

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 20 年 3 月 19 日

平成 19 年 11 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた  
 ほほえみ八木通所介護事業所 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  
 の提供に役立ててください。

## 記

評価が高かった点	1) <b>I 健全な組織体制</b> (1)組織の理念・運営方針②運営方針の周知と実践 2) <b>I (2)組織体制</b> ①責任者等の協働 3) <b>II 適正なサービス提供体制</b> (5)危機管理①事故・緊急時の対応
理 由	1) <b>I (1)②</b> スタッフ全員で毎朝、サービス精神を唱和して接遇の意識を高め、どのスタッフも利用者や来客に対して笑顔・挨拶・言葉使いを清々しくしておられました。 2) <b>I (2)①</b> 管理者が職員に定期面接を実施して業務上の意見を汲み上げるようにしておられます。また、非常勤も含めたスタッフの自主的なサービス研究グループを組織化して、その成果を職員会議に反映するようにしておられます。 さらに、スタッフ全員で独自の業務自主点検を実施して、個人の課題も半年ごとにチェックする仕組みを作るなど、個々のスタッフと管理者が協同して取組む仕組みを工夫して導入しておられます。 3) <b>II (5)①</b> 事故・緊急時の対応として、マニュアルを整備してスタッフに配付するだけでなく、食堂で利用者が誤嚥されたという想定で実際に職員が行動して対処するというような、極めて実践的な訓練をしておられました。
改善努力を要する点	1) <b>III 利用者保護の観点</b> (1)利用者保護②プライバシー等の保護 2) <b>III (1)④利用者の決定方法</b> 3) <b>空間利用の工夫</b>

<p>理由</p>	<p>1) Ⅲ(1)② 利用者の個々のケアの場面では、オムツ交換を周囲に配慮して、ベッドでカーテンを閉めて実施されるなどプライバシー保護に配慮しておられますが、廊下に面した利用者用トイレにはドアがなく、内部の個別の仕切りのカーテンが外から見える状況でした。ドアがあると車イスの利用者の出入りが不便であり、また、内部の様子が職員目に届かなくて危険性が高くなるという理由でしたが、やはり廊下や食堂からトイレの中が見えてしまうのは、改善された方がよいと思われます。</p> <p>2) Ⅲ(1)④ これまで定員を超える場合以外には利用を拒否したケースはなかったということですが、原則的には定員を超える場合や感染症の場合は利用できるのか、あるいは、利用可否の決定は誰がどのようなルールで行っているかなどを、第三者に説明できるように明文化してあることが必要と思われます。</p> <p>3) デイサービスにおけるユニットケア、個別ケアの導入と家庭的なしつらえの工夫に関して検討の余地があるように見受けられました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) Ⅲ(1)② トイレのドアに関しては、安全対策上職員から見えやすいことを優先しておられますが、廊下を通行する人や見学者からトイレの中が見える状態なので、例えばのれんや半透明のついたて等をトイレの出入り口あたりに設置するなどの方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) Ⅲ(1)④ 従来から積極的に利用を受け入れておられますが、遠距離の送迎も実施したり、感染症の場合も他のサービスと連携して対処するなどの、実際に実施しておられるサービス利用に向けた対応を利用申込者に利用決定の基準や例示としてお示しになれば、一層利用促進の効果も期待できるのではないのでしょうか。</p> <p>3) 広いスペースのデイサービスセンターで、利用者はゆったりと過ごしておりましたが、広い食堂やフロアーの場を利用して、もっと利用者同士のかかわりあい・ふれあいをより促すような、家庭に近い雰囲気やしつらえや、少人数のコーナーなどを設けて、個々の利用者の個別ニーズや生活歴を反映した過し方への工夫が様々に出来るように思いました。また、開設当初に置かれた食堂の介護用テーブルは、食事介助の効率化を目指したのですが、今日ではより一般的な落ち着いた家庭に近いサービススタイルが好まれているようです。</p> <p><b>【その他】</b> これからのデイサービスのケアの方向性として、個別ケアや介護予防やユニットケアなど利用者の意向を反映したケアが求められつつあります。利用者本人・家族の思いや希望は最初のアセスメント時に聴き取りしておられますが、その書式自体に本人・家族の希望を書き込む枠を前もって設定しておいて、常にそれを確認しやすいようにされてはいかがでしょうか。</p> <p>また、管理者をはじめ職員方は、地元の地域性を踏まえたサービス提供に日々熱心に従事しておられますが、できれば視野を広めて他の地域のデイサービス等の事業所へ視察に行かれて、比較研鑽されることが、スタッフの育成と同時に、一層のサービス向上に繋がるのではないかと考えられます。</p>

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2673400038
事業所名	社会福祉法人南丹市社会福祉協議会 ほほえみ八木 通所介護事業所
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)	訪問入浴(予防含む)
訪問調査実施日	平成19年12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。	B	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。	B	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	B
		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。	B	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。	B	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	B
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				23

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。	B	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。	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。	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。	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)				26

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。	B	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。	B	B
	(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く。	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	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。	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。	B	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)				15	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	23	28
II 適正なサービス提供体制	26	30
Ⅲ利用者保護の観点	18	17
Ⅳサービスの質の向上の取組	15	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	23/30	77%	28/30	93%
II 適正なサービス提供体制	26/30	87%	30/30	100%
Ⅲ利用者保護の観点	18/20	90%	17/20	85%
Ⅳサービスの質の向上の取組	15/20	75%	18/20	90%

