

# 評価結果概要版



令和5年度

通所介護【デイサービス】

利用者調査と事業評価（組織マネジメント項目・サービス項目）の評価手法

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 法人名称    | 医療法人財団百葉の会        |
| 事業所名称   | 港区立芝高齢者在宅サービスセンター |
| 事業所所在地  | 東京都港区芝3丁目24番5号    |
| 事業所電話番号 | 03-5232-0848      |

## 事業者の理念・方針

| 理念・方針                           |   |
|---------------------------------|---|
| 事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など） | 1)自らが受けたいと思う医療と福祉の創造【湖山医療福祉グループ理念】<br>2)「老いていくことが怖くない未来」にしていくために。【百葉の会ビジョン】<br>3)個を大切にし、心を満たす医療・福祉の創造<br>4)地域社会との対話と交歓<br>5)安定と健全な発展・誇れる職場の創設 |

## 全体の評価講評

特に良いと思う点

### ・様々な形で利用者・家族のニーズを把握し、応えようとしており、法人理念の実現に努めている

事業所では、顧客満足度向上に向け、地道な取り組みを重ねている。法人が実施する顧客満足度アンケート、嗜好調査アンケート等により、事業所運営に対する利用者の意向・ニーズを収集し、運営会議・職員会議にて把握・検討・実施している。また、開かれた職場の雰囲気から、職員のアイデアが組織運営に反映される体制が整備されている。チームケア学会への研究発表の取り組みも、利用者ニーズや地域ニーズを顕在化し、実現につなげていく姿勢の現れといえる。法人理念の「自らが受けたいと思う医療と福祉の創造」の実現に努めている。

### ・毎日の食事の際に栄養士が利用者に食事の感想を聞き取り、食事を楽しめるように取り組んでいる。

食事は、事業所内の厨房で調理されており、利用者の嗜好、量、食形態に対し個別の対応が行われている。メインのおかずは肉・魚から選べ、食形態は一口大、刻み、ミキサー食、ムース食の4種類がある。主食は常食・軟飯・全粥の3種、量は90g・110g・130gと、自由に組み合わせることができている。利用者の体調に合わせて食形態・量を変更されている。季節のイベント食・リクエスト食などのアンケート調査も行われ、毎日の食事の際には、栄養士自ら、利用者一人ひとり観察・聞き取りを行い、食事を楽しめるように取り組んでいる。

### ・各種マニュアルを整備改善し、その活用を図っており、ヒヤリハットへの意識も高まっている

法人グループで作成している事業運営マニュアルや、法人統一のマニュアルが整備されているが、その分量が多く、必要な情報が見つけないという課題があった。昨年より、各フロアごとに精査したマニュアルを設置する等、課題解決に取り組んでいる。今年度は項目ごとに見出しを付け、必要時に直ぐ分かるようにしており、マニュアル活用が図られている。また、インシデント、アクシデント報告書のファイリングの整備も行われ、どの職員でも見やすくなり、情報共有が速やかに行われ、ヒヤリハットへの意識も高まり、安全な運営に繋がっている。

さらなる改善が望まれる点

### ・プロモーション活動を継続的に実施し、より多くの人に事業所を利用してもらうことが望まれる

事業所では「芝デイに行きたい！と思える魅力の発信」というスローガンを掲げ、平均稼働率の維持に取り組んできた。新規居宅介護支援事業所への情報提供、既存居宅介護支援事業所との連携、こまめな連絡、方法・仕方の工夫等により成果につながっている。今後は、現在実施している、アンケート調査と広報活動に力を入れる、ケア取り組み状況の発信、レクリエーションメニューを刷新し魅力あるものにしていく等の取り組みのブラッシュアップを図り、さらなる成果につなげ、より多くの人に事業所を利用してもらうことが望まれる。

**・重複している内容の帳票をICT化する等、事業作業の効率化について検討していくことが望まれる**

事業所では、利用者のその日の状態や気づいたこと等を詳細にケース日誌に記載している。しかし、利用者ファイルの経過記録にも重複する内容を記載する必要があり、事務処理に時間を要するため、コピーし、切り貼りがされている。こうした作業について、ICT化を図ることによって、作業効率を向上させるとともに、データの蓄積が可能となり、エビデンスに基づく介護サービス提供につながっていくと思われる。今後、事業所におけるICTの導入等、事業作業の効率化について検討を進めていくことが望まれる。

**・年齢や経験年数を精査した研修の取り組みにより職員のさらなるスキルアップが望まれる**

職員育成や研修に関して、事業計画書の中で重要課題として取り組んでいる。職員も積極的に参加しており、研修報告も随時行われている。一方、職員アンケートの結果からは、振り返りや全体への通達、情報共有に関する改善の意見が挙がっている。また、認知症ケアに対する職員の専門性向上への指摘も見受けられた。今後は、職員の経験年数や知識を精査した上で、職員各自に必要な研修や講習会への参加を促し、職員の資質向上や、より良い利用者支援につなげていくことが望まれる。様々な学びを、更なる質の向上につなげていくことが望まれる。

## 事業者が特に力を入れている取り組み

**・チームワーク学会への研究発表にチャレンジし、チームケアの充実を目指している**

事業所では、毎夕礼時のカンファレンスやミーティング時に、日々の気づきを発言し合っている。外部研修を受講した職員による伝達研修の実施もある。開かれた職場の雰囲気が醸成されており、チーム連携を進めている。現在、「チームケア学会への研究発表」に向けて、興味関心シートを活用し、利用者が家でできないことを事業所でやる、地域支援センターとの連携により在宅高齢者の見守りをサポートする、といった仮テーマで研究を進めている。研究発表を機に、支援の向上を図り、さらなるチームケアの充実を目指している。

**・顧客満足度アンケートを年1回実施し、様々な意見を取り入れ、改善を図っている**

「サービスの内容」、「職員対応」、「環境・食事について」の項目ごとに、利用者からの感想や意見を集約し、その結果を利用者及び家族に配布している。そこで寄せられた要望を受けて改善策を提示している。例えば、「連絡帳の記載内容が定型文のみの時があり、施設での様子をもう少し詳しく知りたい」という要望に対して、連絡帳以外でも送迎時に様子を伝える等、対応を図っている。利用者や家族の思いに沿った対応ができるように努めている。職員間で真摯に受け止め、改善策を前向きに検討し、ケアの向上につなげている。

**・緊急時対応のフローを掲示し、速やかに対応できる仕組みを作っている**

事故発生時対応マニュアル、離院離設マニュアル、防災マニュアル等のマニュアルをわかりやすく整備している。各フローには、種類別にフロチャートを掲示している。事業所全体で定期的に防災訓練を行い、フロチャートを確認しながら素早く対応できる仕組みを作っている。利用者の健康維持のため、急変時にはかかりつけ医や希望の病院への連絡がすぐに行えるよう、利用者別緊急時連絡カードを準備している。日々の内服管理もフロチャートに基づき、看護師と当日の看護リーダーで持参した薬を薬箱にセットし、ダブルチェックするようにしている。

## 利用者調査結果

有効回答者数/利用者総数

58/75

はい どちらともいえない いいえ 無回答・非該当

|  |       |       |                |              |
|--|-------|-------|----------------|--------------|
| 1. 利用時の過ごし方は、個人のペースに合っているか                       | 75.0% | 13.0% | 6.0%           | いはいえ：3.0%    |
| 2. 日常生活に必要な介助を受けているか                             | 75.0% | 10.0% | 8.0%           | 5.0%         |
| 3. 利用中に興味・関心が持てる行事や活動があるか                        | 60.0% | 22.0% | 12.0%          | 5.0%         |
| 4. 個別の計画に基づいた事業所での活動・機能訓練（体操や運動など）は、在宅生活の継続に役立つか | 77.0% | 18.0% | いはいえ：1.0%      | 無回答・非該当：1.0% |
| 5. 職員から適切な情報提供・アドバイスを受けているか                      | 68.0% | 20.0% | 5.0%           | 6.0%         |
| 6. 事業所内の清掃、整理整頓は行き届いているか                         | 87.0% | 10.0% | いはいえ：0.0%      | 無回答・非該当：1.0% |
| 7. 職員の接遇・態度は適切か                                  | 87.0% | 8.0%  | いはいえ：1.0%      | 無回答・非該当：1.0% |
| 8. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか                        | 84.0% | 8.0%  | どちらともいえない：3.0% | いはいえ：3.0%    |
| 9. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか                       | 62.0% | 17.0% | 18.0%          | いはいえ：1.0%    |
| 10. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか                        | 86.0% | 8.0%  | いはいえ：1.0%      | 無回答・非該当：3.0% |
| 11. 利用者のプライバシーは守られているか                           | 81.0% | 10.0% | 8.0%           | いはいえ：0.0%    |
| 12. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか               | 67.0% | 22.0% | 8.0%           | いはいえ：1.0%    |
| 13. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか                   | 77.0% | 15.0% | いはいえ：3.0%      | 無回答・非該当：3.0% |
| 14. 利用者の不満や要望は対応されているか                           | 70.0% | 18.0% | 8.0%           | いはいえ：1.0%    |
| 15. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか         | 44.0% | 31.0% | 8.0%           | 15.0%        |