

様式 7

アドバイス・レポート

平成 20 年 2 月 21 日

平成 19 年 12 月 27 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京都福祉サービス協会西院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

<p>評価が高かった点</p>	<p>I 健全な組織体制 (1) 組織の理念・運営方針 ② 運営方針の周知と実践 (3) 労働環境 ③ 休憩場所の確保 (4) 課題の設定 ① 重点課題の設定 (5) 人材の確保・育成 ① 質の高い人材の確保 II 適正なサービス提供体制 (2) 個別援助計画 ① アセスメントの実施 ② 個別援助計画の作成 ③ 専門家等に対する意見照会 III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 ① 人権等の尊重 IV サービスの質の向上の取組 (2) 質の向上に係る取組 ① 利用者満足度の把握</p>
<p>理由</p>	<p>I 健全な組織体制 (1) 組織の理念・運営方針 ② 「くらしに笑顔と安心を」という法人の理念に基づき「ひとりひとりを大切に」前向きに生きていくという運営方針を立て、朝夕のミーティングや月 1 回の職員会議で話し合いながら、利用者の希望に沿ったサービスを提供するために責任者とスタッフ全員で努めています。 (3) 労働環境 ③ ゆとりのある建物の 2 階部分に 2 室の休憩場所が確保され、</p>

現場を離れてゆっくりとくつろぐ事ができ、スタッフ同志の交流の場にもなっています。

(4) 課題の設定

- ①「ひとりひとりを大切に」と言う運営方針に則り、個別ケア、グループリクリエーションを重点課題に設定し、役割分担を決めて実践されています。課題の取組状況は朝夕のミーティング、月1回の職員会議で確認、見直しがされています。

(5) 人材の確保・育成

- ①スタッフの採用については、試用期間を経て正職として雇用しています。必ずしも資格にはこだわらず、面接時に西院デイの運営方針に沿った考え方をもち、明るく楽しい雰囲気の人を採用しています。資格取得のための休暇を認め、試験日を職務扱いにし、合格者には祝い金（ケアマネジャー5万円、介護福祉士3万円）を支給しています。

II 適正なサービス提供体制

(2) 個別援助計画

- ①利用者、家族の双方に対し内容の異なるアンケートを行い、ひとりひとりの詳細なニーズの把握に努められ、個別援助計画に反映されています。
- ②ケース検討会を通じて意見交換された情報を基に、3ヶ月に1回の頻度で個別援助計画の見直しがされています。計画書の交付の際に利用者、家族への説明を行っています。説明時に利用者等から計画内容の修正依頼があった場合は、依頼内容の必要性を協議し、必要と判断した場合は修正に応じています。
- ③サービス担当者会議に相談員が参加し、主治医や介護支援専門員から情報を得て、個別援助計画に反映させています。特に口腔ケアについては歯科検診を実施し、義歯の状態等についても把握に努めています。また、状態の変化が見られる利用者に関しては、所定の用紙にて担当の介護支援専門員へ報告及び照会を行っています。

III 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

- ①「ひとりひとりを大切に」という運営方針の下、人権を尊重したサービス提供に努めています。利用者の自己決定を大切にしたい、喫茶や外出、個性やニーズにあったリクリエーションを選べる「京都式選べるデイサービス」の実践に取り組んでいます。

IV サービスの質の向上の取組

(2) 質の向上に係る取組

- ①利用者満足度調査としてアンケートを行い、調査結果をホールに掲示し、サービス改善に生かしています。また、要望に沿って時間延長や一日の過ごし方について検討し、今後のサービスに生かして行こうと努力しています。

<p>改善努力を要する点</p>	<p>I 健全な組織体制 (5) 人材の確保・育成 ③ O J T の実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制 (4) 衛生管理 ② 事務所内の衛生管理等 (5) 危機管理 ① 事故・緊急時等の対応</p> <p>III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 ④ 利用者の決定方法</p>
<p>理 由</p>	<p>I 健全な組織体制 (5) 人材の確保・育成 ③ スタッフ採用後の研修、資格取得への援助等、充実した支援体制があります。しかし、スタッフ同士で教えあい、研鑽するための仕組みが制度化されていません。</p> <p>II 適正なサービス提供体制 (4) 衛生管理 ② 施設内は概ね整頓され、清潔に保たれていますが、窓際に利用者の薬が置かれていました。ケースに入れているとのことですが、判断力の衰えた認知症状のある利用者にとって何が事故につながるかは予測が付きません。 (5) 危機管理 ① マニュアルは整備され、指揮命令系統も明らかになっています。施設内において玄関の入り口の消火器の周囲が車椅子の置き場になっていました。緊急避難の際、障害となる恐れがあるのではないのでしょうか。</p> <p>III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 ④ 利用者の決定方法については、医師の許可がある人は基本的に受け入れ、空き情報などもケアマネジャーに提供されており、公平・公正に決定されている様子がうかがえます。しかし、利用者の決定方法が明文化されていないため、確認ができませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・全体を通して書類の必要な箇所に捺印や記入漏れなどが散見されました。情報の共有化という観点から、研修記録や事故報告書等、スタッフ全員が閲覧したことが確認できるように日付と閲覧者名の記入に心がけられてはいかがでしょうか。 ・スタッフに対する研修や資格取得に対する支援体制は厚く、充実しています。O J T についても実際には行われている様子が伺えましたが、その仕組みが確立されていません。今後はスタッフ間での学びあいの仕組みを構築されることをお勧めします。 ・利用者の決定方法について、客観的に納得できるように明文化される必要があるのではないのでしょうか。 ・玄関ホールに利用者の車椅子が置かれ、消火器が緊急時に障害となる恐れがあります。車椅子の置き場所に工夫をされて

	<p>はいかがでしょうか。</p> <ul style="list-style-type: none">• 意見箱は設置されていますが、入り口の事務所前では意見が書きにくいのではないかと考えます。設置場所を見直され、苦情や意見が出しやすいように工夫されてはいかがでしょうか。• スタッフの聞き取りでも、「自由な雰囲気の中で個別ケアという目標が見え、これまでのデイとは違うサービスを提供できるように来年度に向け具体化して行きたい」という意欲的な発言がありました。レクリエーションも「京都式選べるサービス」に取り組み、利用者が楽しんでおられる様子が見えました。今後第三者評価を毎年受け、より良いサービスを目指したいとのこと、西院デイサービスセンターの今後に更なる期待をいたします。
--	---

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670700109
事業所名	社会福祉法人 京都福祉サービス協会 京都市西院デイサービスセンター
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)	
訪問調査実施日	平成20年1月16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。	B	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。	B	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。	B	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。	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。	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	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)				24	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用しており、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。	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	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。	B	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)				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
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	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。	B	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。	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る。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				17	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。	B	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。	A	A
		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。	C	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。	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。	C	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)				13	19

【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	29
II 適正なサービス提供体制	27	30
Ⅲ利用者保護の観点	17	19
Ⅳサービスの質の向上の取組	13	19

【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%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	27/30	90%	30/30	100%
Ⅲ利用者保護の観点	17/20	85%	19/20	95%
Ⅳサービスの質の向上の取組	13/20	65%	19/20	95%

