

## アドバイス・レポート

平成 25 年 5 月 1 日

平成 25 年 2 月 19 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 公益社団法人 京都保健会 あらぐさデイサービス 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<br/>その理由(※)</p> | <p>(通番8 質の高い人材の確保)<br/>全職員が3年以上勤務しており、職員の7割が介護福祉士資格を保持していました。非常勤職員を業務評価して常勤職員に登用していました。介護支援専門員の受験対策テキストなどの費用を事業所が負担するなど、職員の資格取得を支援していました。</p> <p>(通番9 継続的な研修・OJTの実施)<br/>法人全体の教育方針や、京都保健会制度教育実施要項を作成していました。1年目の職員は外部の接遇マナー研修に参加させていました。法人全体で勤務年数に応じた内部研修(基礎研修・中堅研修など)を体系的に実施していました。「力量チェックリスト」を用いて職員の能力を確認し、ISO教育訓練計画に基づいて各職員のレベルアップを図っていました。</p> <p>(通番22 業務マニュアルの作成)<br/>「ISO9001認証」を取得し、ISO規定の手順に基づいた各種業務マニュアルが作成されていました。また、環境整備・レクリエーション計画・食事発注・記録管理・業務手順など事業所独自の手順書が作成されていました。</p> <p>(通番36 利用者満足度の向上の取り組み)<br/>「CS(顧客満足)アンケート」を年1回実施して、毎年目標に利用者の意見を反映させていました。アンケートに記載されていた「買い物外出や喫茶外出を増やして欲しい」という希望を取り入れ、外出を実施されていました。アンケートの結果を事業所内の壁に貼り出し、利用者に周知していました。</p> |
|-----------------------------|--|

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p>(通番27 事業所内の衛生管理等)<br/>毎日の清掃とは別に、床は年4回・エアコンは年2回・浴室脱衣場は毎月の外部委託清掃が行われ、衛生的に保たれていました。しかし、物入れ場所が少なく、制作材料やレクリエーション備品などの整理整頓ができていませんでした。</p> <p>(通番30 人権の尊重)<br/>基本理念や倫理規定に人権の尊重に関しての内容が明記され、職員に周知されていました。しかし、以前、外に出て行かれた利用者がいたため、玄関が常時施錠された状況になっており、玄関を常時施錠することについての再検討が行われていませんでした。</p> <p>(通番31 プライバシー等の保護)<br/>トイレは引き戸とカーテンの二重にして羞恥心に配慮していました。入浴時は同性介助を行っていました。しかし、洗髪後のドライヤーかけや化粧直しを他の利用者から見える洗面台で行っている場面が見られました。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>                    | <p>公益社団法人京都保健会は、加盟の全日本民主医療機関連合会（民医連）の理念の下、京都民医連中央病院や吉祥院病院を母体に地域医療と介護事業を展開し、地域住民の安心できる暮らしを支えておられます。</p> <p>吉祥院エリアにある「あらぐさデイサービス」は、診療所・訪問看護・訪問介護を併設事業所とし、医療と介護サービスを総合的に提供しています。法人全体で『ISO9001認証』を取得して品質管理に努め、各種マニュアルや各種記録などを適切に整備されていました。また、職員の勤続年数が長く、介護福祉士の有資格者も多いことが、利用者に安心を与えていました。入浴サービスは身体の状態に合わせて個浴と特殊浴槽を使用し、入浴するたびに清掃とお湯の交換を実施するなど、感染対策に力を入れておられました。レクリエーションでは、カラオケや制作・カードゲームなど、テーブルを囲んで行うものが中心に行われていましたが、利用者アンケートなどで利用者のニーズを確認し、種類を増やしていくことも必要であると感じました。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 制作材料やレクリエーション物品などの保管場所を定め、整理の仕方を見直されては如何でしょうか。全職員が物品の定位置を把握することで、業務の効率化が図れると考えます。</li> <li>・ 玄関を常時施錠されていますが、見渡しの良い施設内であることから施錠することについて再検討されては如何でしょうか。以前は常時施錠することが必要だったと聞き取りましたが、利用者の状態に合わせて、定期的に再検討していくことが、職員の介護に対する思考の深まりにつながると感じます。</li> <li>・ 入浴後のドライヤーかけやお化粧の際は、プライバシーに配慮し、できるだけ風呂場の近くで整容できるようにされては如何でしょうか。みんなから見える洗面台のところでは、その時間帯だけでもパーテーションなどを使い目隠しされることをお勧めします。</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"><li>・ 利用者の座っているテーブルスペースと、厨房やカラオケコーナーをカーテンなどで間仕切りできるように検討されては如何でしょうか。時間帯に応じて間仕切りをすることで、空間の雰囲気が変わり、利用者の作業集中につながると感じました。事業所内は全体が見渡せるワンフロアであるため、職員や利用者の状況が把握しやすい反面、食事の準備や入浴後のドライヤー使用などの状況が混在している課題も感じられました。</li><li>・ 現場経験の長い職員が多くおられる反面、サービス内容についての新しいアイデアが出にくくなっているようにも感じました。今後は、法人内の他のデイサービスに職員を派遣し、1日体験実習を行われては如何でしょうか。サービス改善に向けてのヒントが得られると考えます。</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                    | 2610502987                      |
| 事業所名                     | 公益社団法人京都保健会<br>あらぐさディサービス       |
| 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                  | 2013年3月23日                      |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |

| 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。   | B    | 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)法人の理念や運営方針、事業運営の基本姿勢を明示している。品質方針やサービス品質目標を定め、年1回開催の「日常医療・介護総括会議」で周知を図っている。吉祥院病院の利用者を中心とした『健康友の会』の広報誌などを通じて、理念や運営についての説明を行っている。<br>2)毎月1回のエリア管理会議、吉祥院エリア在宅事業委員会で意志決定を行っている。事業所内では、主任会議や職員会議で意志疎通を図っている。                                   |      |      |       |
| <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    | 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)事業所ごとの事業計画を毎年策定し、職員会議などで周知している。職員会議やエリア会議で振り返りを行い、課題の達成をモニタリングしている。<br>4)毎年1回、職員の「力量チェックリスト」にて自己評価を行い、それを上司が評価し、面談で確認している。力量チェックの内容を毎年度の教育・訓練計画に反映している。  |      |      |       |
| <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。   | B    | 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)        |     | 5)集団指導や法人内の通所所長会議などで管理者が収集した法令や情報を、学習会や職員会議、毎日のミーティングで職員に周知している。<br>6)管理者の役割・権限は規定に明文化されている。年1回の職員面談や毎月の職員会議などで職員の意見を聞いている。2年に1回「ES(職員満足)アンケート」を実施している。<br>7)管理者は同じフロアで業務し、具体的指示ができる状況にある。不在時の出来事は、管理日誌などで確認している。常に携帯電話で連絡し、指示できるようになっている。 |      |      |       |

| 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 |
| <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。   | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 8) 非常勤職員を業務評価して常勤職員に登用する仕組みがある。介護支援専門員の受験対策テキストの費用を事業所が負担するなど、職員の資格取得を支援している。<br>9) 法人全体の教育方針や京都保健会制度教育実施要項を作成している。法人全体で勤続年数に応じた体系的な内部研修を実施している。「力量チェックリスト」を用いて職員の能力を確認し、ISO教育訓練計画に基づいて各職員のレベルアップを図っている。<br>10) 実習生の手引きが整備されている。ヘルパー養成講座や看護専門学校の実習生を受け入れている。 |      |       |
| <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、スタッフが充分に休むことができ、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)    |    | 11) 有給休暇の取得や時間外労働の状況を、毎月の勤務実績表で管理している。出産や育児をしながら働き続けられるよう配慮がされている。永年勤続年数に応じたリフレッシュ休暇制度がある。<br>12) 京都民医連グループEAP制度(外部委託でのメンタルヘルスカウンセリングを受けられる制度)を常勤・非常勤とも利用できる仕組みがある。隣接する診療所2階部分に休憩場所を設け、現場から離れて休憩できるようにしている。  |      |       |
| <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)    |    | 13) 法人のホームページや吉祥院病院の広報誌の中で広報している。毎年10月に『元氣祭り』を開催し、デイサービスの内容を展示して地域の方々に報告している。<br>14) 近所の農協にスペースを借りて、地域でのおおぞら健康相談会を毎月実施している。同じ法人である吉祥院病院の利用者を中心にした『健康友の会』と協力し、医療介護懇談会を開催している。   |      |       |



| 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)        |     | 15) 法人のホームページや事業所のパンフレットなどで情報提供している。見学希望や体験利用を受け入れている。体験利用では、食事や入浴も体験できるようにしている。  |      |      |       |
| <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)        |     | 16) 重要事項説明書にサービス内容や料金を明示している。成年後見制度を利用している事例として、後見人である行政書士との契約締結事例を確認した。  |      |      |       |
| <b>(3)個別状況に応じた計画策定</b> |                   |     |   |      |      |       |
|                        | 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    | A    |       |
|                        | (評価機関コメント)        |     | 17) アセスメント様式が定められている。ケアマネジャーや家族からの情報とデイサービスで一日の様子を観察して、アセスメントを実施している。定期的にあセスメントを見直している。<br>18) 本人や家族の希望を尊重した通所介護計画が作成されていた。サービス担当者会議に出席し、事業所としての意見を述べている。<br>19) 心身の状態についての意見が記載された主治医の照会文書や、薬の内容について薬剤師からの情報提供が記載された文書を確認した。<br>20) 利用者ごとにモニタリングを毎月実施し、ケアマネジャーに報告している。通所介護計画書を定期的に見直している。  |      |      |       |
| <b>(4)関係者との連携</b>      |                   |     |   |      |      |       |
|                        | 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) 利用者台帳に主治医を明記し、必要に応じてケアマネジャーを通じて連絡を取っている。同じ法人である吉祥院病院やあらかぎ診療所の利用者は連携が図りやすいため、急ぐ時には看護師に確認や報告をしている。  |      |      |       |
| <b>(5)サービスの提供</b>      |                   |     |   |      |      |       |
|                        | 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。  | B    | 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)        |     | 22) 吸引器取扱いマニュアルや各種業務マニュアルが作成されている。環境整備・レクリエーション計画・記録管理など、事業所独自の手順書が作成されている。<br>23) 個人ごとに記録が整備されている。記録の保管・持ち出し・廃棄などの規定がある。<br>24) 毎日の朝礼時に申し送りを行っている。申し送り表に必要なことを記載して、全職員で共有している。職員会議の中でケアカンファレンスを行い情報共有している。<br>25) 利用者の記録をA4サイズに拡大して見やすくし、連絡帳として毎回家族に伝えている。年1回「茶話会」を開催し、職員と家族の情報交換の場を設けている。 |      |      |       |

| (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 | B |
| (評価機関コメント) |    | 26) 法人運営のオンラインシステムによる感染症学習を全職員が習得している。入浴時は利用者が入るたびに個浴の浴槽を清掃し、湯張りしている。感染対策手順書を作成して、ボードには手洗いの手順が絵でわかりやすく示されてあった。<br>27) 毎日の清掃とは別に、床やエアコン、浴室脱衣場は定期的に外部委託で清掃され、衛生的に保たれていた。物入れ場所が少なく、制作材料やレクリエーション備品などの整理整頓ができていなかった。 |   |   |
| (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) |    | 28) 消防計画、事故発生マニュアルに細かく対応手順が示されていた。年2回の消防訓練、年1回の避難訓練を実施している。消防署と合同の避難訓練を年1回実施している。<br>29) 荷物の入れ間違いなども介護事故(アクシデント)報告書に記載し、職員間で共有して再発防止に取り組んでいる。事故対応マニュアルに沿って対応し、大きな事故は法人本部にも報告している。                                |   |   |

| 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>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    | B     |
|                        |     | 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    | B     |
|                        |     | 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)            |    | 30) 基本理念や倫理規定に人権の尊重に関する内容が明記され、職員に周知されている。玄関を常時施錠することについての再検討が行われていなかった。<br>31) トイレの出入り口には引き戸とカーテンが二重に設置され、羞恥心に配慮している。入浴時は同性介助を行っている。洗髪後のドライヤーかけや化粧直しを他の利用者から見える洗面台で行っている場面がある。<br>32) 利用定員の空きがあれば、担当地域の利用申込みには対応している。 |      |       |
| <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    | 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。   | B    | A     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 33) 家族が参加ができる「茶話会」を年1回開催し、普段聞けない意見や要望などの収集に努めている。「CS(顧客満足)アンケート」を年1回実施し、サービス向上に役立っている。<br>34) 苦情対応マニュアルを整備して、迅速に苦情対応している。苦情内容の公開は実施されていない。<br>35) 「健康友の会」の会員や調理ボランティアなどが利用者の要望などを聞き、施設に伝えている。                          |      |       |
| <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)            |    | 36) 「CS(顧客満足)アンケート」を年1回実施して、毎年の目標に利用者の意見を反映させている。アンケートの結果を事業所内の壁に貼り出し、利用者に周知していた。<br>37) アクシデント検討会議や毎月の職員会議で事故防止やCSアンケートの内容を検討し、サービスの向上に努めている。<br>38) ISO品質マニュアルに基づき、品質目標の中間評価と年度末評価を実施している。CSアンケートの要望を次年度の計画に反映させている。 |      |       |