

## アドバイス・レポート

平成 20 年 10 月 3 日

平成 20年 8月 8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高生会ディサービスセンターいきいきにつきましては、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>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法人の理念を踏まえて、管理者と職員の話し合いにより、自らの業務を表現した理念を作成し、常に振り返りをしている。</li> <li>・ 介護部、看護部、作業療法部の3部署と5つの委員会により、業務の振り返り、課題設定、課題の評価が実施されており、毎年の利用者アンケートの実施と改善など、サービスの質の向上に意欲的である。</li> <li>・ 管理者と職員が明るく元気で仲が良い。そして利用者も明るく元気で、利用者同士や職員とも仲が良い。このことが、この事業所の最も優れた点である。</li> </ul> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域に対して事業所の専門性を貢献することが今後の課題である。</li> <li>・ 利用者の残存能力を引き出して、外出やさまざまなアクティビティを取り入れることが望まれる。</li> <li>・ ケース記録の改善が期待される。</li> </ul>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域住民対象に介護教室、認知症相談会、福祉用具体験教室、文化サロン等々を開催してはどうか。</li> <li>・ 機能訓練、カラオケだけでなく、外出や利用者が楽しいと思えるような取り組みを考えてほしい。この事業所はその力をもっている。</li> <li>・ 通所介護計画の項目にしたがってケース記録を書くようにしてください。</li> </ul>   |

※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                    | 2670900642            |
| 事業所名                     | 医療法人高生会デイサービスセンターいきいき |
| 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<br>サービス(複数記入可) | 居宅介護、訪問介護、訪問看護        |
| 訪問調査実施日                  | 平成20年10月3日            |
| 評価機関名                    | (社)京都ボランティア協会         |

| 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)        |     |    | 法人の理念を踏まえて、「個人の尊厳重視、在宅生活の維持、あたたかい介護、利用者のいきいきした生活の応援、法人と職員の生活向上」という5点の理念を定め、事業所内に掲示するとともに、職員身分証の裏に記載している。この理念は管理者と職員が、現在実施しているデイサービスでの介護を言葉に表現したものであり、常にこの理念を振り返ることにより、業務の核としている。業務分掌規程が定められ、5つの委員会での課題も明確に定められ、その時々課題が検討され、決定されている。組織全体の流れも組織図により確認でき、理事会、理事長、管理者と現場との連携も確実に行われている。                                    |      |       |
| <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    | 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)        |     |    | サービスの質に関しては、サービス向上委員会が毎月開催され、各部署の反省と方向性を踏まえて、その月のスローガンを決定し、翌月にその評価が行われている。単年度事業計画は各部署の反省と目標をもとに作成されている。この過程において、全職員が部署や委員会に関わり、全体としてまとめられている。長期計画を立てることが望まれる。  |      |       |
| <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。   | 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)        |     |    | 介護保険法の基準省令がマニュアルとして作成され、法令勉強会開催などにより職員への周知徹底が図られている。管理者等は遵守すべき法令の研修には積極的に参加するとともに、事業所には六法全書他、個人情報保護法、食品衛生法、高齢者虐待防止法等々の関連法案を備え、職員が常に見ることができる。管理者の業務は明確に定められ、役割と責任を果たしている。管理者は、運営やカンファレンスは毎日のミーティングおよび毎月の職場会議において職員と意見交換し、一人ひとりの職員の仕事への思い、研修希望等は半年に1回の個人面談により職員の意向を把握し、業務に活かすとともに信頼関係の構築に努めている。職員のヒヤリングからも両者の信頼関係は確認できる。 |      |       |

| 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    | 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。   | A    | 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。  | A    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 事業所に必要な人材や人員体制の明文化はないものの、指定基準より厚い人員の配置と有資格者優先の採用基準をもっている。また非常勤職員の比率は現在2:1となっているが、さらに減らしたい考えがある。職員の資格取得にはシフト変更などにより支援しており、外部研修は情報を提供し、受講希望に応じている。交通費、受講料を支給し、レポートと伝達研修の実施を義務付けている。年度ごとの法人内研修計画と新人研修プログラムが策定され、実施されているが、段階を追った研修計画はない。実習の受け入れについてはその社会的責任を自覚し、基本方針とマニュアルが作成され、指導者が実習受け入れについての勉強会を行っている。実習受け入れについての利用者への配慮も行われている。 |      |       |
| <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、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    | B     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 職員は有給休暇をほぼ消化しており、サービス残業もないように配慮されている。育児休暇や介護休暇は就業規則に定められている。職員の負担軽減のための福祉機器が備えられ、機器の点検も確実に行われている。職員の休憩室は十分な広さで、冷蔵庫や簡単な調理ができる設備が備えられている。職員の種々の相談には常務取締役と管理者があたっており、飲み会や1泊旅行等の懇親会も実施されている。福利厚生制度としては医師国保組合に加盟している。ストレス等に関して外部の専門機関を職員に周知しておくことが望ましい。  |      |       |
| <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。  | B    | 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。  | C    | B     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | カラー写真が豊富で、わかりやすいホームページが運営されており、また『いきいき新聞』という広報誌が毎月発行され、利用者や家族に配布されるとともに、クリニックに置かれているので、地域の人たちは読むことができる。また情報の公表制度の結果を受付にしている。福祉用具事業所、配食サービスや介護タクシー等を利用者に紹介し、活用を図っている。利用者や家族、地域の人たちからの相談には随時応じているが、講演会、研修会、介護教室等の開催は今後に予定されている。   |      |       |

| 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) |    | パンフレットには写真とともに、事業所内の見取り図があり、デイサービスについてわかりやすく説明されている。ホームページは法人及び他の事業所も含めて、デイサービスの1日の流れと年間行事を写真で紹介し、わかりやすく親しみやすいものである。 |      |       |

| (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)        |    | 契約にあたっては契約書、重要事項説明書にしたがって、利用料金を含めて、相談員がていねいに説明しており、認知症の利用者には代理人との契約を結んでいる。成年後見制度や日常生活支援事業の支援も行っている。   |   |   |
| (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。  | B | B |
| (評価機関コメント)        |    | 利用申込により、フェイスシートが記録され、家族状況、住居状況、日常生活動作能力、医療情報、生活歴、特技等の項目にしたがってアセスメントが行われている。その後個別通所計画と機能訓練計画が策定されており、居宅介護計画との整合性がある。計画の策定にあたっては医師の指示箋にしたがっている。カンファレンス会議には利用者本人や家族が参加している。機能訓練は実施記録があり、計画の評価とともに3か月ごとに見直しを実施されている。アセスメントにおける生活歴は簡単なものであり、利用者の希望はふだんの会話のなかから聞き出すようにしているが、通所計画の作成にあたってさらに希望を引き出す努力をすするとともに、生活歴も含めて計画に反映することが望まれる。計画は利用者のプラス面に注目し、生活意欲を引き出すような内容であることが望ましい。ケース記録は計画の項目に沿って記録し、計画の実施が確認できるようなものにするるとともに計画の評価につながることを望まれる。 |   |   |
| (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)        |    | 医師とは密接な連携がとれている。退院にあたってはサマリーを入手している。地域の介護保険事業所、居宅介護支援専門員等とは連携をとり、情報交換している。  |   |   |
| (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 | 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。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 入浴・排泄マニュアル、アクティビティ・レクリエーションマニュアル、リハビリテーションマニュアル、接遇マニュアル、健康管理マニュアル、身体拘束マニュアル、虐待防止マニュアル、認知症ケアマニュアル、感染症対策マニュアル、防災マニュアル、新入職員研修マニュアル、実習生受け入れマニュアル等々の業務マニュアルが完備している。こういったマニュアルの見直しは毎月の委員会で行われ、その際には利用者アンケート等が参考にされている。利用者の状況は毎日のミーティングや毎月のカンファレンス会議において、職員間で共有されており、家族とは連絡帳により情報交換している。利用者の個人情報の管理体制は適切である。サービスが通所介護計画にしたがって実施されていること、実施による利用者の状況変化等の記録が望まれる。   |   |   |

|                |    |  |   |   |
|----------------|----|--|---|---|
| <b>(6)衛生管理</b> |    |  |   |   |
| 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)     |    | 感染症防止マニュアルがあり、職員研修が実施されている。最新の情報を入手し、マニュアルの見直しが適切に実施されている。いままでにB型肝炎、C型肝炎、MRSA等の利用者を受け入れており、受け入れにあたってのマニュアルを確立し、職員に周知徹底を図っている。事業所内の清掃は職員自らが行っており、それが意識改革につながっている。職員が誇るように、事業所内は清潔である。 |   |   |
| <b>(7)危機管理</b> |    |  |   |   |
| 事故・緊急時等の対応     | 28 | 事故や緊急時、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。   | 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)     |    | 事故防止マニュアル、防災マニュアルが作成されており、避難訓練やAEDの勉強会が実施されている。事業所内での事故やヒヤリハットには記録が残され、ミーティングで検討するとともに、事故分析委員会においても検討されている。また事故のケースの集計をおこなっている。  |   |   |

| 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

|                        |    |   |   |   |
|------------------------|----|---|---|---|
| <b>(1)利用者保護</b>        |    |   |   |   |
| 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)             |    | 利用者の尊厳を重んじたサービスを行うことは理念で詠われており、職員は常に振り返りを行っている。日常生活で利用者の自己決定を促し、希望を言いやすくするように職員は常に配慮している。身体拘束廃止は事業所の理念であり、職員への研修が実施されている。高齢者虐待については認知症ケアの勉強会のなかで研修している。プライバシーについての基本方針とマニュアルの徹底、勉強会の開催、入浴の同性介助等を実施している。個人情報保護については委託先との「給食業務委託契約書」にも明記されている。利用受け入れ基準等についてはマニュアルが作成されており、医療処置の必要性や認知症等も含めて、いままで利用を断ったケースはない。 |   |   |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |    |   |   |   |
| 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。  | B | 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)             |    | 苦情受付窓口の設置、公的機関の紹介等があり、苦情対応マニュアルと意見箱を設置している。苦情は記録に残し、利用者や家族への説明とともに、掲示板で公開している。苦情には主に相談員があたっているが、利用者が自分の意見を気軽に言えるように、職員はふだんから利用者との関係をつくることを何よりも重視しており、それを実現している。毎年利用者へのアンケートを実施、昨年は「満足度」、今年は「外出」をテーマとしてたずねており、その結果外出希望が強いことを知り、今後外出を実施していく予定である。介護相談員やオンブズマン、第三者委員等の設置が望まれる。                                 |   |   |

(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てている。  | 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。  | B | B |
| (評価機関コメント)    |    | サービス向上委員会が活動しており、利用者へのアンケート調査を毎年実施、食事会議での意見により、毎月1週間は主菜の選択ができるように改善するなど、サービスの改善には積極的である。自己評価は毎年実施しており、その結果の検討も行われている。第三者評価は今回が初めてであるので、今後も継続して受診することが望まれる。 |   |   |