

## アドバイス・レポート

平成19年 3月15日

平成19年 1月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ヴィラ端山通所介護事業所」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><b><u>I 健全な組織体制</u></b>  (1) 組織の理念運用方針  ① 理念の周知と実践 ② 運営方針の周知と実践  (2) 組織体制  ① 責任者の協働 ② 管理者による状況把握  ③ 透明性の確保  (3) 労働環境  ① 労働環境への配慮 ③ 休憩場所の確保  (5) 人材の確保  ② 継続的な研修の実施</p> <p><b><u>II 適正なサービス提供体制</u></b>  (1) サービスの品質の確保  ① 業務マニュアルの作成</p> <p><b><u>III 利用者保護の観点</u></b>  (1) 利用者保護  ① 人権等の尊重 ④ 利用者の決定方法  (2) 情報提供  ④ 地域への情報公開</p> <p><b><u>IV サービスの質の向上の取組</u></b>  (1) 苦情解決  ② 苦情やトラブルへの対応  (2) 質の向上に係る取組  ③ 評価の意義についての周知  (3) 評価の実施  ① 自主点検の実施 ② 自己評価の実施  ③ 第三者評価の受け入れ</p>
----------	--

理

由

**I 健全な組織体制**

- ・ 明文化された「理念」及び「運営方針」は分かり易い表現で、パンフレットに記載され、事業所内の見易い場所に掲示されています。又、全職員が所持する小冊子「寮母心得」にも明記し、日々の終礼時に唱和させる等、全職員への周知徹底に努めておられます。
- ・ 毎日の終礼ミーティング(業務会議)で情報の共有化が図られています。又、法人上層部が必ず参画して、現場職員の意見や要望等を吸上げ、所属長会議や部長会議に反映させておられます。議事録は責任者及び欠席者の閲覧を徹底されています。
- ・ 職員は加配されて、一人当たりの業務量が配慮されています。又、デイの送迎には、運転業務は外注、介護職員1名を同乗させて利用者の安全移送に心がけておられます。
- ・ 労働環境は、特別養護老人ホーム併設のメリットを活かし、十分に配慮されています。
- ・ 専用の休憩場所で職員は業務を離れて心身を休めることができます。
- ・ 職員研修を年度教育・訓練計画書に基づいて、段階別を実施し、職員は内外問わず積極的に参加されています。参加者には報告書の提出を義務付け、終礼時のOJTや伝達研修等の実施で、良質なサービス提供に向けた人材の育成が図られています。

**II 適正なサービス提供体制**

- ・ ISO9001・2000の認証により、完成度の高い「業務マニュアル」が各種策定されています。「デイサービス介助手順書」に改定履歴が記載されている様に、マニュアルに沿ったサービスの提供手順も定期的に見直しされています。

**III 利用者保護の観点**

- ・ 食事やレクリエーションには選択メニューが用意され、利用者の自己決定が尊重されています。
- ・ プライバシー等の保護については、研修や「寮母の心得」を唱和する等により、職員の意識づけに努めておられます。ハード面にも細心の注意が払われています。
- ・ 利用者の個人情報の利用及び保管はマニュアルに基づいて適切になされています。
- ・ 利用者の決定は、「デイサービス利用者選考基準」を定め公平・公正に行われています。
- ・ 広報誌「端山だより」の配布、地元の小中学校との交流、地元女性会ボランティアや大学・専門学校実習生の受け入れ、地域主催の学習会への参加協力(講義)等々と、施設長自らが率先されて、施設や事業所が持つ資源を惜しみなく地域に提供されています。この取組みが職員の励みに繋がっています。

**IV サービスの質の向上の取組**

- ・ 「苦情対応マニュアル」に基づいて、苦情やトラブルは、組織的に迅速かつ誠意を持って対応されています。通知書、報告書、対応書などを整備、活用されています。
- ・ 第三者評価等、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を、職員全員に周知されています。自主点検表の活用、自己評価実施、第三者評価受

	診には積極的に取り組まれています。
改善努力を要する点	<p><b><u>I 健全な組織体制</u></b></p> <p>(2) 組織体制</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</p> <p>② 業務レベルにおける課題の設定</p> <p><b><u>II 適正なサービス提供体制</u></b></p> <p>(1) サービスの品質の確保</p> <p>④ ケアカンファレンス</p> <p>(2) 個別援助計画</p> <p>④ スタッフの意見の集約</p> <p>⑤ 個別援助計画の見直し</p> <p><b><u>IV サービスの質の向上の取組</u></b></p> <p>(1) 苦情解決</p> <p>③ 第三者への相談機会への確保</p> <p>(2) 質の向上に係る取組</p> <p>① 利用者満足度</p> <p>② 質の向上に対する検討会議</p>
理由	<p><b><u>I 健全な組織体制</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人ファイルへの専門施設や医療機関、かかりつけ医等の記載が不十分です。</li> <li>・ 職員一人ひとりに業務課題（個人目標）を策定させておられますが、課題の達成状況の確認や見直しが不十分です。</li> </ul> <p><b><u>II 適正なサービス提供体制</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ケアカンファレンスは終礼で行っておられますが、カンファレンスの検討内容や決定事項の記録が不十分です。</li> <li>・ 個別援助計画の見直し（モニタリング）を終礼で行っておられますが、検討内容や決定事項の記録が不十分です。</li> </ul> <p><b><u>IV サービスの質の向上の取組</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 苦情やトラブルについて、公的機関等の相談窓口の記載が不十分です。</li> <li>・ 毎日の終礼で行われています質の向上に係わる検討内容や決定事項の記録が不十分です。</li> </ul>
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 緊急時の対応をより一層迅速・正確に行うために、連携を必要とする専門施設や医療機関・かかりつけ医への連絡手段を、個人ファイルの目立つ場所に明記されてはいかがでしょうか。</li> <li>・ 業務レベルの課題（個人目標）を全職員に策定させておられますので、策定した課題の達成状況及び見直しを実施、書面に明記されることで、個々職員の業務改善への意欲が向上し、サービスの質の向上に繋がると考えられます。</li> <li>・ 毎日の終礼ミーティングで、職員全員参加のもと、さまざまな意見交換や決め事が行われていますが、“申し送り”</li> </ul>

以外は、それぞれに十分な意見交換と審議を必要としますので、別途時間を設け、検討内容や決定事項を書面に明記されてはいかがでしょうか。

- ・ 日々の送迎時の対話や連絡帳の活用により、利用者及び家族の希望を尊重されていますが、他に希望や意見を聞く機会として、昨年度実施された「食事満足度アンケート調査」や「家族会」などを再度試みられ、継続されてはいかがでしょうか。
- ・ 苦情やトラブルへの対応は、組織をあげて丁寧に行われておられますので、その改善状況を適切な方法で公開されてはいかがでしょうか。

法人は平成15年度にISO9001（品質マネジメントシステム）を認証され、ISOの中心テーマである①顧客満足、②継続的改善、③記録化に取り組んでおられます。

又、理念に「一流の介護プロフェッショナルによる、一流の介護サービスを提供する」ことを掲げられ、施設長と職員が一丸となってその実現に向けて取り組んでおられました。

第三者評価にも積極的な姿勢で臨まれ、サービスの質の向上を目指す法人の熱意が伝わってまいりました。

今後も、さらにより一層、利用者一人一人の意向を尊重されたサービスをご提供いただけるものと思われまます。

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2670900055
事業所名	ヴァイラ端山通所介護事務所
サービス種別 (複数記入可)	通所介護、介護老人福祉施設、短期入所生活介護、 訪問介護、居宅介護支援、訪問入浴
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	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	スタッフが充分に休むことができ、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	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。	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	28

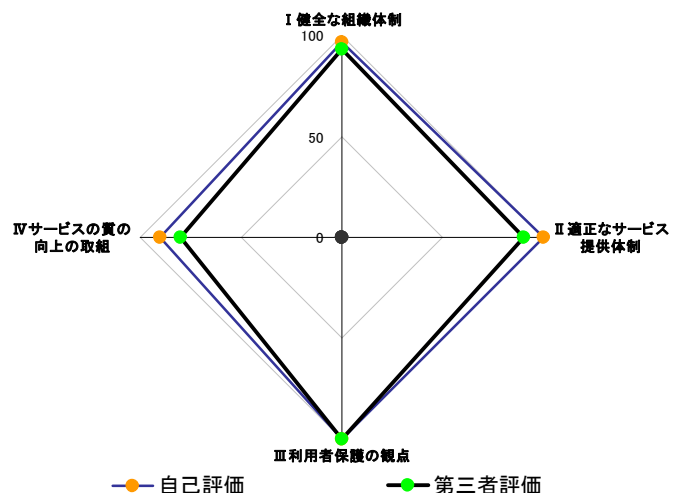
大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A	
		② サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A	
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A	
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必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	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。	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	B	
		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	B	
	(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)				30	27

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

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	B
		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	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	B
		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)				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	29	28
II 適正なサービス提供体制	30	27
Ⅲ 利用者保護の観点	20	20
Ⅳサービスの質の向上の取組	18	16



【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%	28/30	93%
II 適正なサービス提供体制	30/30	100%	27/30	90%
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	18/20	90%	16/20	80%