

アドバイス・レポート

平成 19 年 12 月 3 日

平成 19 年 8 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
 社会福祉法人 七野会 はつねデイサービスセンターにつきましては、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>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①理念の周知と実践 ②運営方針の周知と実践 ③運営 規程の遵守</p> <p>(2) 組織体制 ①責任者等の協働 ②管理者による状況把握 ③透明性 の確保 ④支援体制の充実</p> <p>(3) 労働環境 ①労働環境への配慮 ②ストレス管理</p> <p>(4) 課題の設定 ①重点課題の設定 ②業務レベルにおける課題の設定</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ①質の高い人材の確保 ②継続的な研修の実施 ③O J Tの実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保 ①業務マニュアルの作成 ④ケアカンファレンス</p> <p>(2) 個別援助計画 ①アセスメントの実施 ②個別援助計画の作成 ③専門 家等に対する意見照会 ⑤個別援助計画の見直し</p> <p>(3) 利用者等の希望尊重 ①利用者・家族の希望尊重 ②希望等を引き出す働きかけ</p> <p>(4) 衛生管理 ①感染症の対策及び予防 ②事業所内の衛生管理等</p> <p>(5) 危機管理 ①事故・緊急時等の対応 ②事故の再発防止等</p> <p>III 利用者保護の観点</p>
----------	--

	<p>(1) 利用者保護 ①人権等の尊重 ②プライバシー等の保護 ③個人情報保護 ④利用者の決定方法</p> <p>(2) 情報提供 ①事業所情報等の提供 ②利用者に係る情報交換 ③開示請求への対応 ④地域への情報公開</p> <p>(3) 利用契約 ①料金の明示と説明 ②合意書面の作成</p> <p>IVサービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決 ①苦情・相談窓口の明示 ②苦情やトラブルへの対応 ③第三者への相談機会の確保</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ②質の向上に対する検討体制</p> <p>(3) 評価の実施 ①自主点検の実施</p>
<p>理 由</p>	<p>1 健全な組織体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の理念に沿って方針を具体化し、春秋の法人全体会議や毎月の事業所職員会議、年3、4回の法人内の同種部会、学習会などにスタッフが積極的に参加して常に確認し実現に取り組んでいます。 ・ 大きな法人の1事業所として（認知症対応型通所介護、定員10名）、規模は小さくても役員会議にも参加し、事業所内では毎朝のミーティングや月1回の職員会議などで管理者を含むスタッフ全員が共通認識を持つように努力され、透明性のある組織運営が出来ているように見受けられます。 ・ 8人のスタッフに7種類の勤務時間帯が設けられていて、スタッフの事情に応じて働きやすいように配慮されています。 ・ 福利厚生面では法人全体として、共済会や厚生会があり充実しています。日帰り旅行、同種部会、交流会、懇親会、映画鑑賞券などがあり希望者が参加しています。 ・ 勉強会・研修会への参加が計画的に準備され、個人別年度研修計画もあり、スタッフのスキルアップ体制ができています。一方でスタッフ向けのヒヤリングが年2回設けられて達成度が確認されたり悩みやストレスが聞かれる場となっています。 ・ 組織としては年度ごとの事業目標や課題が設定され、業務レベル、および職員毎の課題も出し合って意見交換や見直しが定期的に（年2回）なされています。 ・ 資格のないスタッフに対しては法人として資格所得に向けて受験対策講座などを開設してサポートしています。 <p>II 適正なサービス提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務マニュアルについては毎月の定例会議で周知や見直しが行われています。 ・ 面接時に本人や家族から聞き取った思いや意見をケアプラ

	<p>ンに反映し、必要に応じた変更にもできるだけ対応しています。（増回、曜日、時間の変更など）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が認知症の方なので精神科医にも相談、助言を得てケアに生かしています。 ・生活保護受給者への配慮や必要に応じて法人としての減免制度を実施しています。 ・日常的には連絡帳を活用し、要望があれば相談員や管理者がすぐに自宅まで自転車で駆けつけるような、きめ細かい対応をしています。 ・感染症、衛生管理についてもマニュアルに沿った対応をされています。事業所内は整理整頓され、冷蔵庫には掃除した日付が貼られて清潔を保っています。 ・事故・緊急対応マニュアルは法人だけでなく「はつね」独自のマニュアルも作り、避難訓練も年3回実施しています。 ・事故報告書は全員に回覧、法人にも報告して再発防止をスタッフ全員で検討しています。 <p>Ⅲ利用者保護の観点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人権尊重については理念や運営方針に明記されていて、プライバシーの保護と共に法人内の学習会や研修会などで学んでいます。 ・基本的には排泄や入浴は同性介助に努めています。 ・個人情報に関するマニュアルがあり、雇用契約書にも盛り込まれていて、守秘義務についてはスタッフの誓約書をとっています。 ・事業所情報については字が小さくて多少読みにくいですが、玄関ボードに一括して掲示され、分かりやすいパンフレットやホームページもあります。また、積極的に見学や体験利用を受け入れてそこから利用に繋がっています。 ・開示請求についてはマニュアル、様式があり、開示請求や領収書の再発行などには速やかに対応しています。 ・毎月発行の広報誌はコーポの各戸へ配付。地域運営会議の会場提供及び参加。ふれあいサロンへの会場提供及び参加などで地域と密接な関係を保っています。 ・利用料については重要事項説明書などに詳しく書かれ、面接時に説明しています。食費やおやつ代の改訂時の同意書も保管されています。 ・苦情やトラブルがあれば、すぐに周知徹底と改善策を定例会議やミーティングで確認するシステムになっていますが、今までの所、事例はほとんどありません。 ・朝夕のミーティング以外に同種部会や定例会があり、サービスの質の向上に向けて十分検討されています。また、自主点検や自己評価を随時行い、サービスの改善を目指した意識付けに積極的に取り組まれています。今回の第三者評価にも全員で取り組んでいます。
<p>改善努力を要する点</p>	<p>Ⅱ適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保</p> <p>②サービス提供に係る記録</p> <p>③確実な情報伝達</p> <p>Ⅳサービスの質の向上の取組</p>

	<p>(1) 苦情解決 ④苦情に基づくサービスの改善</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ①利用者満足度の把握</p>
理 由	<p>II 適正なサービス提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 適切に記録され、目隠しをした戸棚に保管されているが、施錠はされていない。 ・ 確実な情報伝達のために確認印があった方がよいので。 <p>IVサービスの質の向上の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情・相談や事故などがほとんどないことは良いことだが更なる質の向上のために、より厳しいレベルを目指されるよう。 ・ 日常的に利用者や家族への聞き取りはしているが満足度調査としてはしていない。
具体的なアドバイス	<p>今回受診にあたって自己評価された結果、課題や改善すべき点を管理者は十分に把握されており、今後どうしていくべきかの提案もされていましたので、出来ることから早期に改善されることを期待いたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> ① ケアマネジメントについて、個別援助計画書と評価票が別々の用紙になっていますので、1枚の書式にまとめること。 ② 個別援助計画書にご本人・ご家族の要望を入れる欄がなく「その他」に記入されていることや内容もADL中心になっている点を改善すること。 ③ サービス提供状況については朝夕のミーティングや定例会議で検討、個人ケースに記録して、目隠しの付いた戸棚に保管し、終業後は部屋に施錠されているが、情報の漏洩や紛失を防ぐため戸棚に施錠してより安全を図ること。 ④ 朝夕のミーティングなどで申し送り事項が確認されていますが確認印の欄がないので改善すること。 ⑤ 苦情やトラブル、事故の事例がほとんどないようですが、サービス向上の何よりの材料として、今後はどんな些細なことでも意識して拾い上げていくよう、スタッフ全員で取り組むこと。 ⑥ 利用者の要望や満足度については、日常コミュニケーションの中で聞き取り、可能な限り要望に応じておられますが、今後さらなる質の向上に向けて、利用者家族会結成や満足度調査の実施とその公表をされるようお勧めします。 ⑦ プライバシーの観点から写真の扱いについてこれまでは口頭で了解を得られていましたが、今後はきちんと同意書などに書式化されることをお勧めします。 ⑧ トイレが1ヶ所しかないこと、入り口がコンクリートの階段を上がった2階であること、独立した職員休憩所がないことなど解決困難なハード面を何らかの形で少しでも改善できるよう、あるいはそのデメリットをメリットに変えら

れないものか今後も工夫を重ねてください。

- ・ 2階のあまり広くない空間でお元気な認知症の人のケアという制約の中ですが、散歩やドライブなどの外出を多く取り入れて、良い雰囲気の日サービスを提供されています。食事時も皆さん賑やかで明るい話し声や笑い声が聞かれ「ここに来るのが楽しみ」という利用者さんの言葉。「ゆったり一緒に楽しく」という基本目標が納得できます。この雰囲気を大事にしていかれることを望みます。
- ・ 大きな法人の理念や方針のもと、スタッフには研修や勉強会などが、非常に細かく計画され、それへの参加や報告がきちんと義務づけられているため、基本的な能力が高められていて、質の高いサービスが目指されています。今回の評価を機に、小さな気づきをも大切にしていってより高いレベルのサービスを目指してください。
- ・ 住宅街にある施設として、食材などの買い物は地域でしたり、施設を地域運営推進会議やふれあいサロンの会場として提供したり、スタッフが参加したりして、地域との関わりを大切にしています。そのため、土、日のデイが実施出来ていないという苦しい事情もあるようですが、今後も「地域に根ざしたデイサービス」をモットーに、ますます地域に愛されるデイサービスになっていくことを祈念致します。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670100078
事業所名	はつねデイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	認知症対応型通所介護
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9月27日
評価機関名	特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会

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。	B	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。	A	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。	A	A	
		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探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	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。	A	A	
	(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。	A	A	
		② 事故の再発防止等	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	
	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
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。	A	A
		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及び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より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)				20	20

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。	B	B
		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。	B	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。	A	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。	B	A
小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				17	19

【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	29	30
III 利用者保護の観点	20	20
IV サービスの質の向上の取組	17	19

【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	29/30	97%	30/30	100%
III 利用者保護の観点	20/20	100%	20/20	100%
IV サービスの質の向上の取組	17/20	85%	19/20	95%

