

# アドバイス・レポート

平成26年4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26年1月7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上賀茂デイサービスにつきましては、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<br/>(※)</p>    | <p>I-1<br/>法人の方針として、『明日も元気でいよう』を掲げており、サポート体制として、診療所、介護事業が充実しています。利用者様が外出の機会を増やし、様々な活動に参加しながら、機能向上と生きがいのある時間を過ごせるように体制の確保がされています。今回の実地調査で、職員は皆接遇が丁寧、利用者の個別支援を独自に工夫され、利用者の表情も明るいことから法人の運営方針が職員に浸透していることを見ることが出来ます。京都市北区内の医療と介護のネットワークで地域を支えて、住民の健康作りに尽力している事が窺えました。</p> <p>II-3<br/>施設はオープンデイを年に一度開催し、介護なんでも相談会を設けています。『いつでも元気』月刊誌には食と健康、腰痛等を特集に掲載されています。法人の職員では地域のシンボルでもある明神川の清掃に参加し、積極的に地域の住民と交流を図っています。事業所が有する機能を地域に還元し、貢献していることを窺うことが出来ました。</p> <p>III-7<br/>地域の自衛消防団と連携しての防災訓練時には14名の高齢者がこの事業所を利用している事を積極的に伝え、日頃から事業所を意識していただけるようにするなど防災への意識が強いことを感じました。</p> <p>IV-3<br/>利用者一人一人を大切に孤独感を持たないようにすることを意識しながら援助をされています。又、利用者の思いを引き出して形にすることを目的にミニ自叙伝を作成するなど、一人一人の人生を大切に寄り添うケアをされている事が伺えました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由<br/>(※)</p> | <p>II-2<br/>職員の休憩室を設けておりますが、利用者や食事、楽しく談話を共にしている職員が多く見られます。利用者中心にサービスを提供している姿勢が良い雰囲気につながっているように窺えますが、職員のメンタルヘルス維持を考え、休憩時間の確保が今後の課題と感じました。</p> <p>III-5<br/>マニュアルは整備されていますが医療廃棄物処理マニュアルが作成されていません。医療事故や感染を予防し安全な運営のためにも早急な対応が望まれます。</p> <p>IV-1<br/>利用者の受け入れ制限はされていませんが現在男性利用者はおられません。男性の方が利用し易い環境を整えていかれる事が今後の課題と感じました。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>               | <p>自立及び心身機能の維持・向上を目指した個別援助計画作成及びサービス提供に向けて、一層の取り組みをされてはいかがでしょうか。例えば専門性の高い機能訓練の導入などは、自立や個々に異なる価値観に対応するための重要な方法の一つであり、貴施設が重視されている一人ひとりを大切にケアすることに繋がると考えます。</p> <p>現在の利用者は女性のみになっていますので、個々の利用者に応じたレクリエーションや活動に男性の方が入りやすい工夫をして、利用し易い環境を作ら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)

※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                    | 2670100417        |
| 事業所名                     | 医療法人葵会 上賀茂デイサービス  |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所介護              |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 介護予防通所介護          |
| 訪問調査実施日                  | 平成26年2月25日        |
| 評価機関名                    | (一社)京都府介護老人保健施設協会 |

| 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 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>    |                   |     |   |      |      |       |
| <b>(1) 組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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)        |     | 法人の理念・運営方針はパンフレットやホームページに掲載し、施設内にも掲示されており、職員全員に周知しています。<br>組織としての意思決定には各医療、介護事業及び地域支援の責任者が参加する会議、現場では非常勤を含む職員会議が配置され、伝達の仕組みに加え全職員の意見が反映するためのプロセスが確立しています。   |      |      |       |
| <b>(2) 計画の策定</b>           |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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)        |     | 事業計画の策定には法律改正、医療福祉の動向及び利用者のニーズを統合して次年度の事業計画策定につながっています。<br>毎月開催される職員会議で課題を討議し、目標達成に向けて取り組んでいます。   |      |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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。  | B    | 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)        |     | 法令遵守に関する学習会は職員会議等で開催されています。改定時の対応は経営責任者、運営責任者が管理指導し、全職員に順守の周知と伝達をしていますが、把握すべき法令についてはリストするなど明確にできていません。<br>運営管理者は管理業務のほか生活相談員を兼務し、ご利用者様の対応にも加わり、その都度具体的な指示を出しています。また、緊急時、介護、医療面に関するマニュアルによる指示、応援体制ができています。また、運営責任者は終礼に参加し、全体把握と事業運営に努めるなどでリーダーシップの発揮ができています。 |      |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>   |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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)    |    | 人材の確保、配置、異動は法人全体の人材育成策に基づき、適正な配置が行っています。法人の教育育成委員会が職員の研修に当たり、事前レポートの作成、事後の報告書、スタッフ会議での伝達講習を義務付けるなどOJTの実施に工夫しています。近畿高等看護専門学校の実習を受け入れており、地域の小中学校が実施しているチャレンジ福祉体験の実習受け入れを行っています。 |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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。   | B    | B     |
|                     |     | 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)    |    | 限られた職員数の中で有給休暇の取得や時間外労働についても配慮した体制を確認することが出来ました。二階別室に休憩室を設けておりますが利用者と食事、休憩を共にしている職員が多くみられます。、良い雰囲気を感じることが出来ましたが、職員のメンタルヘルス維持の確保になっていません。                                      |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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)    |    | 毎年オープンデイを開催し、デイの利用状況を住民に知ってもらう機会を設けています。住民の要請にて定期的に専門的な技術講習会や研修会を開催し、地域に貢献しています。  |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)  |    | 事業所の情報はパンフレットやホームページで分かり易く案内をされています。体験利用も随時受付をされています。    |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)  |    | 重要事項説明書を用いてサービス内容や料金の説明をされています。保険外サービスについても詳細に説明をされています。 |      |       |

| (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)        |    | アセスメントにあたっては看護師やケアマネ等と連携を取りながら行なわれています。個別援助計画は利用者や家族の希望を確認しながら策定されアセスメントに基づいた目標設定になっています。   |   |   |
| (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)        |    | 退院前カンファレンスへの参加や体調不良時は医師、看護師や担当ケアマネジャーと連携を図っています。  |   |   |
| (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、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 | 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 | 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)        |    | 業務マニュアルは毎年見直しをして整理をされていますが医療廃棄物処理に関するマニュアルは作成できていません。委託業者との契約書には守秘義務も盛り込み個人情報の保護に取り組まれています。利用者の状況は実行表に記録して事業所と家族で管理をするとともに連絡ノートも利用して家族と情報交換をされています。 |   |   |
| (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、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 | 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)        |    | 感染症のマニュアルを整備し研修への参加もされています。事業所内で伝達講習もされていますが、その資料は残されていません。トイレは臭気も無く事業所内は全体に清潔に保たれています。   |   |   |
| (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)        |    | 事故やヒヤリハット発生時は報告書に記載し、職員会議で対応策について話し合い職員間で情報を共有しています。地域の消防団や消防署と合同訓練をされていますが、地域等との連携マニュアルは作成されていません。   |   |   |

| 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 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>      |     |                       |    |  |      |       |
| <b>(1)利用者保護</b>        |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 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)            |    | 入浴や排泄介助は同姓介護とされています。人権擁護、虐待防止の研修に参加して理解を深めるとともに、虐待発見時は担当ケアマネジャー等と連携を取り迅速に対応をされています。利用者の受け入れに際して、設備面での制約はありますが個々の状態に応じて対応し他の事業所との連携も図れています。 |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 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    | A     |
|                        |     | 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)            |    | 意見箱の設置や日々の連絡ノート、家族会を開催して意見や要望を聴取する仕組みがあります。苦情はスタッフ会議で話し合い職員間で共有し、改善策などは個人に返されています。   |      |       |
| <b>(3)質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 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)            |    | 年に1回満足度調査を実施しその結果報告と業務改善についてスタッフ会議で検討してサービスの向上に取り組まれています。法人による内部監査でサービス内容などの評価を行なう体勢があります。   |      |       |