

アドバイス・レポート

平成19年 3月18日

平成18年12月27日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「デイサービスセンターどんぐり」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><u>I 健全な組織体制について</u></p> <p>(1) 組織の理念運用方針</p> <p>① 理念の周知と実践</p> <p>② 運営方針の周知と実践</p> <p>(2) 組織体制</p> <p>① 責任者の協働</p> <p>(3) 労働環境</p> <p>① 労働環境への配慮②ストレス管理③休憩場所の確保</p> <p>(5) 人材の確保・育成</p> <p>③OJTの実施</p> <p><u>II 適正なサービス提供体制</u></p> <p>(1) サービスの品質の確保</p> <p>① 業務マニュアルの作成</p> <p>(2) 個別援助計画</p> <p>① アセスメントの実施 ②個別援助計画の作成</p> <p>⑤ 個別援助計画の見直し</p> <p>(3) 利用者等の希望尊重</p> <p>① 利用者・家族の希望尊重</p> <p>(4) 衛生管理</p> <p>① 感染症の対策及び予防</p> <p><u>III 利用者保護の観点</u></p> <p>(5) 情報提供</p> <p>② 利用者に係る情報交換 ④地域への情報公開</p> <p><u>IV サービスの質の向上の取組</u></p> <p>(1) 苦情解決</p> <p>① 苦情・相談窓口の明示 ②苦情やトラブルへの対応</p> <p>② 第三者への相談機会の確保</p> <p>(2) 質の向上に係る取組</p> <p>③ 評価の意義についての周知</p> <p>(4) 評価の実施</p> <p>① 自主点検の実施 ②自己評価の実施</p> <p>③ 第三者評価の受け入れ</p> |
|----------|---|

| | |
|-----------|--|
| 理 由 | <p>I 健全な組織体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 理念は、「自立支援」「尊厳」「チームワーク」と、平易な言葉で表現し、簡易マニュアルにファイルする等して全職員への周知が図られています。 ・ 「利用者の立場に立ってサービス提供を！」をモットーに、問題が生じればその都度、デイルームの一角に職員一同を集め話し合う等、事業運営には小規模事業所が持つ特長が活かされています。常に管理者と職員が協働でサービスを提供しています。 ・ 職員の希望を汲み入れた勤務体制と、業務量に配慮した人員配置が無理のない労働環境となっています。 ・ 職員にとって管理者は常に身近な存在であり、随時、職員の相談に適切な助言が与えられる職場環境となっています。 ・ 限られたスペースの中、一工夫された「休憩場所」が確保されています。 ・ 管理者と職員が常に協働されている為、OJTが効果的に行われています。 <p>II 適正なサービス提供体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 整備された各種の業務マニュアルが閲覧し易い場所に置かれ、全職員に周知活用されています。 ・ 送迎やサービス提供時での対話、連絡ノートの活用、家庭訪問等で、利用者や家族の意見・希望等を十分把握し、ケアマネジメントの流れに沿った利用者本位の援助計画が策定されています。又、見直しも適切に行われています。 ・ 感染症の対策及び予防について、研修やマニュアルの活用により全職員に周知徹底されています。 <p>III 利用者保護の観点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者は家庭訪問を行い、利用者の日常生活の把握と、利用者・家族の要望や意見等を聞き取り、サービス改善に努めています。 ・ 地域への情報公開では、事業所を全面開放して“夏祭り”を実施されています。事業所と地域との親睦が深められ、大変好評の様です。 <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情やトラブルに対しては、相談受付から対応までのマニュアルが整備されています。 ・ 第三者評価の取り組みでは、受診の意義について理解を深め、評価の結果をサービス改善に役立てることが話し合われています。 |
| 改善努力を要する点 | <p>I 健全な組織体制</p> <p>(2)組織体制</p> <p>②管理者による状況把握 ③透明性の確保</p> <p>④支援体制の充実</p> <p>(4)課題の設定</p> <p>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 ②継続的な研修の実施</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 ②サービス提供に係る記録 ③確実な情報伝達 ② ケアカンファレンス</p> <p>(2)個別援助計画 ③ スタッフの意見の集約</p> <p>(3)利用者の希望尊重 ①利用者・家族の希望 ②希望等を引き出す働きかけ</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 ③プライバシー等の保護</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 ②質の向上に対する検討委員会</p> |
| 理 由 | <p>I 健全な組織体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者が直接、事業の実施状況について管理されている為か、業務日誌がありません。又、緊急事態が発生した場合、直接管理者の指示を仰ぐ体制となっているためか、「緊急連絡網」が作成されていません。 ・ 朝夕のミーティングの記録が不十分です。事業の運営やサービス改善等に、検討内容や決定事項を反映されている事実が第三者に理解されにくいです。 ・ 協力医療機関を2ヶ所設定されていますが、重要事項説明書の明記や、契約書の作成が行なわれていません。 ・ 事業の運営における重点課題や各業務レベルにおける課題の設定と見直しが不十分のようです。 ・ 職員の研修は行なわれていますが、あらかじめ計画を立てて実施する等の体制が不十分のようです。 <p>II 適正なサービス提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個人ファイル記載のサービスの内容が、業務報告の色彩が濃く、利用者のエピソード記載が不十分に思えます。 ・ 毎日の朝夕ミーティングでの申し送りや情報交換、検討内容や決定事項が書面で明記されていない為、欠席者への伝達が不十分のようです。 ・ 個別援助計画の策定や見直しは、朝夕のミーティングやカンファレンスで行なわれていますが、検討内容や決定事項が書面で明記されていません。 ・ 個別援助計画の策定やサービス提供内容の決定に際して、利用者や家族の希望や意見を反映させる働きかけに、家庭訪問等を行っておられますが、その実績が書面で明記されていません。 ・ 利用者の相談や訴えを傾聴され、サービスの改善に活かす努力をされていますが、その取り組みが書面で明記されていません。 |

| | |
|------------------|---|
| | <p>III 利用者保護の観点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 人権の尊重やプライバシー保護に関する研修が不十分のようです。 <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情やトラブルに関する報告書の作成と改善状況の公開が不十分のようです。 ・ 質の向上に向けた検討が会議で行われていますが、検討内容や決定事項が書面で明記されていません。 |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の人の利用が増えていることから、認知症が課題となっている様です。「認知症の対応」を国と同様に、組織が解決すべき重点課題としてあげられてみてはいかがでしょうか。 ・ 様々な機会を通して、利用者や家族等の意見や希望を反映した、利用者本位のサービスの提供と改善に向けた取り組みが積極的に行われています。その実績の蓄積、振り返り、成果の確認、第三者の理解を得る(実証)等々の意義から、業務ミーティング、申し送り、カンファレンスやモニタリング、検討会議、家庭訪問等の実施“記録”の整備を望みます。 ・ 人権やプライバシー、羞恥心に配慮したサービスを提供するには、口頭で促すだけでなく、人権問題やプライバシー保護、個人情報保護に関する学習を意識的に行う必要があると思われます。 「研修プログラム」を策定し、系統的に職員研修を実施されると、職員のスキルアップ、人権意識やサービス改善意欲の向上等が図られ、必然的にサービスの質がさらに一層向上するものと思われます。 ・ 苦情やトラブル、事故の発生が無いとのことですが、発生を想定され、改善状況の公開も視野に入れた報告書を作成されることを望みます。職員の業務改善意欲がより一層高まると思います。 ・ 利用者が10人の小規模事業所の特長が活かされ、管理者の目が行き届いています。職員間の良好なコミュニケーションが図られていて、画一的でないサービスがさりげなく提供されていました。デイルームは、利用者の会話と笑い声が絶えなかったことから、利用者が非常に満足されていることが伺えます。“バイブラ湯”は好評です。 ・ 機関紙や広報誌の配布は、事業所のサービス向上への熱意を地域に伝えることが出来、地域から様々な支援を得るきっかけとなります。是非、実践されることを願っています。 今現在の事業所の熱意と誠意ある活動が、地域の高齢者への自立支援や尊厳の輪を広げる原動力となることを祈願いたしております。 |

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|-------------------|----------------------------|
| 事業所番号 | 2670900063 |
| 事業所名 | (有)茂原接骨院 デイサービスセンター どんぐり |
| サービス種別 (複数記入可) | 居宅介護支援 / 訪問介護 / 通所介護 |
| 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)組織の理念運用方針 | 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。 | B | B | |
| | | 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。 | B | 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 | B | |
| | | 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 | B | |
| | (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。 | B | 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。 | B | B | |
| | | 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 | B | |
| | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 24 | 25 |

| 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 | 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 | B | |
| | | 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 | B | |
| | (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。 | C | 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。 | 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。 | B | 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。 | B | B | |
| | (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。 | B | 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 | 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。 | B | B | |
| | | 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。 | B | B | |
| | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 21 | 24 |

| 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 | B |
| | | 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 | B |
| | | 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。 | B | 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。 | B | B |
| | (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。 | B | 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。 | B | A |
| 小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 16 | 17 |

| 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。 | B | 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。 | B | B |
| | (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。 | 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。 | B | A |
| 小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 14 | 18 |

【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 | 24 | 25 |
| II 適正なサービス提供体制 | 21 | 24 |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | 16 | 17 |
| Ⅳ サービスの質の向上の取組 | 14 | 18 |

【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 | 24/30 | 80% | 25/30 | 83% |
| II 適正なサービス提供体制 | 21/30 | 70% | 24/30 | 80% |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | 16/20 | 80% | 17/20 | 85% |
| Ⅳ サービスの質の向上の取組 | 14/20 | 70% | 18/20 | 90% |

