

アドバイス・レポート

平成26年3月25日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成25年10月25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）様につきましては、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 (※)	1) 地域との交流 年2回の機関誌発行やホームページ等を活用しながら地域への情報開示が行われています。機関誌には、利用者の体験記やデイサービスでの活動内容を掲載し、地域の方により身近に感じて頂けるような工夫がされています。また地域包括支援センターと共同し「紫竹・大宮健康祭り」を開催されています。認知症サポーター養成研修や地域住民も参加される圏域事業所交流会の運営をされ、地域の意見を聞き、地域との関わりを大切にされているように感じました。 2) 組織の運営管理体制 法人全体で事業を組織的に運営・管理されており、常にレベルアップするために質の向上を目指されています。他事業所間での情報共有や交流を随時行われており、事業所の透明化を図ると共に目指すべき方向性をしっかり見つめられています。職員ひとり一人が熱意を持ち、様々な事例を他事業所と連携を図りながら質の高いケアを目指されています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1) 意見要望苦情の受付と対応 日頃の利用者・家族等からの苦情を受け付けた際には、申し送りやミーティングを活用し、また毎年行われている満足度調査の内容分析・検証についてはデイ会議において速やかに報告され、出来る限り迅速に対応・改善されていることが窺えました。しかし、利用者個々の「やりたいこと。できること」へのアプローチが少なく、レクリエーション等も画一的なものになっており、個別への対応がなされていませんでした。 2) 継続的な研修 全国大会への職員派遣や認知症実践者研修・リーダー研修の受講等研修参加への事業所の取り組みは注目すべき点ではありますが、職員全体としての広がりや、計画性が弱いと感じました。また、個々の職員の能力に合わせた研修参加についても、計画的に行われている状況ではありませんでした。
具体的なアドバイス	1) 利用者本位のサービスの提供 利用者からの何気ない一言や態度からもケアを考えるきっかけとなることもあります。日々の小さな心の声に耳を傾けられる環境づくりを構築されることや、日頃のケアを振り返り・評価する仕組みを構築されることが求められると思います。利用者・家族との定期的な懇親会やサービス内容に関わるご意向調査等を実施され、常にケアの見直しがなされることで、より質の高いケアの向上に繋がると思います。 2) 継続的な研修 法人内の「教育研修委員会」において、詳細な研修が計画されています。事業所内では、認知症実践者研修やリーダー研修等、認知症ケアに力を入れ外部研修に参加されていることが窺えました。しかし、外部研修や個々の職員の能力に応じた研修参加については計画性がなく偏りがあると感じました。職員全員が外部研修等に参加され、新しい知識の習得や、研修に参加した職員からの伝達研修等を行うことで、お互いのレベルアップに繋がると思います。

※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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成26年1月17日
評価機関名	一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会

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）及び事業所の職員全員が、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)		全日本民主医療機関連合会の民医連綱領を法人理念に掲げ、分かりやすい状態で明示されるとともに、職員に周知されていました。また、法人組織のバックアップのもと職員の意見を反映しながら組織の意志決定をされています。			
(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)		当面の課題が事業所の移転ということでしたが、毎月のスタッフ会議や系列事業を含めた事業所会議等で、計画や課題の達成について分析評価、検討が行われています。			
(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。		B	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、いつでも職員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)		昨年9月の特別警報が発令された日の対応状況からリーダーシップの在り方や発揮について確認致しましたが、役割や責任を果たしながら運営にあたられていることが窺えました。しかし、チームリーダーへの業務集中が気になりました。			

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		法人内の研修計画に基づき、理念や方針、専門的技術研修が実施されています。介護支援専門員受講資格のための費用援助や認知症介護実践リーダー研修の受講等の機会も設けられています。職員全体としての研修計画が弱く感じましたので、参加できる環境を工夫されてはいかがでしょうか。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員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。	A	A
		(評価機関コメント)		職員をサポートするため、相談ができるような専門職と法人との間で契約がなされています。		
(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	A
		(評価機関コメント)		地域包括支援センターと連携して、認知症サポーター養成講座等の住民向けの研修の実施や、地域の事業所交流に取り組まれています。		

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）		事業所情報は、ホームページ、機関誌「むつみ」にて発信されています。見学も随時対応されています。希望された方については、お試し利用をして頂いたり工夫されていました。見学記録・相談記録については、管理日誌に記載されています。		
(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、デイサービス利用のしおりが整備されています。判断能力に支障がある利用者に関しては、地域包括支援センターと連携を図りながら対応されていることが確認できました。		

(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	A
(評価機関コメント)		本人・家族の意向について連絡ノートや送迎時に得た情報を会議で検討し、個別援助計画書を作成されています。また、退院時にはカンファレンスに参加し主治医・看護師等より情報を得て個別援助計画書に反映されていました。モニタリングは、通常6ヶ月毎に定期的実施されており、見直し・修正がなされています。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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)		サービス担当者会議に参加し、主治医の意見を確認されています。また、利用者の緊急時には、早急に家族・介護支援専門員への報告をされています。		

(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、職員に活用されている。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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		業務マニュアルは、1年に1回見直しをされています。満足度調査から見直されたマニュアルも確認しました。マニュアルは整備されていますが、1項目を1つの袋で重ねて閉じてあり職員が閲覧しにくい状態でした。記録の保管に関しては、文書管理マニュアルが作成されていました。家族との情報交換は、送迎時や連絡ノートを活用されていました。		

(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、職員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)		法人全体の「教育委員会」による、ノロウイルス、インフルエンザ感染予防学習会に参加されています。感染症の対策及び予防に関するマニュアルも確認致しました。看護師が中心となり職員全員に会議を通じて周知されていました。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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
災害発生時の対応	30	災害発生時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
(評価機関コメント)		事故発生時・緊急時対応マニュアルは、1年に1回見直されています。事故発生時には、デイ会議にて振り返りを行い、改善策の妥当性の確認をされています。事故報告書・ヒヤリハット報告書を作成し、朝礼・ミーティングなどで注意喚起されています。災害発生時の対応を意識した、地域との連携を図った訓練は実施されていませんでした。		

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	31	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	32	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	33	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)		法人教育委員会において、接遇・尊厳・虐待研修が行われています。事業所では、利用者・家族からのご意見等で接遇についての指摘があれば、デイ会議において振り返り検討を行い改善に努められています。			
	(2) 意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	34	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	B	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	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)		利用者・家族の意向は送迎時や連絡ノートで確認をされ、要望を聞き出す努力をされています。苦情を受けた際には、苦情処理受付票を記載し、毎日の申し送りやミーティングで報告を行われています。また、分析・検証し部会にて報告されていますが、改善策については記録にとどまり館内への掲示等はされていませんでした。			
	(3) 質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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職員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	39	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)		満足度調査の結果をまとめ、ご意見に対しデイ会議で検討され業務改善につながるよう工夫をされています。また、法人内の他事業所と意見交換やお互いの部署の業務を確認できる仕組みがあり、随時見直しができる環境にありました。3年に1回第三者評価受診をされており、前回の結果を掲示されていました。			