

アドバイス・レポート

平成 18 年 11 月 30 日

平成 18 年 8 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた吉祥ホームデイサービスセンター様につきましては、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提供に役立ててください。

記

評価が高かった点	<p>I (1)組織の理念運用方針 (2)組織体制 (3)労働環境 (5)質の高い人材の確保</p> <p>II (1)サービスの品質の確保</p> <p>III (2)情報提供</p> <p>IV (2)質の向上に係る取組</p>
理由	<p>Iについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての理念を毎朝唱和されている等、常に職員が法人の理念・方針を念頭に置いて事業運営に当たる取り組みをしておられます。 ・管理者等が業務に精通し、具体的な指示を出しながら施設運営を工夫され、職場としての雰囲気も良好です。組織体制が確立されており、組織全体で意思決定する体制が整っていると感じました。 ・職員数は適正に確保されており、職員からのヒアリングから、新人職員にありがちな業務上の悩みについても副主任や先輩職員（エルダー）によって的確にフォローできる体制をとっておられました。 ・職員のヒアリングの中でも介護予防事業への取組に対する言及等があり、職員の介護保険制度に関する知識欲も高く熱意を感じました。 <p>IIについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・記録（日誌）様式を工夫され、日々の利用者の体調や行動が一覧できるようにされている点等、サービスの品質の確保向上に努力されておられました。 <p>IIIについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎月、地域の商業施設で介護相談を行っておられる点や、介護予防教室も開催され、ホームページも法人全体で整備される等、地域への情報公開を充実させておられます。 ・職員同士のコミュニケーション・レベルが高く、すべての職員に重要事項が情報共有できる工夫をされておられます。 <p>IVについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービス単独で第三者評価の受診を申し込まれた点に事業所の第三者評価に対する意識の高さが感じられます。 また、受診前に、評価に対して全職員で検討され複数回の会議を持たれる等熱心に取り組まれていました。

改善努力を要する点	<p>I (3)③休憩場所の確保 II (1)②サービス提供に係る記録の取扱方法 (3)②希望等を引き出す働きかけ (4)②事業所内の衛生管理等 III (1)②プライバシー等の保護 ④利用者の決定方法 IV (1)③第三者への相談機会の確保 (2)①利用者満足度の把握</p>
理由	<p>I (3)③ 職員が業務を離れて休憩できるスペースが狭小に感じられました。 II (1)② 個人情報保護の規定は整備されていますが、個人情報が記載された書類の具体的な取扱のルールが明文化されていませんでした。 (3)② 意見箱は設置されていますが、事務所受付前にあり、人に見られず意見を入れづらい様に思われました。 (4)② パントリー内に洗濯機が置かれていましたが、飲食物を提供するためのスペースでもあり、洗濯機使用について衛生管理上手順を決めておくなど配慮が必要ではないかと思われました。また、汚物処理の容器にフタが見受けられなかった点、医療器機にカバーが掛けられていなかった点、手指消毒器の消毒液切れ等、衛生面での配慮を検討する必要のある所が見受けられました。 III (1)② ・静養のためのベッドのスペースが広くとられ利用者にとっても休憩場所として好意的に受け入れられていましたが、全てデイルームのオープン・スペースで視線を遮るものが多く、プライバシー保護の点から、また利用者が落ち着いて休むことの出来る空間を確保するためにも検討の余地があるように思われました。 ・各トイレにカーテンは取り付けられていますが、男女のトイレの間に仕切りがなく、プライバシー保護の点で、トイレで異性と顔を合わさないこと等への配慮も必要ではないかと思われました。 (1)④ 利用者を決定するルールは、明文での規定は設けてられませんでした。 IV (1)③ 第三者機関として、運営適正化委員会は重要事項説明書等に明記されていますが、他の公的な相談機関の窓口が明示されていませんでした。 (2)① 個別の利用者アンケートは実施されていますが、結果の公表や分析がされていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>I (3)③ 職員の休息やコミュニケーションの為の部屋または空間の確保も施設全体のスペースを見極めて検討されれば、職員にとってより働きやすい職場になることだと思います。 II (1)② 個人情報を含む記録類等の書類の取り扱いについては、保管</p>

・閲覧の場所、持ち出す際の原則、書棚の施錠の時間、管理責任者等、職員共通の書類取扱のルールを明文化されてはいかがでしょうか。

(3)②

意見箱は設置されていますが、「公開すべき苦情が無い」とのことでしたが、設置場所の検討をされれば、目からウロコのような意見も出されるのではないでしようか。

(4)②

衛生面については、具体的には・「ごみ箱」のフタの設置・医療器機の未使用時にはカバーを掛ける・手指消毒液の残量確認 等を中心に衛生管理状況全般を再点検されてはいかがでしようか。

III(1)②

・利用者の静養スペースは、カーテン等で完全に見えなくなるのではなくても、例えば観葉植物を置くなど直接視線がぶつからない工夫をするだけでも居住性が高まり、現状以上の利用者の満足度につながるのではないでしょか。

・トイレについては、カーテンで男性と女性のスペースを区切るなど、互いに直接見られない工夫を検討されてはいかがでしようか。

(1)④

利用者の決定について、決定の手順、利用出来ないケース、待機の状況等について明文化し、利用希望者に公平に利用者の受け入れが行われていることを示せる状況を作つておかれるとといいのではないでしようか。

IV(1)③

第三者への相談窓口としては「区役所」「国保連合会」の連絡先も記載されるといいのではないでしようか。

(2)①

利用者アンケートの結果も公開する事で利用者からのサービス改善に役立つ意見が出やすくなるのではないでしょか。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670500020
事業所名	吉祥ホームデイサービスセンター 指定通所介護事業所 指定介護予防通所介護事業所
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	京都市老人福祉施設協議会

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。	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	B
	(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。	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 繙続的な研修の実施	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	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
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 ケアンファレンス	定期的又は必要に応じてケアンファレンス（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	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。	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	B
	(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	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
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	B
		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	19

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付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	公的機関等の窓口に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。	A	A
	(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。	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。	B	B
		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	B
		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)				17	17

【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	29
II 適正なサービス提供体制	30	29
III 利用者保護の観点	20	19
IV サービスの質の向上の取組	17	17

【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%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	30/30	100%	29/30	97%
III 利用者保護の観点	20/20	100%	19/20	95%
IV サービスの質の向上の取組	17/20	85%	17/20	85%

