

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 26 日

平成 29 年 3 月 8 日付けで、第三者評価の実施をお申込みいただいた
 社会福祉法人芳梅会 指定通所介護事業所 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>1. 通番 9 継続的な研修・OJTの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者のニーズに応じた良質なサービスの提供を目的として、キャリアパス制度・OJT・OffJT等、経験年数に応じた体系的な職員教育計画を策定し実行されています。 ・教育計画には、キャリアパス制度に則った外部研修の受講と、研修委員会が計画する内部研修があり、外部研修の受講者には伝達研修を義務付けて、研修の効果測定と新しい気付きの共有化が図られています。 ・このような教育・研修システムが評価されて、平成 26 年には「きょうと福祉人材育成認証事業所」の認証を受けています。 <p>2. 通番 34 意見・要望・苦情の受付 35 対応結果の公表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日頃の、介護サービスを提供しながらの利用者との会話の中から、意見・要望・苦情を汲取るよう気を配っています。 ・送迎時を利用して家族と積極的なコミュニケーションを図り、家族からの意見や要望を引き出すことに努めています。 ・利用者・家族から聞き出した要望等は、朝礼などのミーティングで情報共有し、職員全員で検討して対策を講じています。 ・対応策を講じた後にはプライバシーに配慮のうえ広報紙に掲載して公表しています。 ・対応策の検討に当たっては、結果の公表が予定されているため、要望等の背景にある個別的な事情に配慮すると共に、一般的にも妥当と思われる解決策を探ることに努めています。 |
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>1. 通番 3 事業計画等の策定 サービスの質の向上に向けた長期計画が作成されていませんでした。</p> <p>2. 通番 5 法令順守の取り組み 法令等を明確にするためのリスト化などが行われていませんでした。</p> <p>3. 通番 12 ストレス管理 メンタルヘルス維持のためのカウンセラーなどの専門職による相談体制や休憩場所の確保ができていませんでした。</p> <p>4. 通番 38 質の向上に対する検討体制 他の事業者の評判や取組み状況との比較検討が不十分でした。</p> |

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1. 通番 3 事業計画等の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域の介護サービスの需要の変化に対応すべく、長期的な視野の下に施設の拡充・整備を進めるとともに、事業所開設30周年へ向けての中期事業計画は策定されていますが、サービスの質の向上を含めた明文化した長期計画がありませんでした。 ・長期計画は、事業の持続的発展のため、将来へ向けての方向性を示すものであって、必ずしも固定的なものではなく、むしろ、社会情勢や事業を取り巻く環境の変化に対応すべく、策定した長期計画は、毎年見直しをしていくことも必要でしょう。 <p>2. 通番 5 法令遵守の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業運営は多岐にわたる法令により担保されています。当事業所にとってどのような法令が必要かをリスト化して、関連部署で共有され、理解を深めて行かれては如何でしょうか。 ・監督官庁別に整理する方法もあります。時間をかけて法令の棚卸に組み込まれては如何でしょうか。 <p>3. 通番 12 ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・良質なサービスを提供するためには、職員のメンタルヘルスが不可欠です。産業医などの外部専門職だけでなく、内部の人材を活用した相談体制を検討しては如何でしょうか。 ・職員に対して運営管理者による面接が年1回行われています。面接の効果を高めるために、事前に職員に対してアンケート調査を実施している事業所もありますので、この仕組みを取り入れては如何でしょうか。 ・また、業務を離れてリラックスできる休憩場所の確保も重要です。職員に対するアンケートで、休憩に対する様々な要望を聞き出して、同一敷地内の3事業所が一体となって検討しては如何でしょうか。 <p>4. 通番 38 質の向上に対する検討体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、提供サービスの質の向上に向けて、利用者の満足度調査などを実施し、職員会議では様々な取組みについて協議しています。 ・しかし、他の事業所の評判や取組み状況との比較検討が不十分でした。 ・職員一人ひとりが、それぞれの人的ネットワークを利用して情報収集に努め、職員会議などで情報共有を図っては如何でしょうか。他の事業所の工夫や知恵に学ぼうとする姿勢が大切と考えます。 ・また、居宅介護支援事業者から見た当事業所に対する評価も大切な情報でしょう。情報収集への取組みについて話し合われては如何でしょうか。 |
|------------------|--|

※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 | 2671400022 |
| 事業所名 | (福) 芳梅会指定通所介護事業所 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | (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) | 介護老人福祉施設 (介護予防) 短期入所生活介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成29年3月21日 |
| 評価機関名 | NPO法人 京都ビジネス・サポート・センター |

| 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. 「人間としての尊厳」と「社会連帯の思想」を基本理念とし、これを具体化した運営方針を定め、館内・ホームページ・パンフレット等に明示しています。利用者・家族へも周知されています。 2. 法人の意思決定は、年4回の理事会、毎月の拠点連絡会議、主任会議などで適切に行われています。担当業務は、「業務分掌表」で2業務に分けて明示しています。 | | | |
| (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。 | A | A | |
| | (評価機関コメント) | | 3. 事業所の開設30周年に向けて平成26年度から28年度にわたる3ヶ年計画は策定されていましたが、サービスの質の向上に向けての明文化した長期計画がありませんでした。 4. 各業務レベルにおいて課題が設定され、目標の達成状況は毎月の職員会議で確認されていました。 | | | |
| (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。 | B | 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。 | B | 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. 事業運営上の関連法令に関する研修には積極的に参加していますが、把握すべき法令を明確にするためのリスト化などは行われていませんでした。 6. 運営管理者は、朝・夕のミーティングや各種会合に積極的に参加してチームケアをリードしていて、職員ヒアリングでも、話しやすく信頼がおけるとのことでした。 7. 運営管理者は、職員からの報告・連絡・相談や各種の報告書・業務日誌などで事業の実施状況を把握しています。緊急連絡網も整備されていました。 | | | |

| 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 |
| 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。 | B | 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. 労働条件の改善などに努め、職員の定着率は高くなっています。職員の新たな資格取得に対する支援の仕組みとしては、挑戦する資格に応じて情報提供・費用負担・勤務調整などの支援制度が定められています。 9. 全職員を対象に、経験年数に応じた職員教育計画を策定するとともに、研修委員会による自主的な研修も行われています。また、日常的に上司による業務上の指導体制ができています。 10. 実習マニュアルを整備しており、専門学校からの要請により、毎年一定数の実習生を受け入れています。 | | | |
| (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、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) | | 1 1. 有給休暇の残日数を給与明細に明示して、休暇の取得を奨励しています。また、職員の身体的負担軽減のため、移乗用のリフトや特殊浴用のリフトを導入しました。 1 2. 福利厚生制度はありますが、メンタルヘルス維持のためのカウンセラーなどの専門職による相談体制や休憩場所の確保ができていませんでした。 | | | |
| (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) | | 1 3. 広報紙「木津芳梅園だより」を年4回発行して、利用者の家族や関係機関に配布するとともに、近隣地域には全戸に配布しています。 1 4. 地域包括支援センターを受託運営するほか、木津川市が主催する認知症講座に講師を派遣するなど、地域福祉の拠点になっています。 | | | |

| 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 |
| 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) | | 1 5. ホームページやパンフレットに広報されており、希望者には「短時間～一日体験」も用意されています。 | | | |
| (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) | | 1 6. 重要事項説明書による料金などの説明に当たっては、利用者が希望するサービスについて、蛍光ペンなどを用いて分かり易く示しています。 | | | |

| (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 | A |
| (評価機関コメント) | 17. 利用開始時に所定の書式に従ってアセスメントを行い、以後3ヶ月ごとにアセスメントの見直しを行っています。 18. 通所介護計画には、利用者・家族の要望を取り入れ、同意を得ています。 19. 通所介護計画の策定に当たっては、担当介護支援専門員と密に連携し、関係者の意見を照会しています。 20. 通所介護計画は、毎月、担当の介護支援専門員とモニタリングを行い、3ヶ月ごとまたは利用者の状態が変化したときに見直しを行っています。 | | | |
| (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. 利用者の担当介護支援専門員を介して、主治医その他の関係者と連携しています。 | | | |
| (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、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。 | 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、利用者の家族等との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | 22. 業務マニュアルは整備されており、マニュアル委員会を設置して、必要に応じて見直し・改正を行っています。 23. 提供したサービスはPCに記録され、PCへのアクセスは個別パスワードを設定して個人情報の管理を徹底しています。 24. 毎日、朝・夕のミーティングで利用者の状態その他についての情報を共有するとともに、定期的にカンファレンスも行っています。 25. 連絡帳を作成するほか、送迎時を利用して家族と情報交換をしています。 | | | |
| (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、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. 感染症委員会を中心に、外部研修に参加するなど、知識向上に努めています。 27. 毎日、終業時に職員が清掃し、清掃点検表に基づいてチェックしています。 | | | |
| (7) 危機管理 | | | | |
| 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。 | A | A |

| | | |
|--|------------|---|
| | (評価機関コメント) | 28. 事故・緊急時対応マニュアルが整備され、指揮命令系統も明確になっており、研修も行っていきます。 29. 他の事業所での事故事例を参考に研修を行うなど、事故予防に努めていて、これまで大きな事故は発生していません。 30. 災害発生時の対応マニュアルを整備するとともに、年2回、消防署の指導の下に消防訓練と避難訓練を実施しています。 |
|--|------------|---|

| 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 | 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) | 31. 利用者の意思を尊重したサービスを提供する仕組みとして、食事やレクリエーションの内容等について、メニューの中から利用者が選択できる機会を設けています。 32. 入浴・排せつ介助は同性介助を原則とするなど、プライバシーと人権の保護に努めています。 33. 入所定員を増やして、利用申し込みは全て受け入れています。 | | | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| | 意見・要望・苦情の受付 | 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 | A |
| | 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。 | | B | 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。 | | B | B |
| | (評価機関コメント) | 34. 日頃から、サービス提供時の会話を通じて利用者の希望・要望などを汲取るように努めています。 35. 利用者・家族からの希望や苦情にはついては、責任者を交えた職員会議などで協議して対応し、その結果は個人情報に配慮のうえ公表しています。 36. 施設内に、市民オンブズマンや介護相談員等、外部の人材を受け入れた利用者の相談機会は設けら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 | 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。 | | B | B |
| | 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 | A |
| | (評価機関コメント) | 37. 毎年、利用者満足度調査を実施し、その結果について職員会議や主任会議で検討しています。 38. 職員会議や主任会議で、サービスの質の向上について検討していますが、他の事業所の評判や取組み状況との比較検討が不十分でした。 39. 毎年自己評価を行うとともに、法人として第三者評価を定期的に受診しています。 | | | | |