュアルが用意され、適切に対応できるよう努めています。事業所内には、意見箱が設置されています。今後の課題として、苦情等についての改善状況を個人情報に配慮しながら公開する仕組みが望まれます。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		毎月、業務委員会が開催され、そこでの検討内容を研修計画に反映する仕組みがあります。毎年、ISO内部監査が実施され、業務課題の検討を行うことでサービスの質の向上に努めています。		