

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 12 月 10 日

平成 22 年 11 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（財団法人ソーシャルサービス協会京都事業所様）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>継続的な研修・OJTの実施</p> <ul style="list-style-type: none">・ 週 1 回ケアマネ会議を開催し、利用者への支援方法・相談対応などについて検討されていきました。その会議には主任ケアマネも参加され、スーパービジョンを行う体制も整えられていきました。 <p>地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none">・ 学区内の地域包括支援センターと地域の事業所との連絡会である「ねぎぼうず」に参画し、介護者家族の会への参加や、地域住民に向けた専門知識の伝達などを始めようと計画を進めておられました。 <p>個別状況に応じた計画策定</p> <ul style="list-style-type: none">・ アセスメント様式や支援経過の記録様式に工夫を凝らし利用者の変化に対応でき、計画内容も細かくわかりやすいものでした。
------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 標準的な業務マニュアルはありましたが見直しが見直しがなされていませんでした。 <p>第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 公的機関等の相談窓口は重要事項説明書に記載がありましたが電話番号が記載されていませんでした。 <p>利用者満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者満足度調査が実施されていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在使用されている業務マニュアルを定期的に見直され、サービス提供状況や利用者の状況に応じた事業所独自の業務マニュアルを作り上げていかれてはいかがでしょうか。 <p>第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 公的機関等の相談窓口の案内を重要事項説明書に記載するだけでなく、電話番号を一緒に記載され、利用者及びその家族に周知されてはいかがでしょうか。 <p>利用者の満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在取り組み中の利用者満足度調査をはやく実施され、その結果を広報誌などを通じて利用者に発信されることをお勧めします。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 年2回の総括会議で運営方針・事業計画・課題設定をされていますが、全職員に周知しやすいように記録の整備をされてはいかがでしょうか。

※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	2670500137
事業所名	財団法人ソーシャルサービス協会京都事業所
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問介護、介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成22年11月16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	B	
	(評価機関コメント)		・理念及び運営方針はホームページで周知されていました。 ・現場の従業者の職務権限・責任などが規定されていましたが内容が不十分でした。			
(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)		・年2回職員全体での総括会議で検討されていました。			
(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。	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)		・把握すべき必要な法令等が明文化されていませでした。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「みんなで考え・みんなで行動・みんなで築く」ことができる人を最優先に採用されていました。 ・主任ケアマネを配置されスーパービジョンを行なう体制がありました。。 ・実習生受け入れの基本姿勢が明文化されていませんでした。 			
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の就労状況や意向を把握する仕組みがありませんでした。 ・職員のストレスをサポートする仕組み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。	B	B
		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民に事業所の基本情報・調査情報等を開示する仕組みがありませんでした。 ・同会館内の他の事業所の従業者に介護保険についての勉強会をされていました。 			

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。	B	A
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページやパンフレットを通して、適切な情報提供が行われていました。 			
(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。	B	A
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用契約書、重要事項説明書でわかり易い適切な説明がなされていました。 ・利用者の状況に応じて成年後見制度・権利擁護事業の活用に取り組まれていました。 			

(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントの実施、利用者の意向尊重・関係者との意見照会・連絡調整が適切に行われていました。 ・定期的な計画の見直しや、状況変化に伴う計画の変更が実施されていました。 		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・地域の病院や診療所への訪問、総合病院への連携票活用・カンファレンス出席や地域連携室との情報共有がなされていました。 ・介護保険以外の社会資源についても有効に活用されていました。 		
(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、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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・業務に関する標準的なマニュアルを活用されていましたが、見直しがされていませんでした。 ・支援経過の記録内容に工夫を凝らし、わかりやすく記入されていました。 ・週1回のケアマネ会議で利用者の状況について共有し、意見交換がなされていました。 		
(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、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	B
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアルを確認、研修もなされていましたが、マニュアルの更新がなされていませんでした。 ・毎土曜日に職員全員で事業所内の整理整頓をされていました。 		
(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・事故報告書や研修体制については整備されていましたが、マニュアルや事故防止策の見直しは行われていませんでした。 ・地域との連携を意識した訓練がなされていませんでした。 		

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
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。	B	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者虐待防止法についての研修や勉強会が実施されていませんでした。 ・人権やプライバシーについて、登録ヘルパーを含む全職員での全体研修会で意識向上が図られていました。 		
(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。	B	B
		第三者への相談機会の確保	35	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者ニーズを定期的に把握する仕組みがありませんでした。 ・利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況などを公開されていませんでした。 ・第三者相談窓口は設置されていませんでした。また、契約書に記載されている公的機関等の苦情連絡先が不十分でした。 		
(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。	C	C
		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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査が実施されていませんでした。 ・週1回のケアマネ会議にてサービスの質の向上について意見交換がなされていました。 ・平成18年・19年と第三者評価を受診されていました。 		