

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 3 月 11 日

平成 24 年 6 月 18 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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>○ 組織体制と事業計画の策定 (通番 2・3・4)</p> <p>「ISO9001」の取得により組織全体の運営システムが整っています。また、理事会による決定事項は、本部通達として各事業所まで周知、徹底される仕組みが出来ています。「キャリアパス制度の力量評価」、「事業所評価」等を通じて、各事業所の課題の設定、検討も定期的に行われています。具体的には、3年以内に関西一の法人を目指す「関西NO1シート」の作成など、サービスの質の向上に向けて意欲的に取り組んでいます。職員のヒアリングからも、スタッフの意見を聞く機会を設け、事業所の運営に活かしていることが窺えました。</p> <p>○ 人材の育成と継続的な研修、ストレス管理 (通番 8・9・12)</p> <p>質の高い人材の確保・育成に関して組織的な方針が明確にされており、担当部署で一元的に管理されています。職種、経験年数別のキャリアパス(研修体制)が整い、資格取得への支援体制が準備されています。また、職員のストレス解消に向けたカウンセリング体制(EPAシステム)や相談室が設置され、各種の福利厚生制度を整えるなど、職員の労働環境に配慮した運営がなされています。</p> <p>○ 個別状況に応じた計画策定 (通番 17・18・20)</p> <p>利用開始時の初期アセスメント→個別援助計画の策定→サービスの実施→定期的なモニタリング(計画の見直し)→再アセスメントの一連のプランの流れが、個別性に配慮しながら分かりやすくまとめられていました。他職種連携による意見の反映や家族とのやり取りなど詳細に記録され、チームケアのため情報共有し易いかたちで整理されていました。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由（※）</p>	<p>○ 管理者等のリーダーシップの発揮（通番 6）</p> <p>管理者は、毎月の全体ミーティングでの意見収集や、年2回の自己申告面談の機会確保、また、現場で職員に対する言葉遣いへの助言を随時行っています。その行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握するための方法が見受けられませんでした。</p> <p>○ 事故・緊急時等の対応（通番 2 8）</p> <p>事故・緊急時の対応マニュアルを定め、必要な研修・訓練等も実施されています。地域との連携を意識した防災訓練等が行われていませんでした。</p> <p>○ 地域への情報公開等（通番 1 3 ・ 3 4）</p> <p>事業所の基本情報等や独自で取り組んでいるイベントを地域住民に開示する仕組みが見受けられませんでした。また、「ISO満足度調査」の結果、改善状況も地域に公開されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○ 管理者の様々な行動が、職員から信頼を得ているかどうかを把握するために、匿名性に配慮した「職員アンケート」を取られてはいかがでしょうか。</p> <p>○ 防火訓練のみならず、天災も想定した防災避難訓練を地域住民と共に取り組まれることをお奨めします。ひいては、その防災訓練を継続することで地域との防災協定等が締結できればと期待します。</p> <p>○ 年2回の満足度調査を行い、課題を見つけ改善に向けて取り組んでいる事を、利用者・家族だけでなく広く地域の住民に匿名性に配慮した形で、回覧版等を利用し公開されることをお奨めします。組織としての透明性を図ることで、更なる地域に認められた介護事業所になると思われます。</p> <p>○ 現在、デイサービス独自の家族会は行っていないとのことでしたが、「男性介護者の集い」や「昼食試食会」などテーマを絞った家族会を開催されてはいかがでしょうか。介護者の悩みや意向を直接聞き取ることで、ケアの質の向上に結び付くと考えます。</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	医療法人洛和会 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25年2月21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)			(1) 法人理念として「顧客第一に、質の高い医療介護を提供します」、「全てのサービスに、誇りと責任を持ちます」、「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。朝礼時の唱和だけでなく、職員の名札の裏に「理念カード」を入れ、いつでも確認できるよう携行しています。法人の理念や運営方針を、契約時に丁寧に利用者や家族に説明しています。 (2) 「ISO9001」に基づく組織体制が整っています。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各事業所に伝達されています。職員の意見を現場→管理者→エリア統括へと反映される仕組みがうまく機能していることが、職員ヒアリングからも窺えました。「業務委員会事業所評価リスト」による相互評価を行い、組織の意思決定プロセスの透明性の確保を図っています。		
(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) ISO(品質マネジメントシステム)を取得し、そのチェック項目を定期的に管理することで「サービスの質の向上」を図る仕組みづくりを行っています。そのシステムを基にISO力量評価制度を活用しながら、課題分析を行い、各事業の現状把握に努めています。 (4) 各部門統括による「アクションプラン」「研修計画」「ISO品質目標」などが年1回作成され、課題を設定しその達成に取り組んでいます。「キャリアパス制度」の力量評価・事業所評価(関西NO1シート)などを作成、その達成状況を検討する機会を設けています。また、月1回の全体ミーティングにおいて各担当が業務の進捗状況を報告し、課題等の検討を行っています。		
(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)	<p>(5) 法人全体で法令遵守の取り組みを行っています。各種法令等も明文化しています。集団指導や研修での内容の周知・徹底を図っていることが研修報告書から確認できました。</p> <p>(6) 月に1回行われる所長会議や業績検討会議、事業所内での全体ミーティングを通じて運営管理者の役割や責任を表明しています。年2回、自己申告面談の機会を設け、職員からの意見を拾い上げていますが、管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握した記録や具体的見直し方法は確認できませんでした。</p> <p>(7) ISOシステム管理表に基づき、事業状況の把握やスタッフへの具体的指示が行える体制(業務用PHSの携行)がとれています。また、サービスの質の向上に向けた「気付いて良かったシート(ヒヤリハット)」の作成や、写真を入れ分かりやすく工夫した「救急時安心マニュアル」「緊急時対応マニュアル」等を整え、運営管理者がトラブルなどを把握し、具体的かつ確かな指示が出せるシステムが機能していることが見てとれました。</p>
--	------------	--

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)		<p>(8) 人材確保や採用については、法人本部による一括管理となっています。介護支援専門員や介護福祉士資格取得のための受験対策講座を法人独自で開催し、資格取得への支援を積極的に行っています。</p> <p>(9) 常勤、非常勤職員ごとの年間研修計画を策定し、キャリアパス制度に沿った研修や必要な技能・知識を身につけるシステムが整っています。職員が外部研修に参加する際は、業務扱いで参加できる仕組みも用意されています。</p> <p>(10) 実習生の受け入れについては、「実習生指導マニュアル」に基づき実施しています。実習指導者研修も行われ、キャリアパス中級受講→指導者というステップアップの道筋も用意されています。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>(11) インターネットを活用した勤怠管理が取り入れられています。「勤務月報」により一元管理のもと、職員の就業状況や意向に配慮しています。施設環境の制約から休憩場所の確保が難しいなか、スタッフ同士で工夫することで休憩場所をつくるなど、労働環境に配慮した職場であることが職員ヒアリングからも聞き取れました。</p> <p>(12) 福利厚生制度の充実にも力を入れています。年2回、個人面談の機会を設け、職員の悩みや相談に応じています。職員親睦会(むつみ会)やスポーツクラブ(リロクラブ)等の開催、希望によりカウンセリングが受けられる仕組み(EAPシステム)や相談室が設置されており、職員のストレス管理に対応する仕組みが整っています。</p>		

(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。	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)		<p>(13) 法人の機関誌「おとまるくん」を利用者と地域に配布しています。法人のホームページを活用し運営方針などを広報していますが、事業所の基本情報や独自のイベント等の情報を地域住民に開示する取組みが確認できませんでした。</p> <p>(14) 年1回、法人全体で行われる「メディカルフェスティバル」にて、相談窓口(サービスセンター)を設け、介護相談を受けています。また、地域住民を対象とした「認知症を考える会」や「洛和健康講座」などを年1回開催し、事業所の有する機能を地域に還元しています。</p>		

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) パンフレットやホームページにおいて事業所の情報を適切に提供しています。パンフレットでは、サービス選択において必要な情報を写真等を使い、分かり易くまとめています。相談記録や経過記録から、問い合わせや見学にも適宜対応していることが確認できました。			
(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) 利用契約書と重要事項説明書を基に、事業所の内容やサービスの内容について説明し、理解と同意を得ています。アンケートの結果からも概ねきちんと説明されていることが確認できました。高齢者の権利擁護については、過去、後見制度利用者が2名おり、必要時に適切に権利擁護に繋げている事が確認できました。また、法人内研修で理解を深め、成年後見制度等の活用を推進しています。			
(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) ケース記録から、初回や更新時、状態の変化に応じてアセスメントが適切に行われていることが確認できました。アセスメントシートは利用者や家族の意向が反映されたものになっています。 (18) 個別援助計画の策定にあたっては、家族及び利用者本人の希望を尊重していることが記録からも確認できました。サービス担当者会議には利用者本人が可能な限り参加できるよう工夫されています。 (19) 個別援助計画の策定に、主治医の意見書、サービス担当者会議や退院前カンファレンスの情報・意見等が反映されていることが確認できました。 (20) 個別援助計画は管理表等を用いながら、3か月ごとに評価され、必要に応じて見直しを行っていることが記録より確認できました。			
(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) 隣接している音羽病院との連携が密に図られ、緊急時には即応できる体制が準備されています。また法人内の他デイサービスセンター2事業所と連携して「これからのデイサービスを考える」とのテーマで業務改善に取り組むなど、連携づくりに努めています。			
(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)		<p>(22) 法人独自の業務マニュアルが整備され、職員の意見も踏まえながら、毎年見直しの検討が行われています。「気付いて良かったシート(ヒヤリハット)」や「質の改善シート(軽微な事故報告)」を活用しながら事故防止や安全確保という視点がしっかりと取り入れられています。</p> <p>(23) 利用者の状況やサービスの提供状況については、ケースファイルに適切に記録されています。記録等については、施設装置のある棚に保管し、適切に管理しています。保存、持ち出し、廃棄、情報開示等に関する規程も定めています。個人情報保護に関する研修も実施し、その保護に努めています。</p> <p>(24) カンファレンスを定期的実施するとともに、「ミーティングノート」や経過記録を使い情報交換を行うことで、情報の共有を図っています。</p> <p>(25) 連絡帳を活用しながら、利用者家族との情報交換を図っています。定期的な担当者会議、送迎時、計画書再交付時などに家族との面談機会を確保するなど、連携が取りやすい工夫を行っています。</p>		
(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)		<p>(26) 感染症についてのマニュアルを整備し、職員に対しても研修を実施しています。「インフルエンザ対応マニュアル」の作成など、具体的な対応方法を定めています。感染予防具セットの常備など予防への取り組みも進めています。</p> <p>(27) 施設内の衛生管理は外部委託はせず、利用者を送り出した後、毎日職員による清掃を行っています。事業所内は清潔に保たれています。備品や必要な衛生材料等についても適切に管理されていました。</p>		
(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)		<p>(28) 事故や緊急時、災害時の対応マニュアルを作成し研修や訓練も実施しています。地域と共同の防災訓練の実施や防災協定等の締結が望まれます。</p> <p>(29) 「不適合報告書」、「チャンスレポート」、「気付いて良かったシート(ヒヤリハット報告書)」や「質の向上に向けた検討シート(軽微な事故報告書)」など様々な報告検討書式を作成し、事故の再発防止のため組織的に検討しています。ISOシステムによるチェックも実施しています。</p>		

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)		<p>(30) 利用者の人権尊重や尊厳保持が運営理念に盛り込まれ、その視点をふまえた研修や勉強会も実施しています。2～3種類からのレク選択や週単位の選択食など、サービス提供においても利用者の自己決定を尊重しています。</p> <p>(31) プライバシー保護に関する研修を、採用時研修や内部研修(平成24年12月実施)をもとに行っています。過去、若年性認知症の利用者へのプライバシー保護について、より配慮した経験があるとのことでした。</p> <p>(32) 利用申し込みの希望に対して、安定したサービス提供が困難な場合(時間帯・送迎区域など)を除いては受け入れています。対応が困難なケースは法人内の関連施設と連携を図り、対応しています。</p>		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>(33) 「ISO満足度調査」を年2回(6月・12月)行い、利用者の意向や意見を集約することに努めています。意見・要望・苦情などの収集結果と対応に関しては、文書で利用者、家族に報告しています。</p> <p>(34) 意見・要望・苦情には迅速に対応されていることが、各書面やヒアリングから確認できました。意見・要望・苦情を個人情報に配慮しながら広く地域へ公開していくことが望まれます。</p> <p>(35) 対応窓口や方法については、重要事項説明書等において明記し周知を図っています。第三者機関の相談窓口についても、重要事項等で周知しています。</p>		
(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)		<p>(36) 年2回、満足度調査を実施し、法人全体の会議で報告、検討することで質の向上に繋がっています。今回の第三者評価利用者アンケートにおいても、概ね利用者からの満足する評価を得ています。</p> <p>(37) 毎月各業務委員会が開催され、検討内容を現場の伝達会議で周知しています。内部監査システムを整備しており、サービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいることが窺えました。</p> <p>(38) 第三者評価やISO内部監査などを通じて、第三者の評価を定期的に受けています。評価結果を踏まえた課題の設定もなされています。今後も継続的に取り組まれることを期待します。</p>		