

## アドバイス・レポート

平成 26 年 1 2 月 2 8 日

平成 26 年 6 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人啓信会 デイサービスセンターリエゾン健康村につきましては、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><b>(通番 9) 継続的な研修・OJT の実施</b> 法人全体でキャリアパス委員会を中心に、新人研修、管理職研修等の階層別研修を計画・実施しています。一人一人の職員に「職員個人票」を作成し、資格や内部研修参加履歴等を記載し、必要な研修参加を義務づけています。</p> <p><b>(通番 19) 専門家等に対する意見照会</b> 介護支援専門員や主治医等が参加するサービス担当者会議に出席し意見交換しています。事業所の理学療法士や作業療法士、看護師等の意見を個別援助計画書に反映させています。</p> <p><b>(通番 37) 利用者満足度の向上の取組み</b> 利用者・家族に対して年 2 回の満足度調査を実施しています。満足度調査で提出された意見・要望等は、デイ会議で検討し、対策や改善内容を職員で共有しています。また、調査結果や改善状況をフロアーに設置し、利用者がいつでも閲覧できるようにされています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番 5 法令遵守の取組み)</b> 「職員倫理規程」や「法令遵守規程」を策定し、研修等で職員に法令遵守を周知すると共に、いつでも閲覧出来るようにファイルにまとめて設置しています。しかし、現場責任者による関係法令のリスト化が出来ていませんでした。</p> <p><b>(通番 17 アセスメントの実施)</b> 所定の様式を用いてアセスメントを行い、利用者や家族から聞き取りを行い、記録しています。しかし、介護保険証の更新時や利用者の状態等に変更があった場合のアセスメントの見直しが出来ていないケースが散見されました。</p> <p><b>(通番 39 評価の実施と課題の明確化)</b> 評価を行う担当者を決めています。年 1 回以上の自己評価（自主点検を除く）が実施出来ていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>医療法人啓信会が運営する『デイサービスセンターリエゾン健康村』は、京田辺市大住の一休寺近く住宅街の中にあり、建物内には居宅介護支援事業所や小規模多機能型居宅介護事業所、グループホームが併設されています。デイサービスは、午前 10 名、午後 10 名の定員で、リハビリを中心にした短時間（3 時間程度）のサービスを提供しています。リハビリには特に力を注いでおられ、「CGT トレーニング（包括的高齢者運動トレーニング）」を採用し、「下肢筋力増強体操」・「上肢筋力増強体操」・「バランス体操」・「フィットネスマシントレーニング」によって利用者の筋力増強、筋力低下予防が図られています。理学療法士、作業療法士等の専門家がマシン負荷の見極めや体力評価を行い、利用者一人一人にあったリハビリメニューを提供している点は大変素晴らしいと感じました。また、半日型の短時間の中で、利用者の希望に沿って昼食や希望入浴サービスを提供されている点は利用者本位のサービス提供として高く評価されます。</p> <p>管理者は介護業務にも兼務されて常に現場の状況を把握されています。利用者の生活状況やADLを常に考え、相談員やリハビリ担当職員とのコミュニケーションも密に図られている姿勢には好感がもてました。今後も職員間で意見交換しながら、利用者にとってのより良い介護サービスの提供を追及して頂きたいと思います。</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>・ 事業計画は策定されていましたが、中・長期計画が確認できませんでした。中・長期計画を明文化し、それを基に単年度の事業計画も立案されては如何でしょうか。</li> <li>・ 実習生受入れの基本姿勢の明文化や実習指導者への研修が実施されていませんでした。法人内で実習指導者としての一定の基準（経験年数や有資格などを考慮した基準）を定め、各事業所の指導者を集めた内部研修を実施されては如何でしょうか。</li> <li>・ 初回アセスメントは実施されていましたが、定期的な見直しが不十分でした。介護認定の更新や変更に合わせて、アセスメントの見直しを実施されては如何でしょうか。利用者の心身の状態を定期的に確認し、記録することが重要と考えます。</li> <li>・ 利用者の記録等の開示や保存に関する規程はありましたが、記録の持ち出しや廃棄に関する規程はありませんでした。持ち出しや廃棄に関する条項も記載した文書管理規程等を策定され、現場職員に対して周知を図られては如何でしょうか。</li> <li>・ 自主点検を除く、年 1 回以上の自己評価が実施出来ていませんでした。自己評価表の形式については、法人内の他の通所事業所と情報交換したり、第三者評価項目を利用したりされては如何でしょうか。サービス内容に対しての職員の意識向上に繋がると考えます。</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	2673200297
事業所名	医療法人 啓信会 デイサービスセンターリエゾン健康村
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護予防通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年11月13日
評価機関名	特定非営利活動法人 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。	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)		1)理念をフローア内に掲示し、職員や利用者に周知している。パンフレットに理念を記載し、利用者・家族に周知している。 2)法人会議、センター長会議、部門別会議、管理者会議、デイ会議等で案件別の意思決定方法が定められている。「職務権限規程」に役割・責任が明確に定められている。		
<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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		3)利用者への満足度調査や部門別会議、デイ会議等での職員の意見をもとに、単年度事業計画を策定しているが、中・長期計画は確認出来なかった。 4)事業計画には入浴・食事・プログラム等の業務ごとの課題を反映させ、取り組み目標を明記している。部門別会議やデイ会議、業務改善委員会で課題の達成状況等を話し合っている。		
<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	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。	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)		5)「職員倫理規程」や「法令遵守規程」を策定し、職員に研修等で法令遵守を周知しているが、関係法令のリスト化は出来ていない。 6)「職務権限規程」や人事考課表の中で管理者の役割・責任が文書で明確に定められている。日々のミーティングや毎年の職員面談の中で、職員の意見を聞く機会を作っている。 7)管理者は常に施設内で指示できる状況にあり、記録や報告書にも目を通している。不在の時は携帯電話で連絡が取れ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	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	B
		(評価機関コメント)		8) 介護福祉士や介護支援専門員の取得支援として、法人内の養成校への研修参加を促したり、研修費を補助している。人事体制に関する基本的な考え方や基本方針は明文化されていない。 9) 法人全体のキャリアパス委員会を中心に、新人研修、管理職研修等の階層別研修を計画・実施し、「職員個人票」に資格や内部研修参加履歴等を記載している。 10) 各施設内に実習担当職員を置き、介護職員初任者研修の実習生を受入れている。実習の受け入れに関する基本姿勢の明文化や、実習指導者に対する研修の実施は出来ていない。		
<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。	B	B
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇が取得しやすい環境を整備している。職員の負担軽減になるように、機械浴やシャワーチェア等の介護機器を導入している。 12) 福利厚生制度「わかば会」があり、毎年、旅行や宴会等を実施している。法人内に産業医はいるが、メンタルヘルス相談ができることは周知できていない。		
<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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		13) パンフレットを市役所や病院等の関係機関に配布している。夏祭り等の行事案内を自治会の回覧板で地域に広報している。 14) 地域で開催される認知症カフェに職員が参加している。京田辺市の事業所連絡会や地域ケア会議等に参加して民生委員等と話し、福祉ニーズの把握に努めている。		

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) 事業所の情報をパンフレットやホームページで分かりやすく提供している。お試し利用や見学・問い合わせの希望に対応している。		
<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) 重要事項説明書を用いて内容や料金の説明を行い、同意を得ている。利用者の判断能力に支障がある場合は、ご家族等と契約締結している。		

(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。	B	B
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)所定の様式を用いてアセスメントを行い、利用者や家族から聞き取り記録している。定期的なアセスメントの見直しが出来ていないケースが散見された。 18)本人・家族の希望を取り入れながら、居宅サービス計画書と連動した通所介護計画書を作成し、同意を得ている。サービス担当者会議には必ず参加している。 19)介護支援専門員や主治医等が参加するサービス担当者会議に出席し意見交換している。事業所の理学療法士や作業療法士の意見を個別援助計画書に反映させている。 20)利用者の状況の変化やサービス状況を確認し、介護支援専門員に毎月報告している。3ヶ月に1度モニタリングを実施し、必要に応じて個別援助計画の見直しをしている。		
(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)		21)利用開始時や退院時には、介護支援専門員を通じて主治医や看護師等からの情報を得ている。必要に応じて、利用者の主治医にデイ利用時の様子を報告している。		
(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)		22)業務マニュアル、介助マニュアル、服薬管理マニュアル等の各種マニュアルが作成され、職員に周知されている。年1回、マニュアルを見直している。 23)利用者一人ひとりのケースファイルを作成している。新人研修等でプライバシー保護や守秘義務等に説明をしている。記録等の保管や持ち出し・廃棄に関する規程は確認出来なかった。 24)毎日、終礼時に申し送りを実施し、記録している。毎月のデイ会議や必要時のケアカンファレンスで情報共有を図っている。 25)送迎時や毎日の『リエゾンノート』(連絡ノート)等で家族との意見交換を行っている。サービス担当者会議に参加し、家族の希望等を聞いている。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		26)感染症についてのマニュアルを作成し、定期的に更新している。職員への内部研修を実施している。毎年、職員に対してインフルエンザの予防接種を実施している。 27)毎朝、職員が分担して清掃している。施設内は整理・整頓され清潔に保たれている。消臭剤等を使用して臭気対策を実施している。		

(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。	B	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)		28)事故防止や緊急時対応のマニュアルを整備し、内部研修も実施している。事故や緊急時等における指揮命令系統も明確になっている。事業所近くに住む法人内の職員が緊急時に駆けつけ、法人全体で助け合う訓練を実施している。 29)「できごと報告書」で事故・ヒアリハット等を報告し、対応や対策まで記録している。事故等の再発防止について、ミーティングで検証している。 30)年2回の消防避難訓練を実施している。非常災害マニュアルを作成して職員に周知しているが、地域との連携を意識したマニュアルにはなっていない。		

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。	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)		31)身体拘束や高齢者虐待防止のマニュアルを作成し、職員に周知している。年1回の職員研修も実施している。 32)毎年、プライバシー保護についての研修を実施している。プライバシー保護マニュアルが作成されていると共に、羞恥心に配慮したサービス提供を心がけている。 33)新規申し込みについては原則断らないようにしている。利用希望日もできるだけ希望に沿うようにしている。				
(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	A		
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口にご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)		34)意見や要望等は連絡ノートや送迎時の意見交換で実施している。利用者・家族に満足度調査を年2回実施している。 35)利用者・家族へのアンケートを実施し、集計結果を返答している。苦情や意見を「苦情受付報告書」に記録し、職員間で検討し返答している。 36)重要事項説明書に苦情受付担当者や公的機関の相談窓口を記載している。事業所関係者以外の第三者委員が設置出来ていない。				
(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。	B	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	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。	B	B		
(評価機関コメント)		37)利用者・家族に対して満足度調査を年2回実施している。満足度調査で提出された意見・要望等は、デイ会議で検討し、対策や改善内容を職員で共有している。 38)サービスの質の向上について、事業所のデイ会議や法人全体の業務改善委員会等で話合っている。他事業所の取組内容などを法人全体での部門別会議に参加して情報収集している。 39)評価を行う担当者を決めている。年1回以上の自主点検以外の自己評価は実施出来ていない。				