

様式 7

アドバイス・レポート

2020年 4月14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

2020 年 2 月 27 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 総合ケアステーション】様につきましては、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

特に良かった点とその理由
(※)

1. 事業所の組織体制が確立しています

- 当事業所は、紫野診療所の開設から約 70 年を迎える歴史ある医療法人が経営されています。経営責任者は、公正・適切なプロセスで意思決定を行ない、事業所の運営方針を定め、運営管理者やスタッフとともに、地域住民や利用者に信頼される事業所づくりを目指しておられます。法人理事会・評議員会・常務会・エリア管理委員会・エリアリーダー会・部会等が定期的に開催される等組織体制が確立されています。法人内の各事業所とともに、地域の医療・介護の水準向上に意欲的に取り組んでおられます。
- 事業所の運営も組織としての透明性を感じました。職員の声からも信頼度の高いことがうかがわれました。

2. 利用者・家族の要望に耳を傾け、個別ケアに取り組んでいます

- 事業所の運営方針をわかりやすく表現した「私らしい毎日をおてつだい」をキャッチフレーズにして、利用者や家族の立場に立って要望を聴き、それを個別援助計画に反映させています。
- 日常生活の維持・向上を目指してアクティビティにも工夫され、デイサービスに来て、自宅ではできなかった自分の特技（能力）を発揮し、趣味に取り組むことで、一人ひとりのやりがい・生きがいに繋がっています。アンケートやヒアリングからも「心配りが細やか」「直ぐに気がついて対応してくださる」などのサービスに満足されている意見が多く見られました。

3. 感染症の対策及び予防対策が充実しています

- 感染症マニュアルや感染対策委員会が整備されており、法人のエリア内研修にも積極的に参加し、伝達研修を通じて全スタッフに周知できています。
- その結果、看護師をリーダーに、スタッフもインフルエンザ対策やノロ対策などの対処方法を習得できています。トイレには、ノロ対策に必要

	<p>な物品を、誰もが分かるように配置されています。事業所内だけではなく、送迎の車中にも、手袋・マスク・アルコールスプレー等の感染対策グッズが常備されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 職員間の情報共有とサービスの公平化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 朝礼時や業務終了時のミーティング・5分間ミーティングで、利用者の情報共有を図っておられます。日誌には、特記事項や担当者会議、その他連絡事項等の記載があり、スタッフ間で共有するために職員が押印し、確実に周知出来る体制を取られています。援助が必要な利用者については、活発に意見交換されているようですが、特記事項のない利用者については、3ヶ月に一度のカンファレンスが行なわれていないようでした。 <p>2. 第三者への相談機会の確保が必要です</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 重要事項説明書の「要望、意見、苦情申立窓口」に、苦情解決責任者と第三者委員の記載がありませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 職員間の情報共有とサービスの公平化について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ スタッフ間の情報共有は、朝会と夕方にミーティングがあり、特記事項や会議伝達・連絡事項等、主要な伝達は行えています。3ヶ月に1回は、全ての利用者に対して、ケアカンファレンスを開催し、その内容を記録に残し、サービスに格差が生じないようによりよいサービスの向上に努めていただきたいと思います。 ○ 本調査時の話し合いの祭に、現在、週2、3回特定のテーマを決め実施している「5分間ミーティングの活用」という提案がありました。ぜひ実行され5分間ミーティングで話し合われた事柄も「ケアカンファレンス」として記録の記載をお願いします。 <p>2. 第三者委員の選任を進めてください</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者・家族のなかには、利用している事業所の関係者ではなく、「第三者」に相談したい場合もあります。運営管理者や職員とは別に、中立公平な立場で相談を受ける「第三者委員」の選任が必要です。 ○ 第三者委員を複数選任していただき、重要事項説明書に明記してください。併せて、苦情解決責任者を配置してください。

※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	2670100490
事業所名	医療法人葵会 総合ケアステーション
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)	
訪問調査実施日	2020年3月12日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	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)			① 「民医連綱領（無差別・平等の医療と福祉の実現をめざす）」の実現に向けた医療法人葵会の理念・事業所理念・運営方針がHPや広報誌等で明確にされています。年度末に開催する全員参加の総括・方針決定会議や部会（毎月1回開催）を通して、法人の介護・福祉の理念や事業所の運営方針が、全職員に周知されています。 ② 理事会・評議員会、エリア管理委員会、エリアリーダー会議、デイサービス部会等が定期的に行われ、職員の意向が反映される体制が確立しています。職務規程に基づき、責任分担が明記され、介護現場からも積極的に管理職に登用するなど、現場職員へ権限委譲が図られています。		
(2) 計画の策定						
	事業計画等の策定	3		組織として介護サービスの質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 法人の中・長期計画に基づき、介護サービスの質向上や地域のニーズに応えるよう「総括・方針決定会議（毎年度末に職員全員参加で開催）」で、1年間の振り返りと改善策を討議のうえ、次年度の事業計画（部署目標）を定めています。 ④ 毎月開催する部会で、当初目標の進捗状況や課題を確認し、10月には上半期の達成状況を振り返り、下半期の達成目標を明確にして、事業計画の達成に向けた取り組みを進めています。		

(3) 管理者等の責任とリーダーシップ

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)		<p>⑤ 遵守すべき法令等については、法令遵守規程(業務管理体制)が定められ、職員は必要な法令をいつでも閲覧できます。経営責任者や運営管理者は、外部研修(行政主催の集団指導、報酬改定等)に参加し、最新情報の把握に努め、毎月1回開催する部会や研修会等で、全職員に必要な情報を伝えています。</p> <p>⑥ 運営管理者は、日々のミーティングで職員の声を聞くとともに、部会で職員と意見交換を行ない、事業所の運営に反映させています。運営管理者は、全職員のメンタルヘルスチェック結果を把握するとともに、個別ヒアリングを実施して、職員の意見を聞く機会を設けています。また、法人介護部会で他事業所の管理者等と討議を行ない、相互評価を行なっています。</p> <p>⑦ 運営管理者は、事業所において執務し、管理日誌等でも事業の実施状況を把握しています。緊急時や不在時には、携帯電話等で連絡が取れる体制ができています。</p>		

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

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

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)		<p>⑧ 法人の職員採用基準に基づき、有資格者を優先的に採用し、人員確保に努めています。採用後は、資格取得に向けて内部研修等の実施や受講費の支援を行なっています。</p> <p>⑨ 法人の年間研修計画に基づき、新人研修、一次・二次・管理者研修と階層別に研修を実施し、勤務時間内に研修を行なうなど、職員が参加しやすいよう配慮しています。ミーティングや部会で意見交換を行ない、学習会で得た知識を伝達講習するなど、学びの共有を図っています。また、認知症実践者研修(参加費用は法人負担)受講者が、職場内で講習を行なっています。</p> <p>⑩ 実習受け入れマニュアルに基づき、実習生(看護学生)を積極的に受け入れています。地域の中学校が実施する生き方探求チャレンジ体験事業を受け入れ、中学生の育成支援に努めています。</p>		

(2) 労働環境の整備

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。	A	A
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)		<p>⑪ 職員の有給休暇等の希望に配慮のうえ、勤務表が作成されています。有休の取得促進、育児休業・介護休業制度の整備、育児や個々の生活に応じた時差出勤など個々の事由に配慮し、職員の勤労意欲を引き出しています。リフト車や回転式シートを搭載した送迎車両や入浴ではシャワーキャリー(複数台)を導入するなど職員の負担軽減を図る取り組みを進めています。また、中重度利用者への移乗介助等の講習を行ない、腰痛への負担軽減を図っています。</p> <p>⑫ 職員や家族が悩みを相談できる外部の専門機関のパンフレットを配布し、相談できる体制を確保しています。併せて、管理者による職員ヒアリング(年1回)と、メンタルヘルスチェックを実施しており、法人本部等へも相談できる仕組みがあります。福利厚生制度として共済会に加入しており、全職員参加の忘年会を、全額法人負担で実施しています。2階の会議室にソファを設置し、職員の休憩室として使用しています。</p>		

(3) 地域との交流

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)		<p>⑬ 法人の理念や事業概要は、パンフレット・広報誌、HP等を通じて地域住民に周知しています。地元自治会が開催する夏まつりや法人が中心となり運営している「健康友の会」の行事(お花見・バザー・食事会・紅葉狩り・家族会等)などの情報を、利用者・家族等に広報誌等で提供しています。</p> <p>⑭ 地域住民も参加する圏域の事業所交流会の運営に関わり、医療・福祉・介護や災害等に関する研修会の開催や情報提供に努めています。認知症実践研修を受講した職員が講師となり、事業所交流会で、認知症に対する正しい知識と理解を深める活動を進めています。</p>		

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

Ⅲ 適切な介護サービスの実施

(1) 情報提供

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)		<p>⑮ 葵会のHPの中のデイサービス部門のページも分かりやすく、ブログも毎月更新されています。但し、毎年の満足度調査や第三者評価の最新情報の更新が来ていませんでした。また、「デイおたより」(毎月発行)や広報誌「むつみ」(年2回発行)を、利用者・家族や関係者に配布することで、事業所情報の提供を行なっています。施設見学は、予約なしでも受け入れ、希望があれば一日体験も受け入れています。</p>		

(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)		<p>⑯ 重要事項説明書を用いて、詳しく説明のうえ、書面にて同意を得ています。後見人制度や権利擁護事業を活用し、現在、3名の利用者と契約を結んでいます。</p>		

(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)		<p>⑰ 本人・家族や介護支援専門員から利用者の心身の状況や生活状況を把握し、利用者のニーズも含めてアセスメントを行ない、個別援助計画を策定しています。毎月の部会やミーティング、5分間ミーティング等で事例検討を行ない、複数の視点からニーズの把握と課題の抽出を行ない、アセスメントに反映させています。</p> <p>⑱ 利用者の希望や趣味等を聞き取り、デイサービスを利用することで元気になれる「元気目標」を設定するなど、デイサービスに来られる度に知り得る利用者の思いを尊重しています。</p> <p>⑲ サービス担当者会議に参加し、利用者の情報共有と意見交換を行なっています。看護サマリー(診療情報提供書)や主治医意見書の提供を、介護支援専門員から受けています。</p> <p>⑳ モニタリングは毎月行なわれ、介護支援専門員へ報告されています。個別援助計画は、3ヶ月に一度の見直しを行ない、ミーティング等で利用者の変化等を確認し、変更時は他の事業所や医療機関、介護支援専門員等専門家との意見交換をしています。しかし、「計画を見直す必要のある状況」の基準を定めておくことが必要と思われる。</p>		
(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)		<p>㉑ 初回面談時に、サマリーや聞き取りにて生活状況を把握していますが、看護師等で対処出来ないデイサービス利用時の新たな課題事例については、介護支援専門員へ連絡し、判断を仰いでいます。連携機関や団体等のリスト化がされていて、利用者の退院時には、カンファレンスに参加し、スムーズな利用継続に繋がるよう調整しています。</p>		

(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	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。	A	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	B	A
(評価機関コメント)		<p>② 各業務ごとにマニュアルが作成されており、改訂履歴が記載されています。しかし、全てのマニュアルは「通所介護部ファイル」に一括して綴じられており、事業関係書類と利用者にかかわるマニュアル等が混在し、その全てには見出しを付けずにいるため、閲覧の不便さを感じました。また、マニュアル見直しの基準が、明文化されていませんでした。その他、認知症対応等、利用者の心身の状況に寄り添った手順書等を整備することで、職員の経験年数に関係なく、統一したサービスの提供が可能になると思います。</p> <p>③ 日々の利用者の状況を記載した実行表の複写を家族に渡し、双方が保有出来るようにしています。他事業所からの情報は、利用者カルテに記載し、整理しています。記録は、規程に基づき5年間保管されています。個人情報の取扱については、法人内の研修で周知・徹底を図っています。</p> <p>④ 朝礼時や業務終了時のミーティングで、利用者の情報共有を図っています。日誌には、特記事項や担当者会議、その他連絡事項の記載欄があり、確実に情報共有するために供覧し、押印しています。特に援助が必要な利用者については、スタッフ間で意見交換が行なわれていましたが、全ての利用者に対しての定期的なケアカンファレンスは、実施されていませんでした。</p> <p>⑤ 実行表の「利用者・家族」の記載欄には、自宅での様子やサービスに対する意見の記入があり、情報は、利用者と事業所双方で共有できています。重要なことは、送迎時にも伝達確認し合うなど、家族と会える短い時間も有効に活用しています。</p>		
(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	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)		<p>⑥ 感染症マニュアルが整備されています。全職員が研修に参加し、周知・徹底が図られていて、感染症対処方法の習得が出来ています。事業所内だけでなく、送迎車両にも手袋・マスク・アルコールスプレー等の感染予防グッズが常備されています。</p> <p>⑦ 事業所内は、仕切りがなくて広々とした空間で構成され、整理整頓が行き届いていました。トイレは、常に消毒や清掃等が行なわれ、臭気もなく清潔な環境が確保されていました。施設内の日々の清掃は職員が行ない、年3回業者による大型定期清掃や月1回の害虫駆除を実施して、環境整備に努めています。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>㉔ 事故・緊急時対応等のマニュアルがあり、酸素ボンベやAED使用法の研修、「緊急シミュレーション」等の学習会に参加し、実践的な対処法の習得に努めています。事故発生もしくは危険予測時には、必ず検証カンファレンスを行ない、改善策を講じています。</p> <p>㉕ 「事故・ヒヤリハット報告書」は、法人内で統一され、事故等の内容や原因が分かりやすく記載されています。ヒヤリハット等の事例を、夕方のミーティングで検討し、翌日の朝礼時で報告、部会で再検証し、事故防止委員会（月1回開催）に繋げています。</p> <p>㉖ 災害対応マニュアルがあり、年2回避難訓練を行い、その内1回は、消防署と一緒に、近隣の住民と合同で消火訓練を実施しています。ハザードマップや防災グッズは、事務所内の目の付きやすい場所（階段）に設置しています。台風などの自然災害時には、法人本部からの指示で、常勤職員が利用者に連絡対応しています。</p>		

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)		<p>㉗ 民医連綱領や法人理念、マニュアルの中に、利用者の意思や人権を尊重したサービスを行なうことが明記されています。ご意見箱や連絡帳を活用し、利用者・家族の思いを汲み取り、ミーティングや部会を通して、情報の共有を図り、改善に努めています。法人内で身体拘束廃止・虐待防止・人権擁護等の研修会を実施し、参加した職員は部会を通して全職員に伝達しています。</p> <p>㉘ トイレや入浴時のプライバシー保護については、ハード面での配慮が十分に成されていました。また、立位困難な利用者の入浴時には、ミーティングでケアの方法を決定し、同性介助を行なうなど、きめ細かな取り組みが行なわれています。</p> <p>㉙ 利用者の受け入れについては、医療的な処置を担当する看護師の意見を取り入れ、原則断らずに受け入れています。認知症利用者の受け入れに当たり、認知症実践研修者を配置して、職員の認知症への学習と理解を深めたうえで、積極的に受け入れています。</p>			

(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)		<p>③④ 連絡帳や送迎時の聞き取り等で利用者の意見や要望の収集に努めています。利用者や家族から寄せられた情報は、ミーティングや部会で報告・検討して、改善策に繋げています。満足度調査を年1回実施し、広報誌等で公開しています。</p> <p>③⑤ 収集した意見や要望は、ミーティングや朝礼時に周知し、共有していますが、迅速な対応が必要な案件については、5分間ミーティングを開催し、出来るだけ多くのスタッフで検討する工夫が成されています。毎年満足度調査を実施し、分析した結果を「おたより」やフロア内で公開しています。</p> <p>③⑥ 要望や苦情等については、マニュアルに基づき対応しています。「要望、意見、苦情申立窓口」は、重要事項説明書に記載されていますが、苦情解決責任者と第三者委員は設置されていませんでした。公正・中立な立場で助言を行なう第三者委員の選任と苦情解決責任者の配置が必要と思われます。</p>		

(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。	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)		<p>③⑦ 利用者満足度調査を年1回実施し、その結果を検討し、業務改善に繋がっています。利用者から「脱衣室で上靴を利用したい」との意見・要望について、2足制を取り入れることは難しく、入り口に足拭きマットの設置やスタッフの土足厳禁などの改善策を講じました。また、接遇に関する意見についても、部会で接遇のあり方を学習し、あいさつや話し方、利用者の見送り方などの改善策を講じるなど、職場内で注意しあえる雰囲気作りができています。</p> <p>③⑧ 質の向上に向けて、法人内の関連事業所間で情報交換を行ない、業務改善を図っています。サービス内容の検討会に多くの職員が参加出来るよう、5分間ミーティングを導入するなど、職員の参加率を高め、効率的な討議が出来るよう工夫しています。生活圏域の学習会や交流会、催し物に参加し、他の事業所の取り組みを知り、情報交換をしています。</p> <p>③⑨ 年度末に開催する総括・方針決定会議で一年間の総括としてサービス評価を行ない、次年度の事業計画に繋がっています。第三者評価を3年毎に受診しています。</p>		