

アドバイス・レポート

平成26年12月16日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成26年10月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 一般財団法人宇治市福祉サービス公社広野様につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>組織体制 ・事務分掌において、職務役割分担が個人名入りで記載され、自分の役割がわかりやすくなっていました。また職員提案にポイント制度を採用し、経営会議で採用されると事業所評価される仕組みになっていました。</p> <p>継続的な研修・OJTの実施 ・初任者にはOJT研修記録を利用し、項目別（送迎・入浴・食事介助など）に自らの気づきを毎日記載して担当者がコメントを付けることで次の日の目標が見える仕組みを作っておられました。また年間研修計画に基づいて全職員に研修を実施されていました。</p> <p>事故の再発防止等 ・ヒヤリ・ハットがあれば毎日記載できる「ヒヤリハットカレンダー」を用いて、その情報を共有し、対策を検討するなどの仕組みが確立しているため、事故を未然に防いでおられることを確認しました。</p> <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・苦情があれば、理事会に報告し、全事業所の職員全員に周知していることが議事録で確認しました。また意見に対する対応策を広報誌で公開されていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>法令遵守の取り組み ・正職員は自主点検表を年1回実施され、またワムネットからの関連情報を回覧し、周知を図っておられましたが、わかりやすくリスト化されているかが確認できませんでした。</p> <p>アセスメントの実施・個別援助計画の見直し ・所定のアセスメント様式を利用し利用者の状況や要望などの聞き取りは実施されていましたが、定期的な見直しが不十分でした。 ・モニタリングは毎月実施し、介護支援専門員に渡すなどの対応をされていましたが、見直しの基準は確認はできませんでした。</p> <p>業務マニュアルの作成 ・具体的でわかりやすいマニュアルがありましたが、見直しの時期などが不明確で、見直しがされていないものもありました。</p> <p>意見・要望・苦情の受付 ・苦情やご意見の対応等は、マニュアルで定められており、それに基づいた対応がされていましたが、その苦情を受け付ける方法として、アンケート以外に匿名者から受け付ける仕組みがありませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>法令遵守の取り組み ・情報を回覧することで職員への周知を図っておられましたが、各種法令をリスト化しておくことで自らも調べることが容易になります。教えてもらうだけでなく自分で確認できる体制を作ることは意欲を引き出すことにもなり、強いては職員の向上心につながっていくのではないのでしょうか。</p> <p>アセスメントの実施・個別援助計画の見直し ・アセスメントと連動した個別援助計画は継続して見直しができるように、一連の流れとしてプランの見直し時に再度見直しを行うことをルール化（マニュアル化）することで、より質の高いサービスが提供できるのではないのでしょうか。</p> <p>業務マニュアルの作成 ・見直しの時期をマニュアルに明記するとともに、見直す方法として委員会を活用したり、職員で担当して見直すなど負担が偏らない仕組みを考えられてはいかがでしょうか。</p> <p>意見・要望・苦情の受付 ・幅広く苦情や意見を受け付ける仕組みとして入り口付近など、事務所から見えにくいところにご意見箱を設置するなど検討されてはいかがでしょうか。</p>
------------------	--

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2671200240
事業所名	一般財団法人宇治市福祉サービス公社 広野
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護 (介護予防通所介護)
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	居宅介護支援・訪問介護
訪問調査実施日	平成26年11月21日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	理念の周知と実践	1		組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
	組織体制	2		経営責任者（運営管理者含む）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
	(評価機関コメント)			1・倫理規則を制定して、入社時及び年度初めに全職員に説明し、施設内にはファイルで設置されていました。また利用者や家族に対しては、ホームページや広報誌で周知を図っておられました。 2・3ヶ月に1回理事会を開催し、経営・運営・状況の把握・協議案件の審議が行われていました。また事務分掌に職員の職務に応じたの権限委譲が明確に規定されていました。		
(2) 計画の策定						
	事業計画等の策定	3		組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A
	業務レベルにおける課題の設定	4		各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(評価機関コメント)			3・法人の事業計画に基づき事業所のテーマ「明るい笑顔と寄り添う気持ち、今日も楽しい広野デイ」を策定し実行されていました。アンケート調査結果や職員提案制度などを設け意見を出しやすいように努めておられました。 4・毎月、月間目標を設定し実施されていました。問題の分析や対策などはサービス向上委員会で取り組んでおられました。		
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	法令遵守の取り組み	5		遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	B
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6		経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	A	A
	管理者等による状況把握	7		経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
	(評価機関コメント)			5・正職員は自主点検表を年1回実施し、またワムネットからの関連情報を閲覧して周知を図っておられましたが、わかりやすくリスト化されているかが確認できませんでした。 6・経験職別の自己評価表をもとに年1回職員から意見を聞く機会を持ち、事業に反映させるために職員会議で意見交換をされていました。その中で管理者自らの行動が適切であるか見直す機会がありました。また職員ヒアリングでも細部まで気を配りリードされていることを確認しました。 7・日々の業務は日報で確認し、業務携帯の所持でマニュアルに基づいて連絡がとれ、指示が出せる体制がありました。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
		実習生の受け入れ	10	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		8・法人独自の面接シートを用い有資格者を優先的に採用されていました。また無資格者に対しては、法人の「ほほえみ介護塾」の受講を支援されていました。 9・年間研修計画を策定し実施されていました。初任者にはOJT研修記録を用い気づきを促し、アドバイスをされていました。 10・組織として研修受け入れ窓口があり、教員免許取得の介護体験、介護職員初任者研修、地域の中学生の職場体験、福祉体験を受け入れされていました。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、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環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		11・法人で就業状況を把握する仕組みがあり、毎月管理者に報告されていました。時間外を極力しないように組織として取り組み、職員の業務負担軽減が図れるように努めておられました。 12・働きやすい職場環境とするために、誰もが守らなければならないルールとして職員同士の「見える化」「言える化」「聴いている化」に取り組んでおられました。が、外部の相談専門職の紹介方法がありませんでした。		
(3) 地域との交流						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
		(評価機関コメント)		13・地域福祉センター内の事業所であり、地域福祉のつどいやコミュニケーションカフェを開催し、地域とのつながりを積極的に実施されていました。 14・モーニングカフェや福祉の集いなどで介護者支援のための研修会を実施されていました。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
III 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
		事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A
		(評価機関コメント)		15・ホームページやパンフレット、重要事項説明書にわかりやすい表現で内容を明示されていました。また見学・体験利用に対応した記録も整備されていました。事業所内にはファイリングし、玄関のファイル棚に設置されていました。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A
		(評価機関コメント)		16・介護保険外サービスも含め、料金や一日の流れなどを重要事項説明書をもとに説明し同意を得ておられることを確認しました。成年後見制度や権利擁護事業に対応する仕組みもありました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	B	B
利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等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
専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、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
個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B
(評価機関コメント)		17・所定のアセスメント様式を利用し、利用者の状況や要望などの聞き取りは実施されていましたが、定期的な見直しが不十分でした。 18・サービス担当者会議に出席し、アセスメントや計画書を基に自立支援に向けた個別計画書を作成し、同意を得ておられました。 19・主治医には介護支援専門員を通し意見を求め、リハビリのメニューは法人の介護予防サポートセンターのOT・PTと情報共有を図り、個別計画書を策定されていましたが、見直しの基準は確認はできませんでした。 20・モニタリングは毎月実施し、介護支援専門員に渡すなどの対応をされていましたが、見直しの基準は確認はできませんでした。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
(評価機関コメント)		21・介護支援専門員を通して主治医や他の機関と連携されていました。緊急の場合は直接主治医と連絡を取っておられました。退院時には介護支援専門員に依頼し退院サマリー（看護要約）を入手されていました。		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	B	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	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、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22・具体的でわかりやすいマニュアルがありましたが、見直しの時期などが不明確で、見直しがされていないものもありました。 23・個別ケース記録に日々の様子を記載し、個人情報保護マニュアルに基づき、管理体制を徹底されていました。 24・朝夕のミーティングで情報共有し、個別計画書や会議録の回覧をするなど全員が確認できる体制がありました。 25・利用時の状況は連絡ノートに記入するとともに送迎時に口頭で伝えるように努めておられました。またモーニングカフェなど家族が参加できる介護者支援の研修会や交流会を開催し、意見交換を実施されていました。		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	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、職員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	27	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
(評価機関コメント)		26・感染症対策マニュアル（感染症別）に基づき研修を年2回実施されていました。法人内に衛生管理委員会を設置し、検討結果を職員に周知されていました。 27・施設内は清潔に保たれており、外部業者に委託されている部分はチェック表がありました。シーツは利用するごとに交換されていました。		

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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	29	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
災害発生時の対応	30	災害発生時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

	(評価機関コメント)	<p>28・事故、緊急時マニュアルを整備し、年間研修計画に基づき一研修を実施されていきました。送迎車にマニュアルを常備されていきました。</p> <p>29・事故報告書を作成し、リスクマネジメント委員会で原因と防止策を検討して全員に周知されていきました。「ヒヤリハットカレンダー」を活用し、事故を未然に防ぐ仕組みがありました。</p> <p>30・緊急時対応マニュアルの整備、職員の緊急連絡網を作成し、同一館内の一般市民の参加による消防訓練などはされていきましたが、地域との連携を意識したマニュアルが不十分でした。</p>
--	------------	---

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価

IV利用者保護の観点

(1) 利用者保護						
	人権等の尊重	31	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A	
	プライバシー等の保護	32	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	
	利用者の決定方法	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>31・32・利用者の意思を尊重したサービスを実施していることが、利用者からの聞き取り、アンケート結果から確認出来ました。また全職員を対象とした人権尊重とプライバシー保護の研修会が実施されていました。</p> <p>33・エリア外もしくは定員を超えない限り、利用申し込みは全員受け入れておられました。</p>			
(2) 意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向(意見・要望・苦情)を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	A	B	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向(意見・要望・苦情)に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A	
	第三者への相談機会の確保	36	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	
	(評価機関コメント)		<p>34・連絡ノートで希望、要望などを把握し、ミーティングにて共有して対応されていましたが、広く匿名の方から意見を受け付ける仕組み(例えばご意見箱)が確認できませんでした。</p> <p>35・苦情があれば、理事会に報告し、全事業所の職員全員に周知していることが議事録で確認しました。また意見に対する対応策を広報誌で公開されていました。</p> <p>36・玄関横のファイルスタンドに重要事項説明書などの資料とともに第三者委員の設置、連絡先を明記されていました。また、傾聴ボランティア受け入れ、利用者の相談機会とされていました。</p>			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	A	A	
	質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A	
	評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37・毎年利用者アンケートを実施し、その結果をサービス向上委員会で取り上げ、各事業所で検討し改善に向けて対応されていることを議事録で確認しました。</p> <p>38・法人としてサービス向上委員会で質の向上に係る検討を行い、その内容については委員会での決定事項、事業所からの提案事項で確認しました。</p> <p>39・毎年自己評価をされていますが、第三者評価は平成21年以降受けておられませんでした。</p>			