

アドバイス・レポート

平成 20 年 2 月 6 日

平成 19 年 10 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた亀岡あゆみデイサービスセンター様につきましては、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

| | |
|----------|--|
| 評価が高かった点 | <p>1) 利用者の自己決定の尊重 ご利用者が朝センターに来られた時に、その日のレクリエーションメニューと、午前・午後の入浴時間と、3 時の飲み物を自分で選べるよう掲示板の工夫しておられます。</p> <p>2) 個別レクリエーションへの取組み 先進的に小グループでの個別レクリエーションに取り組み、多様なご利用者のニーズに応えるサービスを提供しておられます。</p> <p>3) 空間の有効利用 広い建物の環境のメリットを活かして、ダイルームと食堂スペースを分離され、また食堂スペースもレクリエーション活動へ有効に利用されるなど多彩なサービスを提供しておられます。</p> <p>4) 利用者の個別ニーズへの配慮 明確に希望としては出されない利用者の気持ちにも配慮して施設環境を整備されるなど、利用者の個別のニーズへも施設としてきめ細かく対応しておられます。</p> <p>5) I (2) ①責任者等の協働 スタッフの連携、人材育成 スタッフの意向の把握や、人材育成にユニークな取組みを行っておられ、スタッフと管理者の意思疎通を大変有効に行い、スタッフの質の向上につなげる取組みを行っておられます。</p> <p>6) I (3) ①利用者・家族の希望尊重 利用者の希望の尊重 個別レクリエーション導入に際しご利用者にアンケートを実施し、ご利用者の意思を確認しながら導入してこられたとのことで、ご利用者のご意向・希望を尊重したサービス作りをしておられます。</p> |
| 理 由 | <p>1) 利用者自身が個別のサービス内容を選ぶことができる機会を設けておられ、個人の自己決定を尊重する施設運営を行っておられます。また、自分でプレートを選んでボードに貼り付ける方法は、ご利用者自身が後で自分の選択を確認でき、トラブルを避ける上でも有効と思います。</p> <p>2) 他の事業所に先駆けてご利用者の個別ニーズに配慮したサービスのあり方やサービス内容を検討してこられた所に、ご利用</p> |

| | |
|------------------|---|
| | <p>者の立場に立ったサービス作りに積極的に取り組んできておられる施設であることが感じられました。また、元々午前も午後もゆっくりとした入浴をして頂くために個別レクリエーションの導入を図られたとのことで、レクリエーションの充実だけでなく基本的な介護サービスの質的向上も併せて目指されていると思いました。</p> <p>3) 食堂とデイルームを分け、デイサービスでのご利用者の一日の過ごし方に変化をつけておられると思います。またレクリエーションもそれぞれのスペースで分けて実施しておられ、歌など音の出るレクリエーションと他のレクリエーションプログラムの場所を分けて行うなど、状況に応じて建物環境を有効に活用したサービスを提供しておられます。</p> <p>4) トイレで髪を整えておられる女性のご利用者のために部屋の一部を囲って入浴後に人に見られず整容することができるスペースを設けるなど施設として対応しておられ、直接訴えのないニーズにも配慮した、ご利用者の立場に立った施設づくりをしておられることが感じられました。</p> <p>5) スタッフを対象とする意見箱を複数設置されたり、個人目標シートを活用したり、職場内で介護や医療、制度に関する基本知識の小テストを実施されるなどのユニークな工夫を通して管理者とスタッフとの意思の疎通をしっかりと図っておられ、管理者とスタッフの関係性を基礎に人材育成やサービスの質の向上に繋げようとされていることが窺えました。</p> <p>6) 懇談会やアンケートで個別のご利用者の希望を聞き取り、ご利用者の声に基づいたサービスメニュー作り進める中で、施設側がご利用者の希望の実現を形で示すことによりご利用者自身が自分から意思表示をされるようになった、とのことでした。ご利用者一人一人の希望の聴き取りと自己実現への支援を尊重したサービスを提供しておられることが感じられました。</p> |
| <p>改善努力を要する点</p> | <p>1) 食堂スペースの工夫 デイルームはしつらえに工夫をされていて居住性への配慮をされているのに比べ、食堂は食を楽しむ空間としてやや殺風景で検討する余地があるように思われました。</p> <p>2) 食堂のテーブルの配置の工夫 幅の大きな多目的の机を連ねてそのまま食堂のテーブルとして使っておられますが、居住性やご利用者同志のコミュニケーション等への配慮の点で工夫が必要ではないかと思われました。</p> <p>3) Ⅱ (1)②サービス提供に係る記録 個人記録の扱いへの配慮 デイルームでサービス提供時間中に記録を書いておられ、記録方法は検討しておられますが、更に検討が必要ではないかと思えます。</p> <p>4) Ⅲ (1)②プライバシー等の保護 トイレ入り口の工夫 トイレの入り口に目隠しがなく廊下から中の様子が見える状況でした。</p> |
| <p>理由</p> | <p>1) 食堂と隣接する倉庫スペースには目隠しを置き中が見えない配慮はなされていましたが、十分な大きさでなく中の物品が食堂の中から見え、食事の雰囲気や損なっているように思いました。また、テーブルには花を置く細やかな配慮をされていますが、食堂全体では絵が壁に一枚かけてあるだけで全体的に殺風景でせつかくの配慮が生かされていない印象でした。</p> <p>2) 比較のお元気なご利用者が多く、午後のお茶の時間にもご利用者同志よくお話をされていました。食堂のテーブルの幅が広いのか、食事中のご利用者同志の会話は少なく、また向かい</p> |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>の人に話しかけられる時もやや大きな声でお話をしておられました。テーブルの配置や形の工夫で食事の時のご利用者の会話も増え、食事の雰囲気随分変わるのではないかと思います。</p> <p>3) デイルームのパソコンは事務所に移され、またデイルームでの記録も場所を検討するなど取り組んでおられますが、日誌や連絡帳をデイルームで記入される等、更に検討の余地があるように見受けられました。</p> <p>4) トイレの位置はご利用者の移動の主動線からは外れた位置にはありますが、廊下を歩いていてトイレの中の様子が見えて、プライバシーや羞恥心への配慮の点で、また建物全体の居住環境の点からも検討が必要ではないかと思いました。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1) 倉庫スペースと食堂の間の目隠しを食堂から中が見えないようなものに換えるか、倉庫スペースの開口部全体を柄物のカーテンで覆うなど倉庫の中が見えないようにするだけでも雰囲気は変わると思います。また、広い食堂の壁面ももう少し絵や写真を増やしたり、メニュー等食事に関連する掲示物を工夫するなど食の空間としての演出を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) テーブルの形や大きさ、レイアウト等を検討して、小さなものに変更したり、食事テーブルとしては少し大きすぎる多目的机を一部間引いて小さなグループ単位で食卓をまとめるとご利用者同志の会話も弾むのではないのでしょうか。また、少々殺風景な多目的机にテーブルクロスをかけたり、トレイではなく食卓用のマットに食器を置くなど工夫すると随分家庭的でくつろげる雰囲気になるのではないかと思います。</p> <p>3) 記録業務を含む業務全体の流れを検討して、個人記録等をデイルームに持ち出さなくてもご利用者の見守りできる方法などデイルームで記録をしない方法を検討されるか、あるいは業務の流れ上デイルームでの記録がやむをえないのであればデイルームでの記録の原則を明確にしてスタッフに周知し、デイルームにファイル等が出ている時間を最小限にする方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>4) トイレの入り口にカーテンを付けるなど目隠しを施して廊下から直接トイレの中の様子が見えない配慮を検討されるのではないのでしょうか。</p> |

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|---------------------------|
| 事業所番号 | 2671600118 |
| 事業所名 | 社会福祉法人倣裏会 亀岡あゆみデイサービスセンター |
| 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 | 平成19年11月14日 |
| 評価機関名 | 京都市老人福祉施設協議会事業センター |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | |
|------------------------------|---------------|------------------|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| I 健全な組織体制 | (1)組織の理念・運営方針 | ① 理念の周知と実践 | 組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。 | A | A |
| | | ② 運営方針の周知と実践 | 事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。 | A | A |
| | | ③ 運営規程の遵守 | 事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。 | A | A |
| | (2)組織体制 | ① 責任者等の協働 | 責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。 | A | A |
| | | ② 管理者による状況把握 | 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 |
| | | ③ 透明性の確保 | 責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。 | A | A |
| | | ④ 支援体制の充実 | 利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。 | A | A |
| | (3)労働環境 | ① 労働環境への配慮 | 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 |
| | | ② ストレス管理 | 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。 | A | A |
| | | ③ 休憩場所の確保 | 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、必要な設備・備品を備えている。 | A | A |
| | (4)課題の設定 | ① 重点課題の設定 | 外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。 | A | A |
| | | ② 業務レベルにおける課題の設定 | 各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。 | A | A |
| | (5)人材の確保・育成 | ① 質の高い人材の確保 | スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。 | A | A |
| | | ② 継続的な研修の実施 | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。 | A | A |
| | | ③ OJTの実施 | スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。 | B | A |
| 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 29 | 30 |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | |
|------------------------------|---------------|----------------|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| II 適正なサービス提供体制 | (1)サービスの品質の確保 | ① 業務マニュアルの作成 | 事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。 | A | A |
| | | ② サービス提供に係る記録 | 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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。 | B | B |
| | | ③ 確実な情報伝達 | スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。 | A | A |
| | | ④ ケアカンファレンス | 定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。 | A | A |
| | (2)個別援助計画 | ① アセスメントの実施 | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。 | A | A |
| | | ② 個別援助計画の作成 | アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。 | A | A |
| | | ③ 専門家等に対する意見照会 | 個別援助計画の策定に当たり、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 |
| | | ④ スタッフの意見の集約 | 個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を採り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。 | A | A |
| | | ⑤ 個別援助計画の見直し | 定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。 | A | A |
| | (3)利用者等の希望尊重 | ① 利用者・家族の希望尊重 | 個別援助計画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 |
| | | ② 希望等を引き出す働きかけ | 利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。 | A | A |
| | (4)衛生管理 | ① 感染症の対策及び予防 | 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 |
| | | ② 事業所内の衛生管理等 | 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 | B |
| | (5)危機管理 | ① 事故・緊急時等の対応 | 事故や緊急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 |
| | | ② 事故の再発防止等 | 発生した事故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 |
| 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 27 | 28 |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | | |
|------------|------------------------------|--------------|---|------|-------|----|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 | |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | (1)利用者保護 | ① 人権等の尊重 | 利用者の人権や意思の尊重について、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 | |
| | | ② プライバシー等の保護 | 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 | |
| | | ③ 個人情報保護 | 利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。 | B | B | |
| | | ④ 利用者の決定方法 | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。 | A | A | |
| | (2)情報提供 | ① 事業所情報等の提供 | 事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。 | A | A | |
| | | ② 利用者に係る情報交換 | サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。 | A | A | |
| | | ③ 開示請求への対応 | 利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。 | A | A | |
| | | ④ 地域への情報公開 | 事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。 | A | A | |
| | (3)利用契約 | ① 料金の明示と説明 | 介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。 | A | A | |
| | | ② 合意書面の作成 | サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面に行っている。 | A | A | |
| | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 19 | 19 |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | |
|------------------------------|--------------|-----------------|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅳサービスの質の向上の取組 | (1)苦情解決 | ① 苦情・相談窓口の明示 | 利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。 | A | A |
| | | ② 苦情やトラブルへの対応 | 苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。 | A | A |
| | | ③ 第三者への相談機会の確保 | 公的機関等の窓口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 | A |
| | | ④ 苦情に基づくサービスの改善 | 利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。 | A | A |
| | (2)質の向上に係る取組 | ① 利用者満足度の把握 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。 | A | A |
| | | ② 質の向上に対する検討体制 | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。 | A | A |
| | | ③ 評価の意義についての周知 | サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。 | A | A |
| | (3)評価の実施 | ① 自主点検の実施 | 京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。 | A | A |
| | | ② 自己評価の実施 | 事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。 | B | A |
| | | ③ 第三者評価の受け入れ | 客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。 | A | A |
| 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 19 | 20 |

【大項目ごとの点数】

| 大項目 | 自己評価 | 第三者評価結果 |
|----------------|------|---------|
| I 健全な組織体制 | 29 | 30 |
| II 適正なサービス提供体制 | 27 | 28 |
| Ⅲ利用者保護の観点 | 19 | 19 |
| Ⅳサービスの質の向上の取組 | 19 | 20 |

【達成率換算表】

| 大項目 | 達成率 | | | |
|----------------|-------|-----|-------|------|
| | 自己評価 | | 第三者評価 | |
| I 健全な組織体制 | 29/30 | 97% | 30/30 | 100% |
| II 適正なサービス提供体制 | 27/30 | 90% | 28/30 | 93% |
| Ⅲ利用者保護の観点 | 19/20 | 95% | 19/20 | 95% |
| Ⅳサービスの質の向上の取組 | 19/20 | 95% | 20/20 | 100% |

