

様式 7

アドバイス・レポート

平成 20 年 1 月 7 日

平成 19 年 9 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「やぎ詩の郷」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 ①②③</p> <p>(2) 組織体制 ①②</p> <p>(3) 労働環境 ②</p> <p>(4) 課題の設定 ①</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ①</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 ③</p> <p>(2) 個別援助計画 ③</p> <p>(3) 利用者の希望尊重</p> <p>(4) 衛生管理 ①②</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ②</p> <p>(2) 情報提供 ①⑤⑥</p> <p>IV サービスの質の向上</p> <p>(1) 苦情解決 ①②</p> <p>(2) 質の向上に係わる取組 ①②③</p> <p>(3) 評価の実施 ①②③</p>
理 由	<p>I 健全な医療体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針</p> <p>①②③母体である南丹市社協は、「すべての住民のこころが輝く福祉のまちづくり」を運営理念とし、理念に基づいて基本方針には、「住民との福祉の共創」「福祉協働社会の構築」「選ばれる福祉サービスの提供」を掲げています。また、サービス精神として「①利用者の満足を得るサービス ②高度で専門的なサービス ③サービスは的確で迅速・効率的に ④利用者を主体としたサービス」の 4 項目を上げ、「運営理念」・「運営方針」・「運営規定」とともに、職員には職員会議で、利用者にはサービス利用時に説明し理解を得ています。利用者 10 人、職員数名の小規模事業所である為、朝礼・終礼時ミ</p>

ーティングと月1回の職員会議が職員間の意見交換・合議の場となっています。

(2) 組織体制

①管理者は、職員一人ひとりが改善意欲を持ち、快適な職場環境づくりに熱意を持って臨むことを願い、朝礼・終礼時ミーティング・職員会議を、意見交換・振りかえり・悩み・不安等の解決、職員のアイデア等を吸い上げる等の場としています。定例の幹部会議(本所)や管理職会議(支所)で行う重要な意思決定に、ミーティングや職員会議で収集・集約した職員の意見や要望を反映し、紙面で現場職員にフィードバックしています。

②管理者は、職員と共働の上で、事業の実施状況の把握に努め、現場を直接管理しています。連絡網の整備、携帯電話の所持により、職員からの報告・連絡・相談と、指示を仰げるようにしています。

(3) 労働環境

②職員の業務上の悩みやストレスを解消するための策に、職員親睦会の実施、福利厚生制度(互助会)を設置しています。

③休憩場所を1階と2階に用意し、昼間のコタツで横になり身体を休めることができます。

(4) 課題の設定

①19年度の重点実施項目として、6項目を明文化しています。項目は、「ボランティアの受入れ等、地域との連携を図る・認知症ケアの専門性を高める・介護者や家族との連携を強め支援する・個別ケアの充実を図る個別援助計画の検討、改善をする・職員の質の向上に向けた研修会を実施する・事業を効果的、効率的に運営する」であり、いずれも利用者サービスの質の向上を目的としています。

(5) 人材の確保・育成

①人材確保・採用時面接は、法人本部で「面接シート」を使って行い、事業所の意向を反映させています。採用では、介護職には、ホームヘルパー2級以上、介護経験2年以上を優先しています。尚、インストラクターが利用者の下肢筋力低下の予防に努めています。職員の離職希望はなく、定着率100%を維持しています。

II 適正なサービスの提供

(1) サービスの品質の確保

③職員間の伝達を、職員会議や朝夕のミーティングで口頭及び、「申し送りノート」で行い、情報の共有化を図っています。

(2) 個別援助計画

③「サービス担当者会議」には必ず参加し、ケアマネ、関係事業所、医師らと意見交換を行い、利用者を地域チームで支援することに努めています。

(4) 衛生管理

①感染マニュアルと衛生チェック表を活用して、日々、安全確認と掃除確認を行っています。室内の整理整頓は行き届いています。

(5) 危機管理

②アクシデント(事故等)の事例をもとに、朝夕のミーティングと月1回の職員会議で予防と再発防止について話し合い、利用者の安全に留意しています。法人本部とは情報を共有しています。

III 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

③利用者の個人情報利用の目的を規定で示し、利用者や家族に説明の上、理解を得ています。

	<p>「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて、情報の機密性に関する規定を「就業規則」に明記しています。</p> <p>(2) 情報提供</p> <p>①本人・家族への事業所の提供には、パンフレットの配布やサービス場面の見学、現場感が味わえる体験利用を積極的に行っています。</p> <p>IV サービスの質の向上の取り組み</p> <p>(1) 苦情解決</p> <p>①利用者からの苦情や相談には、重要事項説明書に苦情受付窓口や苦情解決責任者を明示し、解決に向けた対応の手順を、マニュアルを含め整備しています。</p> <p>②地域の民生委員と人権擁護委員を委員とした「第三者委員会」を設置し、客観的な判断を求めることができるようにしています。(2)</p> <p>質の向上に係る取組</p> <p>①今回の第三者評価の受診で、自己評価と利用者満足度調査を実施しています。又、調査結果をサービスの改善に役立て、一般公開する姿勢でいます。</p> <p>②母体である南丹市社会福祉協議会の「評価委員会」に常勤者が参加し、サービスの質の向上に向けた取り組み・検討を行っています。検討内容を職員会議に報告し情報を共有しています。</p> <p>③「評価者委員会」で合議を行い、合議内容に沿って評価結果をまとめています。「職員会議」において、職員に第三者評価の趣旨と自己評価手法について、直接説明し理解を深めています。</p> <p>(3) 評価の実施</p> <p>①②③管理者は、全職員が情報を共有し、目標に向かって仕事に取り組むことが、福祉サービスの質の向上に繋がるものと認識され、職員一人ひとりが改善意欲を持ち、快適な職場の環境づくりに努めています。アンケート調査では、90%の人が満足していると回答しています。</p>
<p>改善努力を要する点</p>	<p>I 健全な組織体制について</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①②③</p> <p>(3) 労働環境 ③</p> <p>(4) 課題の設定 ①②</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ②③</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 ①②④</p> <p>(2) 個別援助計画 ①②④⑤</p> <p>(3) 利用者等の希望の尊重 ①③</p> <p>(4) 衛生管理 ①</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ①②④</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決 ③④</p>

理

由

I 健全な組織体制**(1) 組織の理念・運営方針**

①②③パンフレットに法人の理念や運営方針などを掲載していないため、掲げる理念「すべての住民のこころが輝く福祉のまちづくり」に基づいた事業の取り組みが、職員や利用者以外の広く地域の人々の知るところとなっていない。

(3) 労働環境

①利用条件が「歩行自立」であり、体調不良や歩行レベルの低下に対応できる介護技術や専門的知識の習得が必要と考えます。

②職員の業務上の悩みなどは、管理者が朝夕のミーティングで対応していますが、スーパーバイズを行なう体制には不十分と考えます。

(4) 課題の設定

①設定された重点課題の定期的な確認と見直し、各業務レベルの課題の具体的な設定が不十分と考えます。重点課題とした、「19年度重点実施6項目」は、事業所の理念や方針に値するものと、単年度の課題に値するものとが混在しているように見受けられます。

(5) 人材の確保、育成

②職員研修については、法人母体に、事業所からも参画する「研修委員会」を新設していますが、十分に機能していません。

③職員は業務を通じて、管理者や先輩職員をモデルに学んでいますが、OJT研修として体系化されていません。また、実施内容の“記録”が不十分です。

II 適正なサービス提供体制**(1) サービスの品質の確保**

①業務マニュアルは揃っていますが、虐待防止や身体拘束廃止、感染予防のマニュアルが不整備であると考えます。

②個々の利用者の個別ファイルを作成していますが、サービス利用前、利用開始時、その後のサービス提供実践の過程において、関係機関から入手した情報(資料)やアセスメント記録、提供記録などが時系列的に整理されていない様に見受けられます。

④ケアカンファレンスを、月1回の「職員会議」で必要時に行っていますが、検討した内容や決定事項の記録が不十分です。また、個別援助計画シートに、モニタリングの経過や決定事項の記述欄が設けられていません。

(2) 個別援助計画

①アセスメントツールに、「センター方式」を活用していますが、情報の記録がメモ書きとなっています。また、個別援助計画作成のためのアセスメントは、介護支援専門員の「一次アセスメント」ではなく、事業所による訪問(面接)等で評価したもの「二次アセスメント」であり、ケアマネジメントには、二次アセスメント～個別援助計画策定～サービス提供～チェック～モニタリングの一連の流れを必要であると考えます。

②個別援助計画の策定において、家族の意向は、面会や送迎時、家族会などで聴取・把握していますが、「二次アセスメント」が不十分なため、個別の援助計画を、利用者が置かれている状況や希望等を踏まえて立てられたことが、第三者には理解し難いです。また、「個別援助計画」は「ケアプラン」に基づいて策定することが原則となっていますが、「個別援助計画」と「ケアプラン」とが十分に連動していません。

④⑤カンファレンスを月1回「職員会議」で行い、個別援助計画に職員の意見を反映させているとのことですが、カンファレンスの

記録が不十分であるため、確認することができません。また、「モニタリング」の記録が不十分であるため、個別の援助計画の定期的な見直しの実績を確認することが出来ません。

(3) 利用者等の希望の尊重

①送迎時や連絡ノートの交換、サービス担当者会議、家族交流会などを、利用者や家族の希望や意見を聞く機会と捉えています。家族とのコミュニケーションを深める目的で、家族交流会を年2回開催していますが、実施記録が不十分です。

③家族と交換する「連絡ノート」には、提供したサービスの内容を記録していますが、失禁の回数等の記述と、家族のお礼やお詫びの記述が多いのが少々気になります。

(5) 危機管理

①危機管理マニュアルを全職員に周知していますが、マニュアルに定めた予防や対応方法について、研修や実践的な訓練が不十分と考えます。

Ⅲ 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

①②人権やプライバシー等の保護について、朝夕のミーティングや職員会議で、全職員に周知を図っているとのことですが、人権学習やプライバシー・羞恥心等の研修計画・実施が不十分と考えます。

(2) 情報の提供

②年2回の「家族交流会」を家族と面接する機会とされていますが、実施記録が不十分です。他に、サービス提供時の状況は、送迎時に口頭で伝え、「連絡ノート」に記載しています。

家族から得た情報をモニタリングや個別援助計画策定に生かしているとのことですが、モニタリングの実績記録が不十分で、モニタリングの結果を家族に伝えていることも記録が不十分なために確認できません。

④事業所の運営理念や事業所の認知症ケアの具体的な取り組み等を、ボランティアの受け入れは行っていますが、意識的に、積極的に、地域に情報公開していません。

Ⅳ サービスの質の向上

(1) 苦情解決

③④苦情やトラブル等はないとのことですが、苦情やトラブルを吸い上げる、又は、利用者の満足度を把握するアンケート調査など行う仕組みが定められていません。解決に向けた取り組みの内容を記録に残し、改善状況を、玄関やリビングに掲示し、機関紙「やぎの風」に掲載するなど、利用者や家族等に公開されることをお勧めします。

具体的なアドバイス

I 健全な組織体制**(1) 組織の理念・運営方針**

①②③ホームページの開設やパンフレット、機関誌などに、事業所の理念や運営方針などの掲載をお勧めします。

(3) 労働環境

①体調不良やADL低下の際の移動・移送介助、家庭一般浴槽での入浴介助において、状態変化に応じた専門的知識や技術、車椅子等の介護補助用具の適切な利用方法等が要求されます。年度研修計画にプログラムされることを望みます。

②定期的に「個人面接」を実施し、指導や助言等の内容を記録に残すことで、職員ひとり一人の状況が適切に把握でき、サービスの質の向上に繋げることが出来ると考えます。

(4) 課題の設定

単年度の重点課題を、「個別援助計画」の充実に限定すると、職員ひとり一人が取り組む課題が明確となり、また、自ずと、業務レベルの課題設定も可能になると考えます。設定課題が具体的であればあるほど、職員は取り組み易く、達成感も味わうことができ、職員の仕事に対する意欲の向上と、サービスの質の向上に繋がるものと考えます。

認知症ケア、人権、プライバシー、個人情報、虐待防止、感染予防などの研修を早急に計画・実施することを望みます。職員研修のPDCAサイクルの確立と、これに併せた、職員ひとり一人の意向に応じた個人別の育成計画の策定等、「研修委員会」の活動に期待いたします。

研修の取り組み強化や個別援助計画の検討・改善を、19年度の重点課題に上げ、東京センター方式のアセスメントシートの活用により、個別援助計画の充実に取り組まれています。ケアマネジメントの必要性を理解され、技法を習得するための研修を、計画的に実施されることを望みます。

記録の必要性を認識され、記録の内容が、利用者・家族や第三者の理解が得られるよう、様式も含めて再考を願います。

(5) 人材の確保、育成

職員の“気づき”を促す指導や助言を、職員会議や朝夕のミーティングにおいて直接口頭で行い、また、「申し送りノート」に記載しています。新採用の職員には、研修期間を1週間設定し、管理者を含む全職員が介護の実践現場で直接関わり、業務を通じて指導や助言を行い、研修課題と実施内容を「業務日誌」に記録しています。

II 適正なサービス提供体制**(1) サービスの品質の確保**

①業務マニュアルを整備されると、ケアの標準化と質の向上を図ることに繋がります。マニュアルの策定と定期的な見直し、また、全職員への周知を図るための研修会の実施を望みます。

②朝礼・終礼ミーティング、職員会議、「連絡ノート」「個人ファイル」「カンファレンス」「モニタリング」等々の記録が不十分です。記録の必要性と重要性の認識を深められることを望みます。

③小規模であるため、利用者一人一人の課題やニーズを把握し易い環境です。従って、月一回の(60分から90分)「職員会議」で、ケアカンファレンス以外に、事業運営やサービスに関する様々な課題の意見交換や検討を行っています。サービスは全職員の共通認識のもとで提供することが大切と考え、ケアカンファレンスは別途、

定期的に時間を設定し、援助計画の目標を、全職員の共通認識のもとで、検討・見直しされることを望みます。

(2) 個別援助計画

①②④⑤個別援助計画は、チーム全体で、意見を出し合い論議していく過程を大事にしておられ、また、本人や家族の要望や変化に応じて、現場で実践的な対応ができるように作成に努めておられます。個別援助計画の評価や、ケアマネジメントのプロセスを機能させる仕組みを再考願います。本人・家族のニーズに即した、実際の暮らしの支えになると考えます。

(3) 利用者等の希望尊重

①②「連絡ノート」の活用において、事業所での利用者の暮らしぶりや、健康状態について、家族に報告したり、家族等が意見・不満・苦情を管理者や職員ならびに外部者へ表現できるように、シートや記述方法に工夫され、それらを運営に反映させることを望みます。

(5) 危機管理

①防災訓練、交通安全講習会、普通救命講習（AED）などを、警察や消防署の協力を得て実施されることを望みます。

Ⅲ 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

①②事業所は、援助の基本的姿勢として、利用者満足、高度で専門的、利用者主体等と、利用者との対等な関係、利用者個人の尊重を掲げて、職員への周知を図っておられます。人権擁護やプライバシー保護、羞恥心への配慮に関する研修会を意識して継続的に行われることを望みます。

② 利用可否を決定する際の具体的なルールは、介護保険制度に規定された内容（認知症Ⅱ以上）、ADL 自立歩行可能としています。「利用者受入れ規定」の策定をお勧めします。

(2) 情報提供

④法人の運営理念、運営方針に『福祉の町づくり』を掲げています。母体である南丹市社協の機関誌「やぎの風」に、事業所の活動やボランティア、地域住民の不断の支援を掲載されることを望みます。また、事業所が持つ機能や福祉の専門性を生かした取り組みとして、認知症に関する介護教室や講演会、学習会の開催などを、積極的に実施されることを望みます。

・周辺に田園風景が広がる民家改修型の「認知症対応型通所介護」事業所です。利用者は、馴染みのたたずまいで、職員といっしょに、ゆったりと、不安や混乱がなく過ごされています。

・隣人による、ふれあい訪問や旬の野菜のお届け、事業所前の畑の提供と野菜・花づくり等、また、ボランティアによる、美容・整容や昼食の調理等の支援等が日常的に提供されています。利用者が地域の茶摘みの手伝いをされていること等は、地域住民との交流の楽しみと自尊心を高めることに繋がっています。事業所は、地域に働きかけ、利用者の生活の幅を広げることに努めておられます。

食は生きることに繋がるとした考えから、利用者といっしょに食

事のメニューを考え、ショッピングや調理を行い、食後の口腔ケアを励行されています。食卓を囲んで、利用者同士の楽しげな会話が弾んでいます。小規模で家庭的な環境、馴染みのある空間や関係性を保ち、普通の暮らしを大切にしたサービスにより、認知症の人の尊厳が守られています。今回の利用者アンケートの結果は、90%の人が満足していると回答しておられ、地域密着型サービス事業所である“やぎ詩の郷”は、認知症の人が自宅や地域で安心して暮らし続けるための拠り所として、地域から大いに期待されています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2673400046
事業所名	やぎ詩の郷
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着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11月29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熟意を持ち、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。	B	B	
		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。	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。	B	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。	B	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。	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	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	
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	B	
		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	B	
		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	B	
		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。	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。	B	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	B	
		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、気掛かりなど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	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。	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。	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。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				27	21

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。	B	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。	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。	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。	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)				17	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。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	公的機関等の窓口で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。	C	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。	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)				16	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	24
II 適正なサービス提供体制	27	21
Ⅲ利用者保護の観点	17	17
Ⅳサービスの質の向上の取組	16	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%	24/30	80%
II 適正なサービス提供体制	27/30	90%	21/30	70%
Ⅲ利用者保護の観点	17/20	85%	17/20	85%
Ⅳサービスの質の向上の取組	16/20	80%	18/20	90%

