

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 19 年 4 月 8 日

平成 18 年 11 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 丹波高原荘デイセンター 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 | <p>I 健全な組織体制のうち、<br/>           (1) 組織の理念・運営方針、<br/>           (2) 組織体制、<br/>           (3) 労働環境</p> <p>II 適正なサービス提供体制のうち、<br/>           (1) サービスの品質の確保<br/>           (3) 利用者等の希望尊重<br/>           (4) 衛生管理</p> <p>III 利用者保護の観点のうち、<br/>           (1) 利用者保護、<br/>           (3) 利用契約</p> <p>IV サービスの質の向上の取組のうち、<br/>           (3) 評価の実施</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 理 由      | <p><u>I 健全な組織体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 母体施設の特養は昭和 54 年開設され、デイセンターは平成元年開設し、地域における福祉活動実践では歴史があり、地域に貢献しようと姿勢が伺える。</li> <li>● 昨年の受審後、基本方針だけでなく、「理念」を明確にした。理念を事業所の玄関、事務室等に掲示している。理念に基づいた事業計画を作成し、事業計画策定後は研修会を全職員を対象に行うよう改善されている。</li> <li>● 通所介護の利用希望に応えるため、①個別に時間短縮の希望に応えるため車両を増やし送迎をフレキシブルに行う、②サービス個別化へ向けて、新たに敷地の近くに一軒家で小規模通所介護を開設した等、具体的に取り組まれている点が評価される。また、日曜日には事業所を開放し、地域を 3 つに分け、介護保険対象外の高齢者 10-16 人サービスを創っている等は地域貢献の一つの形である。</li> </ul> <p><u>II 適正なサービス提供体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 昨年の受審後、早速精力的に各種業務マニュアルの整備を行う等改善されている。</li> <li>● 職員寮に困難事例の利用者を一時住まわせる等、制度外での取り組みを実践していることは社会福祉法人らしい貢献であると評価される。</li> <li>● 個別援助計画については、昨年の受審後アセスメントからモニタリングまでの一連の体系的な運用を指摘されたが、アセスメントに基づき相談員、看護職、介護職で構成する「通所介護計画作成会議」で策定している。個別援助計画の同意後まとめの時間に全職員に報告し、周知する等、</li> </ul> |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>一連の方法が改善されている。</p> <p><u>Ⅲ利用者保護の観点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 昨年の受審後、デイセンターの浴室前入口前にカーテンを設置し脱衣室への視線を遮る改修を行ったことは評価される。</li> <li>● 昨年の受審後、「プライバシー保護」「人権尊重」に関する研修を早速実施し、浴場前のカーテンの新設等改善へ向けた取り組みが始められている。</li> </ul> <p><u>Ⅳサービスの質の向上の取組</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 昨年に引き続き、本年も受審された。デイセンターでは「サービス評価検討委員会」を立ち上げ、多くのスタッフが参加する形で第三者評価に取り組まれたことが評価される。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 改善努力を要する点 | <p>I 健全な組織体制のうち、</p> <p>(4) ②業務レベルにおける課題の設定</p> <p>(5) ②継続的な研修実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制のうち、</p> <p>(2) ①アセスメントの実施</p> <p>(5) ①事故・緊急時の対応</p> <p>Ⅲ利用者保護の観点のうち、</p> <p>(2) ④地域への情報公開</p> <p>Ⅳサービスの質の向上の取組のうち、</p> <p>(1) ④苦情に基づくサービスの改善、</p> <p>(2) ①利用者満足度の把握</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 理 由       | <p><u>I 健全な組織体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 毎月の定例会議で月間のまとめを実施し、業務の改善につなげているが、目標達成状況を確認し、定期的に見直すところまでには至っていないとのこと。</li> <li>● 新人職員への研修は実施され、必要に応じて外部研修への参加が奨励されているが、新人から勤務年数に応じた「体系的」な研修プログラムまでには至っていない。</li> </ul> <p><u>II 適正なサービス提供体制</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 通所介護事業所としてアセスメントの実施については、新規ケースについては独自に訪問面接等も実施されている。併設の居宅介護支援事業からの情報提供は受けているが医療面の客観的資料による補強という点で課題がある。</li> </ul> <p><u>Ⅲ利用者保護の観点</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 実習生の受入れや地域の小学校との交流、中学生の職場体験の受入れ等積極的に行っているが、広報誌等は利用者のみで地域にまでは配布されていない。</li> </ul> <p><u>Ⅳサービスの質の向上の取組</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 苦情があった場合は、苦情報告書を作成され、原因と改善方法が検討されているが、それを公開するまでには至っていない。</li> </ul> |
| 具体的なアドバイス | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 職員と利用者の方々との対応は良く出来ており、表情も良く、明るい雰囲気が見て取れます。スタッフと利用者とのコミュニケーションも良好のようです。今後もこの状況を維持・発展されるように努めてください。</li> <li>● 利用者の希望が尊重されているかという点で、アンケート結果からも細かな要望等がまだまだあるように見受けられます。「利用者の本音はなかなか聞き出せない」ということを前提に、あらゆる方法で顧客満足度を把握できるよう事業所の努力を期待したいところです。これが質の向上へ向けた一番の近道ではないでしょうか。苦情やクレーム、あるいはひやりハッと事例は、サービスの改善を直接促すための「宝物」です。苦情とその対応について公開するという姿勢は必ずサービスの質の向上に寄与する方法です。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● 原因分析を現場と責任者が協働して行い、改善方法を工夫し、改善点はその都度マニュアルに反映させる。そのマニュアル作りにスタッフが関わる事で専門性を磨き、出来上がったマニュアルは事業所の財産となります。このマニュアルは新人研修のテキストであり、体系化された研修プログラムを事業所独自に持つ事に直結します。新人を除いた「勤務歴に応じた体系的研修プログラム」も大きな課題です。内部研修だけでなく、外部研修も利用し、自分たちの事業所にあったプログラム化へ向けて工夫を期待したいところです。</li> <li>● 「利用者の本音」の次に聞き出せないのが現場職員の本音ではないでしょうか。サービスの質に直結する職員の悩みやストレス解消のためには「スーパーバイズの体制」が必要です。更に工夫し、上司が部下の悩みを聞きたいと思っているだけではなく、結果として職員が話しやすい「体制」をどう造るか検討されてはいかがでしょうか。</li> <li>● 実習生の受入れや地域の小学校との交流、中学生の職場体験の受入れ等積極的に行っていることは評価されます。しかし、広報誌等は利用者のみで地域にまでは配布されていないとのことでした。地域性にはそれぞれ固有のものがあると思われますが、地域へむけた情報開示をご検討ください。</li> <li>● ホームページをご検討中とのことでした。「高齢者がインターネットを使えるわけではないのに」との批判を耳にするところですが、「利用者や地域がどんなことを知りたいと思っているか」という視点で作られた場合、それは高齢者が家族等を通じて情報を得る事につながります。積極的にとらえられ、情報の開示に向けて更なる工夫を期待します。</li> </ul> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 評価結果対比シート

|                   |                                        |
|-------------------|----------------------------------------|
| 実地調査日             | 種19年2月14日                              |
| 事業所番号             | 2671500094                             |
| 事業所名              | 丹波高原荘ディセセンター                           |
| サービス種別<br>(複数記入可) | 介護老人福祉施設、短期入所生活介護、<br>通所介護、訪問介護、居宅介護支援 |
| 評価機関名             | 京都社会福祉士会                               |

| 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」という。 )を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービス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、事業所の運営について、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。                                             | 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    | 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。                                               | 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。                                           | B    | B     |
|                             |               | 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(On the Job Training)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) |               |                               |                                                                                       | 26   | 27    |

|                             |               |               |                                                                               |    |    |
|-----------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 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サービスの提供に係る記録 | 利用者の状況及びサービスの提供状況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。                        | B  | 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  | 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(以下、「専門家等」という)に意見を照会している。 | A  | A  |
|                             |               | ④スタッフの意見集約    | 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。                                                 | A  | 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。                              | B  | 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感染症対策及び予防    | 感染症の対策及び予防について定められたマニュアルがあり、スタッフは感染症に対する知識をもってサービスの提供を行なっている。                 | A  | A  |
|                             |               | ②事業所内の衛生管理    | 施設(事業所)内の衛生には気を配り、特に台所(厨房・調理室)、浴室、トイレ、汚物処理室等は、清潔な状態に保たれている。                   | B  | A  |
|                             | (5)危機管理       | ①事故・緊急時等の対応   | 事故や災害等の緊急事態における対応策を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、訓練や研修等が行われている。                          | B  | B  |
|                             |               | ②事故の再発防止等     | 事故等が発生した場合、報告書や記録を作成し、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) |               |               |                                                                               | 25 | 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 |
| 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なっている。                   | 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なっている。                 | 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   | サービスの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) |          |              |                                                              | 19   | 19    |

|                    |                              |                    |                                                                   |   |    |    |
|--------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------|---|----|----|
| IVサービスの質の<br>向上の取組 | (1)苦情解決                      | ① 苦情・相談窓口<br>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<br>その家族に周知されている。             | A | A  |    |
|                    |                              | ② 苦情やトラブル<br>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<br>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<br>周知している。                     | A | A  |    |
|                    |                              | ④ 苦情に基づく<br>サービスの改 | 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<br>係る取組             | ① 利用者満足度<br>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<br>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<br>積極的に参加している。                | A | A  |    |
|                    |                              | ③ 評価の意義に<br>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<br>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<br>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<br>点検を行っている。                | A | A  |    |
|                    |                              | ② 自己評価の実<br>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<br>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。 | A | A  |    |
|                    |                              | ③ 第三者評価の<br>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<br>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            | 自己評価結果 | 第三者評価結果 |
|----------------|--------|---------|
| I 健全な組織体制      | 26     | 27      |
| Ⅱ 適正なサービス提供体制  | 25     | 28      |
| Ⅲ 利用者保護の観点     | 19     | 19      |
| 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     |     |         |     |
|----------------|---------|-----|---------|-----|
|                | 自己評価結果  |     | 第三者評価結果 |     |
| I 健全な組織体制      | 26 / 30 | 87% | 27 / 30 | 90% |
| Ⅱ 適正なサービス提供体制  | 25 / 30 | 83% | 28 / 30 | 93% |
| Ⅲ 利用者保護の観点     | 19 / 20 | 95% | 19 / 20 | 95% |
| Ⅳ サービスの質の向上の取組 | 16 / 20 | 80% | 18 / 20 | 90% |

