

様式 7

アドバイス・レポート

平成20年12月12日

平成20年9月18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 京都福祉サービス協会 柳辻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> | <ul style="list-style-type: none"> ● I- (1) (2) サービスの基本方針と組織 社会福祉法人京都福祉サービス協会としての理念、運営方針、事業計画のもと柳辻事業所においても事業目標、事業計画を立案し、今年度の重点課題を設定し、その達成に取り組んでいます。 ● I- (3) 管理者等の責任とリーダーシップ 管理者はスタッフの動きをよく把握され、事業所を統括されています。スタッフとよく話し合い、現状の把握に努め、互いに意見を出し合い、それを事業に反映されるように努力されています。 ● II- (1) 人材の確保・育成 法人全体での人材の確保育成を計画的に、継続的にされています。研修を通しての「互学共育方針」が組織的に整っています。 |
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● II- (2) ストレス管理 スーパーバイズ研修に参加されて、業務上の悩み等の相談できる体制を整えつつあります。ゆっくりできる休憩室がなく、ハード面での取り組み（エリア中間地点にスタッフステーション開設予定）に期待します。 ● II- (3) 地域への情報公開 事業所を開設して3年とのことですが、事業所の地域との関わり、地域交流を深めるためにも情報発信、情報公開方法について具体的に取り組んでください ● III- (6) 事業所内の衛生管理 清掃を外部委託されていますが、事業所内の清掃や衛生管理の点検表についてはスタッフが作成し、点検実施することを提案します。 |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>居宅介護支援事業所ということで、7人ほどの2グループに分かれてそれぞれのグループがリーダーを中心に仲良く明るく生き生きと、情熱を持って日々の業務に励んでおられるのが伝わってきました。また事業所としても近年連続してこの第三者評価を受けられ、その評価結果やアドバイスを確実に改善につなげられ、よりよい事業所をめざして努力されています。今回も良い評価結果になっていますが、更に向上されるように以下のことをアドバイスします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●介護支援記録の記録量に差異があるように思います。できるだけ個人差をなくし、専門性がいっそう高まるような事業所としての記録方法の研究、研修をさらに進めてください。モニタリングシートについてもマンネリ化にならないように、スタッフで定期的に検討してみたいかがですか。 ●福祉系の事業所としての視点を大切にしつつ、現在検討されている医療的視野のチェックや記録がすべてのスタッフにできるように具体化を進めてください。 ●現在作成されている課業一覧表は具体的でわかりやすいも |

| | |
|--|---|
| | <p>のだと思います。スタッフの業務の定期的な点検見直しに利用され、これを通して業務の共通認識をされてはいかがでしょうか。</p> <ul style="list-style-type: none">●系統だった研修は組織全体でよくまとめられています。スタッフ個々の研修計画、課題設定、実施状況がわかるような研修ファイルをスタッフ個々が持たれて、定期的に上司が点検、アドバイスしていかれてもいいかと思います。●災害発生時や緊急時における地域の事業所としての役割等、地域連携を意識したマニュアル作成をして情報発信し、地域の介護の拠点になるように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 | 2674100504 |
| 事業所名 | 社会福祉法人 京都福祉サービス協会 柳辻事務所 |
| 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 |
| 訪問調査実施日 | 2008年12月12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. 年1回、登録ヘルパーを含む全員が一同に集まり、集会を開いています。そのときに理念の確認、唱和を行っています。 2. 管理者は法人会議、事業所会議の結果を職員に伝達し、事務所内の職員の動きを把握し業務に当たっています。 | | | |
| (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。 | 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. 各種委員会、ミーティングから理事会に至るまで、各種案件ごとに意思決定が行われて、決定事項が伝えられています。 4. 課題をもとに業務を行い、定期的な見直し及びチェックの取り組みが、事業所及び法人全体で行われています。 | | | |
| (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。 | 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. コンプライアンスを忠実に守って業務に当たっています。その他法人及び各事業所で遵守すべき法令等の研修がされています。 7. 管理者として把握すべき業務一覧として課業一覧表が作成されており、これをガイドラインとして実務を行い、事業所をまとめあげています。 | | | |

| 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | 8&9. 法人本部で一括して人事採用及び研修を行う体制がとれています。 10. 支援事業所として介護支援専門員の内外の研修としての場を提供しています。 | | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | 11. 管理者が職員の動きを把握してスタッフの働きやすい職場づくりを常に心掛けています。 12. 管理者はスタッフと意思疎通をはかり、業務の円滑な運営をめざしています。またスタッフとのやりとりで、業務上での悩み、相談等に随時乗っています。福祉事務所の職員休憩のスペースは、職員数から十分な広さでないのが惜まれます。 | | | |
| (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。 | C | 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) | 13. 法人のホームページを通じて理念、介護情報を提供している他、介護事例集を出版して情報を地域及び利用者に伝えています。また介護支援専門員が利用者宅を訪問して、地域とのつながりを絶えず調整しています。 14. 認知症ケアサポーター研修を通じて、事業所の介護ノウハウを地域の方に還元するようにしています。 | | | |

| 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 |
| 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. 介護支援専門員が公平・公正な立場から利用者に適切なサービスが選択できるように医療・介護・看護とも連携して支援しています。 | | | |
| (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. 利用者には契約前に介護保険利用にかかる説明をします。その中で料金についても詳しく、説明をして同意をいただいています。 | | | |

| (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. アセスメントはしっかりとれています。 18. 家族及び本人の希望・要望を聞いて、支援計画をたてておられます。 19. 事業所間の連携を活かし、各職種間の連絡を取り合って支援に活かしておられます。 20. 個別援助計画は毎月のモニタリング及び運営推進会議等を通じて得られる情報をもとに、定期的にまた必要に応じて、見直しをしています。 | | |
| (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. 主治医、連携医療機関の他に、認知症専門医も確保されており、事業所周辺の社会資源を活用して支援されています。 | | |
| (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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 22. 業務マニュアルが詳細に作成され、それに沿って支援が行われています。 23. 副所長が担当介護支援専門員の職務を適切に記録されているかをチェックしています。 24. 利用者の支援に関する情報は、事業者内のパソコンで管理され、共有されています。 25. 介護支援専門員は定期的な訪問の他に、必要に応じてその都度訪問して利用者及び家族と話し合っただけに役立っています。 | | |
| (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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 26&27. 感染症マニュアルが作成され、随時の研修も行われています。スタッフ全員が清潔を心掛け、事業所内は整理・整頓されています。 | | |
| (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。 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | 28. 各種緊急時の対応マニュアルが作成されており、消防機関とも連携して研修、訓練がされています。 29. ヒヤリハット、事故報告書がまとめられており、法人内でも再発防止に向けて研修が行われています。 | | |

| 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. 事業所全体で利用者本意のサービスをこころがけ、尊厳を考慮しつつ支援活動をおこなっています。 31. 併設の訪問介護事業所と協働してプライバシーを大切にしています。 32. 利用者本人及び家族の意見も取り入れ、できる限り受け入れするように心掛けています。 | | | |
| (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。 | B | 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 | A | |
| | 第三者への相談機会の確保 | 35 | 公的機関等の窓口に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. アンケートを取り入れているほか、訪問介護事業所では、ヘルパー全員に携帯電話を事業所負担で貸与して意見を吸い上げる取り組みが、まもなく開始されます。 34. 居宅への毎月の訪問の他に、随時連絡を取り合っており利用者及び家族の意見、要望を取り入れ、サービスの向上に役立っています。 35. 公的利用機関の連絡先を別紙で作成して、各利用者へ配布して周知・徹底しています。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 36. 利用者アンケートを実施して、法人本部で集計したものをバインダーに綴じ、来訪者が閲覧できるように配慮されています。 37. 業務の質の向上については、サービス向上委員会で検討されるほか、法人の管理者の会合、スタッフミーティング等で随時、検討されています。 38. 法人独自の自主点検表の作成及びそれをもとにした改善担当者、部門の設置が求められます。 | | | |