

アドバイス・レポート

平成 19 年 4 月 13 日

平成 19 年 2 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
 社会福祉法人健光園ももやま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	(1) 理念の周知と実践	運営方針の周知と実践
		運営規定の遵守
	(2) 責任者等の協働	管理者による状況把握
		透明性の確保
	(2) 支援体制の充実	
	(3) 労働環境への配慮	ストレス管理
		休憩場所の確保
	(4) 重点課題の設定	
		業務レベルにおける課題の設定
	(5) 質の高い人材の確保	継続的な研修の実施
	(1) 業務マニュアルの作成	
	(1) サービス提供に係る記録	
	(1) ケアカンファレンス	
(2) 専門家等に対する意見照会		

	<p>(2) スタッフの意見の集約</p> <p>(5) 事故の再発防止等</p> <p>(1) 個人情報の保護</p> <p>(2) 利用者に係る情報交換</p> <p>(2) 地域への情報公開</p>
--	--

理 由	<p>(1) 組織の運営理念を目標として掲げ、目標が誰の目にもわかるように掲示(パンフレット、掲示版)されています。</p> <p>・理念(目標)である「すべての世代の広場に」を実践するものとして、1階の地域交流スペース、ふれあい喫茶(ボランティア運営)が利用者を含めて多くの地域の人々の交流の場として活用されています</p> <p>(2) サービスの向上に向けてスタッフの意見を毎日の終礼ミーティングで上げるような体制を作り、又当日に休みなど出席できないスタッフに関しては回覧ボックスを作り意見の述べやすい体制ができています。</p> <p>・さらにミーティングなどの意見が職員会議から専門会議そして理事会へと報告・検討されており、その結果が職員会議、ミーティングへと伝達される仕組みとなっています。</p> <p>・リーダー・マネージャーはPHSをもち、現場でのトラブルはその場で連絡し、迅速な対応を行う体制をとっています。</p>
--------	--

(2) (2) 主治医、かかりつけ医からの診断書、投薬内容が個人ファイルにいれられ、投薬は変更になれば、投薬内容変更された用紙が伝達され、ファイルに綴じられています。専門施設からは、リハビリの指示、留意点、今後の見通し、など書かれた書類が個人ファイルに綴じられ専門家からの意見がスタッフへ確実に伝えられる仕組みが来ています。

(3) スタッフへの業務量を考え連続勤務にならないように、また負担の多い入浴介助は交代制とし業務分担に配慮されています。

・ 休憩時間は必ず確保し、専用スペースの確保もされ、スタッフへの配慮につとめられています。

(4) 課題設定(年度目標)を定め、1ヶ月に一度スタッフにアンケート(感想、意見レポート)をとり課題達成状況や見直し点について確認し、職員会議で話し合われています。

・ 各業務レベル課題達成状況は運営、経営会議へ上げられ、現場マネージャーが出席し、スタッフの意見が検討されています。

(5) スタッフの資格取得が奨励されており、実務経験3年目に介護福祉士、同5年目のケアマネジャー受験等の目標設定をし、法人内で模擬試験や実務研修を実施するなど勉強会も積極的に行われています。

・ 研修に関しては、外部研修の情報をスタッフに伝達、業務上必要な研修への参加は勤務配慮、研修費

の施設負担を考慮して、積極的に参加できるような働きかけを行っています。

(1) 業務マニュアルが作成されているだけでなく、毎年改訂が行われています。

・スタッフから、マニュアルに対する意見を職員会議で集約し、「新人職員」が見てわかるマニュアルを目標とし、作成・改訂を行っています。

(1) ファイルの見開き、投薬の小袋、に利用者の写真が綴じられており、利用者との関係を密接にするというスタッフの工夫がなされています。

(1) (2) ケアカンファレンス実施前に全スタッフの意見を集約する仕組みを構築しています。また、職員会議での現場の意見をサービス担当者会議に提案し、日々のサービス提供につなげています。

(5) ヒヤリハット事項を毎日の業務日誌の中へ記入する仕組みとなっており、日々対策を話し合うこととなっています。

・事故発生時には、分析が詳しく丁寧にされ報告書に記載されています。また、速やかにミーティングでの結果が伝達され、再発防止に努めています。

(1) 個人情報保護、守秘義務についての全体研修が施設全体で行われており、スタッフ、ボランティア、実習生等サービス業務に関わる者すべてに雇用、採用の際に誓約書を交わし総務で一括して保管しています。

	<p>(2) 利用者の家族と連絡帳での情報交換において、バイタルサイン、サービス内容だけでなくデイの様子、顔色、話された内容等の詳しい情報を家族に伝えられています。また、連絡帳にデイ内で撮影された利用者の写真が貼ってあり、利用者をより理解しようとしています。また、家族の来所（見学）される事や行事への参加も多くスタッフとのコミュニケーションが図られています。</p> <p>(2) 「すべての世代の広場に」という理念に基づく地域交流が良く機能しています。併設の児童館を利用していた学生が実習としてデイサービスで学んでいます。また、入口を入るとまず始めに地域交流スペースがあり、色々な世代の方が廊下を歩き回っています。また、ボランティアの登録者数も100名以上であり、喫茶ルームもボランティアにより常設運営されています。ボランティア活動は手芸、書道、屋上庭園の造園、農業指導と多岐にわたっており、ボランティアとの強い協力体制が構築されています。</p>
改善努力を要する点	<p>(1) 苦情に基づくサービスの改善</p> <p>(2) 利用者の満足度の把握</p>
理由	<p>(1) 苦情処理等迅速に行い再発防止に積極的に取り組んでいます。しかし、改善状況が公開となっていません。</p> <p>(2) 毎年1回利用者、家族に満足度アンケートを実</p>

	<p>施しています。しかし、その結果が公開されていません。</p>
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none">・苦情があった場合には、毎日のミーティングで話し合いがおこなわれ速やかな対応に努力されており、当該利用者や家族に説明もなされていますが、改善状況が公開されていません。表現方法に留意し個人情報を守り公表することは可能ではないでしょうか。公開することで改善のスピードアップ、透明性の確保にもつなげられると思われます。・毎年行われているアンケート調査結果を利用者や家族へ公表されていません。結果を公表することで、相談・苦情を言う場合にも言いやすさ、信頼関係の深まりにもつなげられるのではないのでしょうか。・スタッフ間の情報収集、伝達の仕組みはわかりやすく毎日のミーティングが重要な位置付けとなっており、業務日誌に回覧確認欄分がありましたが、単に印だけが記入されただけ、印鑑やサインのないケースが見られました。シフト勤務のスタッフ間での情報共有に力を入れられ回覧ボックスの設置など努力されているのですから、確実に押印等されることを期待します。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670900444
事業所名	ももやまデイサービスセンター
サービス種別 (複数記入可)	通所介護 介護予防通所介護
評価機関名	特定非営利活動法人市民生活総合サポートセンター

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	
健全な組織体制	(1)組織の理念運用方針	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。	B	A	
		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。	B	A	
		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。	B	B	
	(2)組織体制	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	
		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	
		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	
		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	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	
		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	
		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	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	
		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。	B	A	
	(5)人材の確保・育成	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	
		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	
		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)				21	29

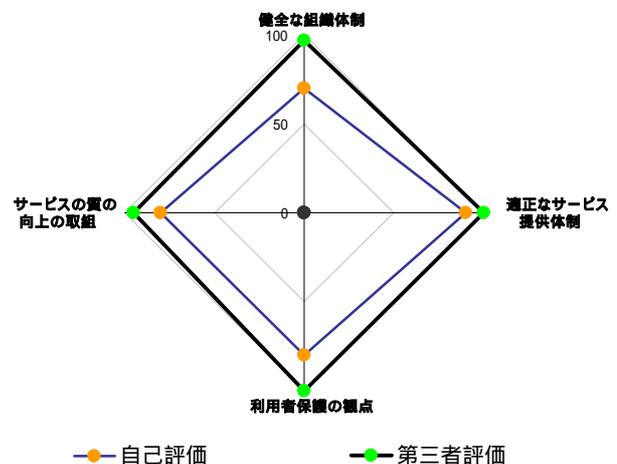
大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A	
		サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A	
		確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A	
		ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス(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	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	
		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。	B	A	
		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	
		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取り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	A	
	(3)利用者等の希望尊重	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	
		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	
		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	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	
		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	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	
		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)				27	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
利用者保護の観点	(1)利用者保護	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
		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。	B	A
		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
		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	A
	(2)情報提供	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
		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。	B	A
		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
		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	A
	(3)利用契約	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
		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)				16	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
サービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	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
		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
		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
		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	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	A
		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
		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	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
		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
		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)				16	19

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
健全な組織体制	21	29
適正なサービス提供体制	27	30
利用者保護の観点	16	20
サービスの質の向上の取組	16	19



【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
健全な組織体制	21/30	70%	29/30	97%
適正なサービス提供体制	27/30	90%	30/30	100%
利用者保護の観点	16/20	80%	20/20	100%
サービスの質の向上の取組	16/20	80%	19/20	95%