

アドバイス・レポート

平成27年4月15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27年2月19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鴨葵会市田医院（市田医院デイケア）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><管理者等による状況把握> 職員が施設並びに経営責任者に連絡する際、事業所負担となる仕組みを取り入れられて、職員への負担がなく、連絡しやすい体制を整えています。</p> <p><職員間の情報共有> 利用者の日々の状況を主治医含め多職種で確認されており、きめ細かな内容まで情報共有をされています。</p> <p><利用者の決定方法> 医院と併設しているという強みを活かし、医療依存度が高い利用者に対しても併設の医療系サービスと連携し地域医療に貢献しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><介護サービスの基本方針と組織> 組織の中で「全体会議」において、理念及び運営方針を職員全員に浸透する取り組みや職員の意見が反映される仕組み、計画の策定や課題の明確化などの話し合いがされているをヒアリングにて確認は致しましたが全体会議録の内容が不十分でした。</p> <p><アセスメントの実施> 独自のアセスメント様式を用いて、利用者の状況を把握されていましたが、定期的な見直しの手続きは定められていませんでした。</p> <p><評価の実施と課題の明確化> サービス提供状況についての評価をする仕組みがなく、第三者評価の受診も今回が初めてでした。</p>
具体的なアドバイス	<p><介護サービスの基本方針と組織> 全体会議の内容について、欠席者にも内容わかるよう議事録が充実する工夫をされてはいかがでしょうか。</p> <p><アセスメントの実施> アセスメントの定期的な見直しの手続きを定められてはいかがでしょうか。</p> <p><評価の実施と課題の明確化> 今回の受診で得た気づきを今後に生かし、定期的に自らの評価を行い、サービス提供のさらなる充実を期待します。</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)

※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	2610605897
事業所名	医療法人鴨葵会市田医院 (市田医院デイケア)
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)	訪問リハビリテーション、介護予防通所リハ ビリテーション、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成27年3月10日
評価機関名	公益社団法人 京都府介護支援専門員会

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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		運営の方針、基本方針に『地域医療』をその主眼としたサービス提供を基本とし、『地域の中で、暮らしの中で、笑顔が続くためのお手伝い、それが私たち「デイケア」の介護（予防）サービスです。』のスローガンの下サービスが提供されていますが理念の確認ができませんでした。ヒアリングにて浸透している事は確認できましたが、「全体会議録」からは確認ができませんでした。 職員の意見が反映される仕組みとして、ヒアリングにて確認ができましたがその内容が議事録等に記載されていませんでした。ヒアリングでは確認できましたが指揮命令系統の分かる組織図や職務権限等の規定がありませんでした。			
(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。	B	C	
	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。	B	C	
	(評価機関コメント)		ヒアリングにて事業所としての課題や現状の分析はされていますがその内容のわかる議事録がなく、仕組みの確認ができませんでした。 課題の設定がなく、具体的な解決を盛り込んだ計画が策定されていませんでした。また達成状況の確認や評価、課題の見直しなどされていませんでした。			
(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	B	
	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	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)		法令遵守に関する勉強会や研修、法令のリスト化について確認ができませんでした。現場責任者レベル以上の者は必要な法令熟知しており、すべての職員がパソコンにて、すぐに調べられるよう環境を整えて対応されています。 管理者の役割と責任について文書化し表明されていませんでした。毎月開催の「全体会議」に理事長、常務理事が出席して、職員からの意見を聞く機会を持っているが議事録の確認ができませんでした。 管理日誌にて業務の内容を随時確認されています。また緊急時には緊急連絡一覧表により対応されています。緊急時の対応は、事故防止・対応マニュアルにて対応されています。			

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
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	B
		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	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。	C	C
		(評価機関コメント)		今年度に資格手当を創設、認知症実践者研修の研修費を法人で持たれるなどされていますが、有資格者の配置を検証したり人事管理に関する方針が確立されていませんでした。研修に参加すれば研修報告書を作成しミーティングなどで職員の学びを気づく仕組みはありますが、職員に対する研修の実実施計画が作成されておらず、体系的ではありませんでした。過去には実習を定期的に受け入れていますが、現在は実習を受け入れていませんでした。実習受け入れに関するマニュアルなどが整備されておらず、基本姿勢が明文化されていませんでした。		
(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。	B	B
		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)		職員に対して、腰痛アンケートを実施し、腰痛対策手当やコルセットを支給するなどの配慮がされています。「年次有給休暇一人別台帳」などにおいて、有給休暇の消化率など把握する仕組みがありますが、実際の就業状況や意向についての分析などはされていませんでした。医院と併設していることもあり、職員が容易に医院を受診することができ、受診代は福利厚生により、負担が免除となっています。休憩室は女性職員の更衣室内にあり、男性職員が適切に休憩する場所がありませんでした。		
(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)		利用者の見やすい位置である1階の事務所に社会資源の情報などを掲示されています。ホームページはありますが、事業所の紹介に留まっており機関誌も作成されていないなど、地域へ広報する仕組みがありませんでした。下鴨学区地域ケア会議に参加、利用者家族同士や職員との交流を図るために利用者家族会を開催されるなど事業所が持つ機能を地域に還元されています。		

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
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)		鴨羹会市田医院のホームページと市田医院デイケアのパンフレットで事業所の情報提供がされています。また左京区役所公的ホームページにおいても事業所情報としてPDFにて閲覧できます。ホームページには、随時見学受付の情報提供により、多数の見学者の来訪が初回受付ノートに記録されています。		
(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)		重要事項説明書により、料金や加算の説明を行い、書面にて同意を得ています。判断能力に支障のある方は、成年後見人と契約されています。		
(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	B
		(評価機関コメント)		独自のアセスメント様式を用いて、利用者の状況を把握されていますが、定期的な見直しの手続きは定められていませんでした。初回面接時やサービス担当者会議の際に、利用者や家族の意見を聞き、個別援助計画の策定をされています。また多職種合同のカンファレンスが開催され、利用者および家族からの希望が盛り込まれ策定されています。		
(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)		リハビリテーション実施計画書の作成にあたり、主治医をはじめ、ケアマネジャー、理学療法士、介護福祉士等交えて活発にカンファレンスを実施されています。		

(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、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。	B	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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		業務マニュアルは職員が活用しやすいような実用的な手順書として作成されていましたが、見直しをする基準が明確にされていませんでした。プライバシー保護綱領を年1回「全体会議」で読み合わせするなど、記録についても適切に記録されています。記録の保管に関する規定はありますが、持ち出しについての規定がありませんでした。毎朝・夕の申し送りで情報の共有を図り、各スタッフは業務日誌に目を通してサインをされています。連絡ノートで情報共有することに合意をされた家族とは書面により情報交換をされています。一人暮らしの方や合意をされていない方は、電話または送迎時に状況報告をされていますが、全利用者を対象に、日常の様子や事業所の現況について少なくとも月1回の報告はできていませんでした。		
(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、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。	B	B
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)		今年は結核について研修に参加され、「全体会議」にて伝達学習を実施されるなど感染症対策には積極的で、感染症を有する利用者であっても、場合によっては、食器や洗浄の工夫を行い、受け入れられています。感染症マニュアルの見直しはされていませんでした。毎朝利用者が来所する前にスタッフ全員で事業所内の清掃をされています。		
(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	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	B
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)		事故や緊急時の対応マニュアルが整備され、緊急時の対応方法などの一覧表が通所リハビリテーションのフロア内にも掲示されていますが、マニュアルの内容を職員に周知する仕組みがなく、研修や訓練が行われていませんでした。事故やヒヤリハットの報告があった場合は、速やかに副管理者に報告が行き、利用者の安全を最優先に行動されています。また申し送り時に注意喚起を図っており、業務の見直しが行われていますが、マニュアルの見直しはされていませんでした。防災マニュアルを作成され避難訓練も消防署と協力して実施されていますが災害発生時における責任者や指揮命令系統が明確に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。	B	B
		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。	B	B
		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)		利用者の人権については、組織の理念などで明確にされていますが、人権に配慮したサービスの援助の方法についてや高齢者虐待防止法の勉強会が実施されていませんでした。プライバシー保護について、規定があり、ミーティングや申し送りなどで情報共有がされていますがプライバシーに配慮したサービス提供の方法についての勉強会が実施されていませんでした。 病院と併設していることもあり、医療ニーズの高い利用者の受け入れを積極的に行っており、利用申込が受けられない基準も明確にされています。		
(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。	A	A
		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。	A	B
		第三者への相談機会の確保	36	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	B
		(評価機関コメント)		連絡ノートの活用や利用者家族会を開催するなど利用者の意向を収集する仕組みがあります。全職員が相談に乗る体制としており、利用者が意見の言いやすい環境を作っています。利用者家族会で出た意見を「全体会議」で共有し、すぐに改善するなど利用者等の意見が反映されていましたが改善状況についての情報公開はされていませんでした。 「苦情相談・処理対応マニュアル」を整備し、苦情受付の相談窓口や対応手順について明確にされていましたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置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。	C	B
		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スタッフが積極的に参加している。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		利用者家族会を通じて満足度を把握する仕組みがありますが集めた満足度アンケートについては分析、検討するための会議がありませんでした。 「全体会議」にて月1回、サービス内容についてを議題として検討されていますが、他の事業所の取組みなどの情報収集はされておらず比較検討ができていませんでした。 サービス提供状況についての評価をする仕組みがなく、第三者評価の受診も今回が初めてでした。		