

アドバイス・レポート

平成 21 年 5 月 28 日

平成 20 年 12 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（財団法人宇治福祉サービス公社 西小倉）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>◆組織の理念・運営方針 事業開始10周年にあたり、「10周年宣言」として理念を確認し、課題を5つにまとめ、市民に公開しています。宣言の中に、「利用者とともに、市民とともに」という標語を掲げ、新たに運営方針を示すものとして「倫理規則」を制定し、事業に関する「基本理念」を明示し、経営会議、係長会議、係会議でスタッフ間の周知を図り、広報誌等で利用者、家族、地域への周知を図っています。</p> <p>◆地域との交流 西小倉事業所全体が、地域の福祉サービスニーズに応える形で発足しており、地域福祉センターとしての機能を果たしています。図書館や地域センターとしての機能を併せ持つて計画されており、地域における拠点としても機能しています。地域住民を対象とした講演会、研修会、介護教室等も定期的で開催され、開かれた事業所となっています。</p> <p>◆意見・要望・苦情の受付 利用者が意見・要望・苦情を伝えやすい環境となっており、多くの意見等が寄せられています。現場ではそれを真摯に受け止め、対応しています。苦情や要望は、「満足の声」、「不満の声」、「ご要望」というタイトルで、広報誌「ぽっぽ」に掲載し、市民に公開しています。また、「サンクスレポート」という形で日々、能動的に利用者の声を個別に収集する仕組みが設けられています</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>◆管理者等によるリーダーシップの発揮 経営責任者等は、月2回行われる経営会議に参加し、管理者等を通して運営状況を把握し、意見交換が行われています。管理職は、現場係長の日報、あるいは会議等により現場の状況把握、意見交換が図られています。「自己評価」システムも導入し、管理者による職員の自己評価に対する面談の機会がありますが、運営管理者に対して職員からの評価を受けるシステムがありません。</p> <p>◆意見・要望・苦情等への対応の公開 苦情・要望については能動的に利用者の声を個別に収集する仕組みも設けられており、これらの声は公開されていますが、その対応の過程・内容、改善状況についての公開がなされていません。</p>

具体的なアドバイス	<p>本事業所は宇治市福祉公社が平成9年宇治市の100%出資により、宇治市西部の拠点である「西小倉地域福祉センター」内に開設されています。同法人による事業所が東宇治、中宇治（広野）にもあり、市民の生活を多面的に支えており、地域福祉の推進・充実に貢献しています。</p> <ul style="list-style-type: none">◆組織の運営は適切に行われており、管理職もリーダーシップを発揮されていますが、自らの行動が職員から、どのような評価を得ているかを把握し、見直しをするための方法がありません。職員が評価できる方法をご検討ください。◆リラックスできる広さや環境等を有する休憩場所の確保が望まれます。ハード面の問題もあるかと思いますが、「広さ等は不十分である」と認識されていますので、スタッフのストレス管理に「ちょっと気楽に一休み」ができる空間づくりを工夫されてはいかがでしょうか。◆事業所内の清掃については、委託し、その点検表の確認はしていますが、事業所独自でも定期的に現場の点検をされてはいかがでしょうか。◆定期的な顧客満足度調査を組織として実施、分析し、事業計画の課題にリンクさせ、より一層サービスの向上に努めてください。
------------------	--

※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	2681200083
事業所名	(財)宇治市福祉サービス公社 西小倉
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)	居宅介護支援事業所、通所介護
訪問調査実施日	平成21年3月19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)		<p>1. 組織の理念は宣言の中に、「利用者とともに、市民とともに」という標語を掲げ、新たに「倫理規則」を制定し、公社の事業に関する「基本理念」を明示しています。月2回の経営会議、係長会議、係会議でスタッフ間の周知を図り、広報誌等で利用者、家族等への周知を図っています。</p> <p>2. 組織の意思決定方法(決済区分)は明確で、企画管理部門、介護サービス部門の下に、1)ケアマネジメント課、2)介護サービス課、3)地域包括支援センター課が置かれています。</p>		
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>3. サービスの質の向上に向けては、1)リスクマネジメント、2)認知症ケア、3)サービス向上、4)倫理・コンプライアンス、5)個人情報保護、6)衛生という6つの専門員会を設けられ改善に取り組まれています。5年間の長期目標を策定され、現在平成21年度から始まる5カ年計画を策定中です。単年度計画も事業種毎に課題が掲げられています。前年度の課題の評価や次年度への計画策定については、組織的に現場職員が参加して策定されています。事業計画の課題設定そのものについては、顧客満足度調査に基づいた客観的指標等により事後評価がしやすいものには至っていませんが、「サンクスレポート」という形式で、日常的に利用者の声を聞く努力をしています。</p> <p>4. 各年度、事業種別のテーマを策定し、それを具体化する為に事業所(3カ所)毎のテーマを掲げ、その下に「業務目標」と「行動目標」を掲げて取り組まれています。業務職種(係)毎の課題設定には不十分さがあります。</p>		
(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	B
		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)	<p>5. 業務運営上必要な法令改正対応等は管理部門である総務課を通じて、各事業所へ通達やQA等の関連情報が伝達されています。「自主点検」については管理者だけでなく、職員全員が参加して実施しています。</p> <p>6. 経営責任者等は、月2回行われる経営会議に参加し、管理者等を通して運営状況を把握し、意見交換をしています。管理職は、現場係長の日報、あるいは会議等により現場の状況を把握し、意見交換を図っています。「自己評価」システムを導入しており、管理者による職員の自己評価に対する面談の機会がありますが、管理者等に対する職員からの評価を受けるシステムがありません。</p> <p>7. 事業所長、本部管理者は、運営管理者(係長)の作成する日報により現場の状況を把握しています。事故や緊急時の対応についてはマニュアルに基づき管理者が現場に不在であっても業務用携帯電話を所持し、対応しています。また、スタッフからの連絡は、フリーダイヤルで対応しています。</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

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)		<p>8. 有資格者を採用し、さらに上位の資格取得のための受験対策支援や資格手当により優遇する仕組みがあります。</p> <p>9. 年度毎の研修実施計画を事業計画の中で立案し、計画的に実施しています。スタッフについては、オリエンテーション等座学、現場での研修のほか、月1回の全員研修、2ヶ月に1回の実技研修を実施しています。</p> <p>10. 法人として実習生受入の窓口が設置され、実習実施のためのマニュアルも整備されています。同じ事業所にある通所介護事業所、地域包括支援センターにおいても積極的に実習生を受け入れ、大学教育課程、高校の介護福祉士養成課程実習生も受け入れています。また、地域のニーズに応えるためヘルパー養成研修を実施しています。外部での指導者研修については実施の検討をされているとのことです。</p>		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇の管理は現場と総務課で実施されています。個人差はあるものの概ね消化できています。訪問介護現場での負担については理学療法士、作業療法士等も入って点検、配慮をしています。</p> <p>12. 業務上の悩みについては専門職の管理者がヒヤリングする仕組みがあります。職員の休憩室はありますが、広さ等については不十分であると認識されています。産業医が、2ヶ月に1回、衛生委員会に出席し、指導が行われています。</p>		

(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)		<p>13. 地域住民を対象とした講演会、研修会、介護教室等が定期的で開催され、地域に開かれた事業所となっています。ホームページも運営され、年3回発行の広報誌「ほっほ」は、地域、利用者に配布されています。</p> <p>14. 1)介護員養成研修「ほほえみ介護塾」、2)配食サービス、3)弁護士等による高齢者等法律相談、4)重要書類等預かりサービス等を実施するほか、知的障害のある方を対象とした3級ヘルパー養成研修を実施して就労支援を行う等、地域福祉の先駆的の事業を数多く実施しています。また、地元高校の福祉の授業等に職員を派遣しています。</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
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.パンフレットには管理者やサービス提供責任者の顔写真も添えてあり、利用者に安心してもらえるような工夫が見られます。重要事項説明書による説明のほか、「ヘルプサービスのしおり」を使って情報提供をしています。			
(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.権利擁護についての情報提供も実施し、法人としては弁護士等による権利擁護相談や重要書類等預かりサービス等の地域福祉権利擁護事業に類するような独自サービスも実施しています。成年後見制度の利用もされています。			
(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.事業所固有のアセスメント様式により適切にアセスメントが行われています。 18.定期的、また、サービス内容変更時に個別援助計画の見直しが行われています。 19.業務の特性上、訪問介護事業所が直接行うことはありませんが、ケアマネジャーを通して専門職等への意見照会等を実施しています。 20.サービス提供責任者が毎月モニタリングを行い、必要に応じて計画の見直しが行われています。			
(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.業務の特性上、ケアマネジャーを通して医師や医療機関との連携が行われ、退院時には看護サマリー等を受け取り、サービス提供時に活かされています。			
(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.業務マニュアル、個別の利用者についての「作業手順書」が作成されています。 23.スタッフは定期的に事業所に出勤し記録を作成しています。 24.コーディネーターが直近の情報を収集し、朝のミーティング時に身体状況や状況変化など必要事項について各スタッフに伝達しています。 25.情報交換は家族に出会える場合はサービス提供時に実施し、それ以外は「サービス伝票」によって行われています。			

(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. 各スタッフが訪問時に手洗い・うがいを励行しています。法人全体としては、衛生委員会において感染症の予防・対策を検討し、研修は年1回以上は開催され、注意喚起についても適宜行っています。 27. 事業所の清掃は「宇治川福祉の園」に委託し、点検表の確認をしています。		
(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. 緊急時対応、車両事故発生時対応、介護事故等防止・対応、行方不明者等対応・発見マニュアルが整備されています。消防避難訓練は併設事業も含め、年2回実施しています。 29. 事故報告書(ヒヤリハット報告書も含む)については法人所定の様式が定められ、多数報告されています。毎月、法人全体の苦情・事故報告書が作成され、各事業所への回覧によって情報が共有され、毎月の会議で再発防止に取り組まれています。		

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	A
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. 「公社」としての特性から、市民が「運営について知る権利が保障」されており、自身のサービス計画の策定に当たっては「参加する権利があることを保障」と謳われています。高齢者虐待防止、身体拘束に関する研修も実施されています。 31. 身体介護場面等での羞恥心に配慮した業務マニュアル等が整備され、毎月実施されている研修において、訪問から辞去するまでの一連の注意や配慮について注意喚起しています。 32. 人員配置上派遣することが無理な場合を除けば、利用を拒否していません。		
(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	A
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	B
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	A
(評価機関コメント)		33. 苦情や要望は、「満足の声」、「不満の声」、「ご要望」というタイトルで、広報誌「ぼっぼ」に掲載し、市民に公開しています。 34. 苦情・要望についての対応の仕組みがあり、「サンクスレポート」という形で日々、利用者の声を個別に収集する仕組みも設けられていますが、公開はされていません。 35. 第三者委員の個人名と連絡先が重要事項説明書に明示されており、第三者委員との話し合いが年2回実施されています。		

(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てている。	B	B
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。	C	B
(評価機関コメント)		36. 平成19年度にアンケート調査を実施しましたが、平成20年度には実施していません。 37. サービス向上へ向けた年次計画のもと、今回の第三者評価の受診も実施しました。サービス向上委員会を立ち上げ、各部門の担当者が参加し、毎月委員会を開いています。 38. 西小倉サービス評価委員会が新たに設けられ、初めての第三者評価の受診を契機に定期的な自己評価の実施を検討しています。		