

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 21 年 4 月 21 日

平成 21 年 1 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社団法人京都保健会 上京病院デイサービス 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(※)</p>    | <p>(通番 18) 利用者・家族の希望尊重<br/>ケアプランに基づき、利用者やご家族の希望を尊重した上で、利用者一人ひとりに対する具体的な個別援助計画等を策定し、利用者及びそのご家族の同意を得てサービスが実施されています。</p> <p>(通番 37) 質の向上に対する検討体制<br/>サービスの質の向上については、職員会議・業務改善会議で検討され全職員が積極的に取り組み、具体的なサービスの改善につながっています。また在宅ネットワーク会議にて他の事業所とも積極的にかかわり、情報の収集にも努めています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>(通番 2) 組織体制<br/>現場の従事者の責任は明確にされていますが、権限裁量権の明示がされておりませんでした。</p> <p>(通番 8) 質の高い人材の確保<br/>離職率の低さ(7%)等から職員と事業所との関係の良さがうかがえ、かなりの時間を個人面接・職員会議に割いて良好な職員とのコミュニケーションに努められていますが、採用後の資格取得支援につき具体的な取組がされていないとのことでした。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p>(通番 2) 組織体制<br/>現場の従事者に対しては責任のみではなく、権限裁量権についても明示して頂くと更に良いと思います。</p> <p>(通番 8) 質の高い人材の確保<br/>職員同士で学ぶことのできる環境がありますが、採用後の資格取得についての支援には具体的な取組みはなく、今後資格取得に対しての支援体制についてもご検討頂けると更に良いと思います</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                    | 2610201358            |
| 事業所名                     | 社団法人京都保健会 上京病院 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<br>サービス(複数記入可) | 介護予防通所介護              |
| 訪問調査実施日                  | 2009年2月19日            |
| 評価機関名                    | 京都私立病院協会              |

| 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    | B    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 最高決議機関の法人以下理事会・部会・役席会など意見の反映ができるようなシステムが存在していますが、現場運営者に対する権限が明らかでないため、その点につきご検討頂けると更に良いと思います。 |      |      |       |
| <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)        |     | ISOの受診により資料の管理・整備に伴い、現状把握や問題点の洗い出しなどから課題を確認されています。  |      |      |       |
| <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。  | 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)        |     | 介護保険関係の資料や関係法令集などが職員の目の届くところに整備されています。また、職員の目標に対する達成率などを指摘・管理されています。                          |      |      |       |

| 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 |
| <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。   | B    | 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    | 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)    |    | 教育研修記録が職員個人ごとに整備されており、職員同士が学ぶことのできる環境があります。しかし、採用後の資格取得についての支援には具体的な取組みはなく、今後資格取得に対する支援体制についても、ご検討頂けると更に良いと思います。  |      |       |
| <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、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    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 職員の有給休暇消化率一覧から労働環境に配慮されています。また、労働負担軽減の介助器機の購入もされています。ストレス管理は院長自ら診察後、専門医に受診させており、休憩場所についても整備されていますが、休憩場所に他のスペースとの間仕切りを行う等休憩中の職員のプライバシーへも配慮頂けると更に良いと思われれます。 |      |       |
| <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)    |    | 利用者・地域住民に対して、クリスマス会・敬老会・友の会・健康相談会・骨密度測定会などを行なって地域との関わりを大切にされています。   |      |       |

| 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 |
| <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)  |    | 事業所情報等の提供を積極的にされておられますが、玄関に利用者の為に設置されている事業所情報については、高齢者にも分かりやすいように、もう少し文字の大きさを工夫されたり、苦情相談窓口等の連絡先など重要事項は、別に分かりやすく掲示するなどされると更に良いと思います。           |      |       |
| <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)  |    | 介護サービス利用に際して必要となる内容や料金については、利用者やそのご家族等にしっかりと説明されており、サービス利用時には利用者やご家族等に同意を得て契約を結んでおられます。また、利用者の権利擁護のための成年後見制度や地域権利擁護事業についても必要に応じて活用する仕組みがあります。 |      |       |

| (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。   | B | B |
| (評価機関コメント)        |    | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえた上でアセスメントを行っておられ、個別援助計画等の策定やサービス提供の内容の決定に際しては、サービス担当者会議にも利用者やそのご家族が参加し、その希望を受け止め専門家の意見も聴取しておられます。現在個別援助計画の見直しを6ヶ月毎に実施されていますが、見直しについては3ヶ月毎にされるのが望ましいと思われまます。     |   |   |
| (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)        |    | 利用者の主治医や関係機関、利用者の退院時なども医療機関と適切に連携を取って利用者に支援をされています。  |   |   |
| (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、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。   | B | B |
| 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)        |    | サービス提供に必要な業務マニュアル等が作成されており、安全管理マニュアル等により見直しについてもチェックする仕組みが作られています。利用者についての記録も適切に行われており、担当職員間での情報の共有やご家族との情報交換もされており、利用者支援に関するカンファレンスも6ヶ月毎に開催されていますが、カンファレンスについては3ヶ月毎に行うことが望ましいと思われまます。 |   |   |
| (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、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)        |    | 感染症の対策や予防に関するマニュアル等が作成されており、その研修も実施され、利用者の受け入れに際しても対策を講じて受け入れられています。また、マニュアルについては最新の情報を入手し更新もされています。事業所内の衛生管理についても適切に行われています。  |   |   |
| (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 | 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整備されており、必要な訓練が行われ職員に周知されている。緊急時の責任者及び指揮命令系統も示されており、地域との連携を意識した取組みもされています。  |   |   |

| 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 |
| <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                | 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)            |    | 事業所の理念・運営方針は法人で統一されたマニュアルに示されており、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供がされています。職員に対しては研修会、学習会が開催されています。  |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 意見・要望・苦情の受付           | 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。  | A    | A     |
|                        |     | 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    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 利用者・家族の意見や要望等は面接時に聞かれています。利用者の相談や苦情は生活苦情相談記録に記録され、迅速に対応されています。対応は随時されていますが、今後利用者への個別面接相談を定期的に行ったり、第三者との相談機会の体制を具体的に整備されると更に良いと思います。 |      |       |
| <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         | 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)            |    | 利用者満足度アンケート調査が行われ、業務改善会議、職員会議で積極的に検討されています。   |      |       |