

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 3 月 13 日

平成 23 年 10 月 10 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テイ医院テイ・デイケア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

<p>良かった点とその理由(※)</p>	<p>○利用者への関わり 理念、運営方針、職員心得などにも示されている「利用者中心」の関わりを事業所職員全体で共有しており、利用者の体調や気持ちに応じた関わりをしています。</p> <p>○個別援助計画 個別援助におけるアセスメント、計画立案、モニタリングは記録の方法等の工夫をし、分かりやすい様式を作成するとともに、頻繁に状況の確認を行っています。また、医師や理学療法士等とも密に連携をとっており、利用者の状態に合わせた援助を実施しています。</p> <p>○研修の実施 外部研修への参加を促すとともに、内部研修は年間の計画を策定した上で実施しています。職員一人ひとりの研修計画も策定しており、目標をもって研修受講をしていく仕組みが構築されています。</p> <p>○利用者からの要望への対応 利用者からの要望は、アンケートや面接からだけでなく、日常の関わりの中で積極的に汲み取っていかうとしています。職員は日々の関わりの中で気づいたことや利用者からの要望をメモにとることが習慣づけられており、その日の終礼等で対応等について検討されています。また、利用者からの要望については「デイケア便り」で、その対応とともに公表をしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○中長期計画 年度計画、部門ごとの計画については職員の意見も聞き取りながら、細かく定められていますが、中長期の計画については、「目標」と言えるものはありますが、「計画」と言えるものではありませんでした。</p>

	<p>○外部カウンセラー等の確保 事業所内部における相談体制は確立していますが、カウンセラー等の外部の対人援助専門職の確保はなされていません。</p> <p>○検討したことの記録 会議等の議事録については作成されていましたが、検討したことが記録として残っていないものがありました。</p>
具体的なアドバイス	<p>本事業所は銀閣寺に程近い、住宅地の中にあります。1階に診療所、地下に療法室があり、デイケアセンターは2階にあります。</p> <p>大きな事業所ではないため、ハード面では多少不利と思われる部分もあるのですが、職員の工夫や努力によって、その点をカバーされています。清掃を始め、事業所内の多くのことを職員自らが行き、清潔で暖かな雰囲気を作り出しています。</p> <p>調査時に感心させられたことは、職員の利用者への関わりが非常に丁寧であるということです。声の掛け方、さりげないサポート等、職員は常に利用者の様子を観察し、行動していることが分かりました。全体的に認知度が高い中において、利用者の表情が非常に穏やかであり、且つ集団活動の際には非常に活発であるのは、職員の関わり方によるものだと感じました。</p> <p>温もりのある事業所として、今後更により良いサービスを行っていくことができるように、下記のことをアドバイスします。</p> <p>○中長期計画について 中長期の「目標」は立てられていますので、それを具体的な「計画」となるようにしていただければと思います。介護保険制度の改正を始め、関係する多くの制度が変化をしていく中で「計画」を立てることは難しい部分もありますが、事業所がこれから進もうとしている方向を職員と共有することで、これまで以上に事業所・職員が一体となってサービス提供に取り組むことができると考えていますので、事業所全体での中長期計画の策定をご検討ください。</p> <p>○外部カウンセラー等の確保 仕事や人間関係が上手くいっている時は、職員は気持ち良く働くことできるのですが、それが少し崩れてしまった時には、それを内部で解決することが困難な場合があります。特に小規模の事業所の場合、大規模な事業所より人間関係が密となる傾向にあることから、より解決が難しいこととなります。そのような場合に備えて職員が事業所外で相談のできる機会を確保しておくことは重要だと考えます。カウンセラー等を確保し、職員に周知していただければと考えます。</p>

	<p>○検討したことの記録について</p> <p>職員間では日常的に話し合いや情報交換が行われ、課題等について検討されていますので、それを記録に残すようにしてはいかがでしょうか。もちろん検討した「結果」は重要なのですが、時には様々な意見が出された検討の「過程」に意味がある場合もあります。</p> <p>詳細なものは必要ではないと考えますが、どのような意見が出され、どのように検討がされたかについて記録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	2610605491
事業所名	医療法人社団テイ医院 テイ・デイケアセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護予防通所リハビリテーション、訪問介護、 介護予防訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成24年2月23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. 理念・運営方針はデイケアの入り口掲示にしてあり、ホームページやパンフレット、「デイケア便り」等にも掲載しています。また、毎年4月の研修で取り上げ、職員に周知しています。 2. 組織図があり、職務権限は定まっています。年2回の全体会議をはじめ、常に職員の意見を聞くようにしています。			
(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	B	
	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. 年度計画は職員の意見を汲み取りながら作成しています。中長期については目標を立てていることは確認できましたが、「計画」という形にまでは至っていません。 4. 各業務レベルの課題は詳細に作成されています。全体会議で達成状況の見直しを図っています。			
(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)		5. 事業方針の中に法令順守への取組みが明記されており、事業所全体で取り組んでいます。 6. 管理者はリーダーシップを発揮し、事業の運営に取り組んでいます。毎年2回の個別面談を実施し、職員の意見・要望等を聞きとっています。 7. 具体的な緊急時のマニュアル、連絡網が整備されています。また休日でも連絡が取れるように「デイケア便り」に携帯電話番号を記載しています。			

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
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。	B	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)		8. 人事体系、採用基準があります。職員の資格取得支援として、介護福祉士資格取得のための勉強会の開催、優先的に有給休暇の取得ができるようにしています。 9. 月1回の定期的な研修を開催しています。研修は1年間の計画を立てて実施しており、個人別の研修計画書もあります。新人研修も定めており、介護を行う姿勢やマナーについての研修等を実施している。 10. 実習受け入れマニュアルを作成しています。これまでは介護福祉士の実習を受け入れていましたが、学校の都合などで今年度の受け入れはありませんでした。職場トライアルの受け入れをしています。		
(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. 実際に取得しているケースはありませんでしたが、就業規則に育児休暇・介護休暇について記載されています。体調不良時等の場合には、すぐに変えることができる体制を整えています。有給休暇は消化しきれていない職員はいますが、不満とはなっていません。 12. 事業所は広いとは言えませんが、休憩場所はしっかりと確保されています。また、福利厚生制度はありませんが、職員が利用できる施設があり、親睦を深める企画も開催されています。外部のカウンセラー等、対人援助の専門職は確保できていません。		
(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などで情報を開示するとともに、年に1回、学区社協の研修を事業所で開催しています。 14. 上記の研修では企画・講師を事業所側が担い、地区の実情にあった研修を行うようになっています。左京区事業者連絡協議会通所部会や学区での勉強会に参加する等、地域福祉の向上に努めています。		

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
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. ホームページ、パンフレット等で情報を提供するとともに、利用希望者への案内は分かりやすい資料を作っています。見学への対応も適切に行っています。		

(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. 利用者への説明にあたっては、必要であれば家族やケアマネジャーに同席してもらい、その上で契約を行っています。成年後見人との利用契約もあります。			
(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)	17. アセスメントは医師等の専門家の意見を反映しながら、丁寧に行っています。また、3カ月ごとの定期的な実施も行っています。 18. 利用者、家族の希望を聞き取り、個別援助計画の策定に努めています。 19. 見直しの際にも医師や理学療法士等、専門家の意見を聞いており、個別援助計画に反映しています。 20. 1カ月ごとにまとめをした上で、3カ月に1回の見直しを行っています。変化したことが確実に反映できるようにしています。			
(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. 主治医、理学療法士、地域包括支援センター等の専門職・関係機関との連携は密に行い、十分な利用者の支援が出来るように努めています。			
(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)	22. 業務マニュアルは毎年3月に見直しを行っています。食事の好みやアレルギー対応についてもマニュアル化しています。 23. 記録は 鍵が掛かる棚に保管されています。保管、廃棄、開示等の規則は定められています。 24. 職員間の情報共有は終礼や職員連絡ノートで行われています。終礼では時間を掛けて利用者の状況の情報交換等を行い、職員連絡ノートには必要な事項を分かりやすく記しています。 25. 送迎時の連絡やノート等で家族との情報交換を行っています。独居の方については、状況に応じて対応しており、必要な場合は親族に連絡することもあります。			
(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)	26. 感染症マニュアルを作成し、定期的に見直しています。毎月1日にマスクデイを設けており、スタッフ全員がマスクをして、利用者や家族への感染症に対する注意喚起をしています。感染症の方の受け入れについては、マニュアルを整備し、対応しています。 27. 清掃等はスタッフ自身が行っています。消臭スプレーの使用と十分な換気を行うことで臭気対策をしています。土曜日は備品を点検する日となっています。			

(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)		28. 事故発生時・緊急時の対応マニュアルを作成するとともに、「テイ医院消防計画」を策定しています。マニュアルは地域の実情に合わせたものになっています。 29. 事故報告書は職員で話し合った結果を記入するようにしています。必要に応じて個々の利用者への対応の見直しを行っています。		

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

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. マニュアルを作成すると共に、虐待を含む権利擁護の研修を定期的に行い、人権の尊重に努めています。 31. 職員心得にプライバシー保護を掲げ、職員に意識付けを行っています。日々のサービス提供場面で気づいたことは、すぐに直すようにしています。 32. ハード面の問題等で利用希望者の望みがかなえられない場合は、ケアマネジャーを通じて他事業所を紹介するようにしています。		
(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。	A	A
第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口で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	A
(評価機関コメント)		33. 職員は常に気付いたことをすぐにメモにとるようにしており、その気づきは全員で共有をし、その後のサービス提供に活かすようにしています。利用者アンケートは年1回実施しており、個別相談会を半年に1回開催しています。 34. 利用者からの要望については、その回答を「デイケア便り」に掲載をし、利用者本人、家族等にも紹介しています。 35. 重要事項説明書等に公的機関等の窓口・連絡先を記載しています。また、事業所関係者以外の第三者の相談窓口も設置しています。		
(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)		36. 利用者満足度調査の分析を行い、全体会議等で検討を行い、サービスの向上に繋がっています。 37. 検討委員会等は設置していませんが、月2回の居宅事業部の会議においてサービス内容等についての検討を行っています。 38. 毎年1回自己評価を行い、サービスの改善に活かしています。第三者評価については、併設サービスとともに定期的に受診しています。		