

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 5 月 13 日

平成 22 年 11 月 11 日付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 小川事務所につきましては、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>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>○定期的なアセスメントの実施 アセスメント、リアセスメントについては大変丁寧になされていました。また、利用者ファイルを非常に見やすく整理整頓されています。</p> <p>○研修体制 人材育成、研修体制が整っています。特に常勤新人職員の3ヶ月フォローアップ（プリセプティ制度）が素晴らしく、「Plan-Do-See」を繰り返すマンツーマン体制で、力を入れて新人研修に臨まれているのがわかります。また、162人全ての登録ヘルパーが同じ研修を受講できるように、月に10数回の同一研修を開催し、受講の機会を提供しています。</p> <p>○労働環境への配慮 職員に対して、全員が有給休暇の取得ができるような配慮・管理がなされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○ 苦情への対応 「苦情はプライバシーと捉えて公表していない」とのことです。また、アンケートを全利用者に送るのではなく、認知症の利用者については「混乱させてはいけない」や「回収できないのでは」との考えから送付をしていません。</p> <p>○ 第三者への相談機関への確保 カウンセラーの窓口が事業所関係者であり、上司や人間関係等の悩みを打ち明けられる環境が整っているとはいえないのではないでしょうか。</p> <p>○ 身体拘束禁止の明示 人権の勉強会や研修はされましたが、身体拘束についての明示がなく、身体拘束禁止や虐待の研修がなされていません。</p>

具体的なアドバイス	<p>本事業所は、見本、手本となる人材に恵まれた職場とお見受けしました。組織形成図が確立され、国が謳う10人に1人のサービス提供責任者のチームケアが実動できています。職員の研修受講に対しては事業所加算の取得という継続目標にむけて、同じ研修を月に10数回も繰り返し行うという努力に大変感心しました。この努力が月に2名程度の登録ヘルパー希望者がいるという実績にもつながっていると思います。</p> <p>今後は、法人内外の多くの事業所と切磋琢磨し、京都になくはならない事業所として発展していただきたいと思い、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <ul style="list-style-type: none">○ 利用者アンケートは利用者の状態に関わらず、全ての方に送付をするようにしてはいかがでしょうか。○ 事業所内での問題を相談できる第三者の相談窓口を確保してください。○ 人権に関する研修はしっかりと取り組んでおられますので、その中で身体拘束禁止や虐待防止研修を実施してはいかがでしょうか○ 事業所加算を取得されていますので、事業所内掲示の重要事項説明書にもその明示をしてください。また、訪問介護と居宅介護支援事業所にはそれぞれの重要事項説明書の明示をしてください。
-----------	--

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670200316
事業所名	京都福祉サービス協会小川事務所
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年 3月 7日
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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志決定を行い、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. 組織の理念や運営方針は明確化・周知されています。掲示されているものは、訪問介護も居宅介護支援も内容が同じものでした。 2. 管理者は、組織の決定事項を組織形成図どおりに周知していることを確認しました。			
(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. 組織形成が明確化されており、事業計画もしっかり生まれ、四半期ごとに事業総括がなされています。 4. 組織内で定期的にヒヤリングがなされており、個々のヘルパーの課題や目標が管理されていることを確認しました。			
(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	A	
	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	
	(評価機関コメント)		5. 法令遵守については、研修等に力を入れて取り組んでいます。 6. 管理者は職員に慕われ、尊敬されており、話しやすい環境づくりに努めています。 7. 組織体制が整っており、意見の集約ができています。			

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)	8.9.毎月2名程度の新規採用があり、同行訪問が行われています。また、正社員の新規採用にはフォローアップ研修を行っています。 10.実習指導マニュアルが作成され、基本姿勢を明確にしています。			
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	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。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。	A	B
		(評価機関コメント)	11.有給休暇の取得等、スタッフの労働環境に配慮しています。 12.対人援助の専門職の確保がなされておらず、産業医やカウンセラーとの契約書は確認できませんでした。			
(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)	13.3ヶ月に1回発行の機関紙「きょうほのぼの」は地域への配布は行っていませんが、利用者や事業所には配布されています。 14.地域包括支援センターを通し、中立学区より講習の依頼があり、実施されました。			

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.パンフレットを作成し、事業所概要を判りやすく説明しています。ホームページも開設し、離れた介護者への情報提供にも役立っています。			
(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.本人や家族、成年後見人等に計画内容や料金を説明していることが確認できました。			

(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。	A	A
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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A
(評価機関コメント)		17.支援記録が作成され、定期的にあセスメントが行われています。 18.ADL表、計画書以外に訪問介護活動指示書を独自で作成し、希望に即したサービス提供がなされています。 19.他専門職からの意見を参考にし、計画策定を行っています。 20.定期的、または必要時に変更が行われています。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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.医療上の変化は担当ケアマネジャーを介して、情報提供を行っています。		
(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、スタッフに活用されている。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。	A	A
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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22.訪問介護員の変更時には代理調整済報告書に記載されているように速やかな対応がマニュアル通りに実施されています。 23.記録の管理は適切にできており、個人情報保護の研修等もおこなっています。 24.同一内容のヘルパー会議が月に十数回実施されていて、全員が参加しています。利用者情報は逐一報告するように指導されており、伝達方法に配慮がされています。 25.連絡ノートはサービス提供ごとに5分で記載できるように工夫し、家族とも情報の共有を図っています。		
(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、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
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.感染症マニュアルが整備され、研修も行っています。 27.安全衛生委員会を定期に開催し、会議記録もあります。施設内は整理整頓され、衛生面に配慮されています。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生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
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
(評価機関コメント)		28.事故・緊急時対応マニュアルが作成され、研修も行っています。 29.ヒヤリハット事例を報告しており、原因や解決策が検討されています。		

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	30	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	B
		プライバシー等の保護	31	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	32	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)		30.人権の勉強会や研修がされていることを確認しましたが、身体拘束禁止の明示がありませんでした。 31.プライバシーや羞恥心に対する配慮は記録や聞き取りで確認できました。 32.利用者の決定は公平・公正に行われています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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	B
		(評価機関コメント)		33.利用者への個別の相談・面接は訪問することでできていましたが、利用者懇談会は定期的に開催されていません。 34.利用者の意向はサービスの向上に役立っています。 35.事業所関係者以外の相談窓口が設置されていませんでした。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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。	A	A
		(評価機関コメント)		36.満足度をアンケートで把握し、会議を通し質の向上に役立っています。 37.サービスの質の向上に対する意欲がヒヤリングから感じられ、各自の向上心が伝わってきました。 38.独自の自己評価表を作成し、課題の明確化とその取り組み、それに対するフォローアップを確認しました。		