

アドバイス・レポート

平成 20 年 3 月 29 日

平成 19 年 8 月 6 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 七野会 在宅ケアセンター新大宮）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

評価が高かった点	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①②</p> <p>(2) 組織体制 ①②③④</p> <p>(3) 労働環境 ①②</p> <p>(4) 課題の設定①②</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ①</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(5) 危機管理 ②</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ①②</p> <p>(2) 情報提供 ②④</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ③</p> <p>(3) 評価の実施 ②③</p>
----------	---

理

由

Ⅲ 利用者保護の観点について**(1) 利用者保護 ①②**

・ 理念に「尊厳を持ってその人らしく暮らし続ける事を支援します」と謳い、キャッチフレーズに「利用者さんの心の声を聞こう」を掲げています。

「倫理規定(ヘルパー心得)」に利用者の人権や意思の尊重明記し、問題意識を高める研修を行う等、全職員の啓発に努めています。

・ 入浴は原則、同性介助とし、排泄や入浴ケアの実際の場面でプライバシー等の保護や羞恥心への配慮に関する指導教育を行っています。

・ 個人情報保護法の理念に則り、個人情報の取り扱いに対する指針を明文化しています。個人の情報が外部に漏れないよう保管庫を施錠するとともに、職員に「個人情報に関する誓約書」の提出を求め、ケースの情報交換の場所を事務所に限定する等の周知徹底を図っています。

(2) 情報提供 ②④

・ 法人及び事業所の情報を、ホームページ、広報誌「七野会」、パンフレット、記念誌「原谷こぶしの里20年の歩み」等などに掲載しています。パンフレットは、法人の全サービスを包括する内容で、法人の歩み、「基本理念」や事業所の連絡先などが、色彩でわかりやすい構成となっています。利用者に係わる情報交換を「家族会」、合同交流会、サービス提供前の家庭訪問、サービス提供時の連絡ノートなどで行っています。また、広報誌「なな乃」の「言

	<p>いたい放題」「家族の広場」コーナーの設置、サービスを知ろう「説明会」、日帰り旅行等々の実施で、利用者や家族とのコミュニケーションを深めています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・町内会や商店振興会に入会し、地域の夏祭りや運動会に協力参加する等、地域に根ざす事業所づくりに努めています。又、地域が開催する講演会の講師派遣や福祉職員の実習の受け入れ等、地域の福祉人材育成にも貢献しています。 <p>IV サービスの質の向上の取組について</p> <p>(1) 苦情解決 ①②③④</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情・トラブルに対して、「苦情相談対応マニュアル」に基づき迅速に対応しています。大学教授等3名で構成する「第三者委員」の設置、窓口や担当者の明示、職員に告げられた苦情を「部門会議」で検討するなど、利用者・家族の苦情や意見をサービス向上の糧としています。 <p>(2) 質の向上に係わる取組 ②③</p> <p>管理者・副主任・サービス責任者・相談員の構成による「第三評価委員」を設置し、サービスの質の向上に係わる検討体制を整備しています。月1回「部門会議」で、職員から報告された「出来事報告」「苦情報告」を検討し、サービス改善に役立てています。</p> <p>(3) 評価の実施 ②③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自己評価、第三者評価に関して、「第三者評価委員」を立ち上げ、積極的に取り組んでいます。
改善努力を要する点	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(5) 人材の確保・育成</p>

	<p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保 ①②</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ①</p> <p>(3) 評価の実施①</p>
<p>理 由</p>	<p>I 健全な組織体制について</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修報告書の提出と伝達研修が不十分と考えます。 <p>II 適正なサービス提供体制について</p> <p>(1) サービスの品質の確保 ①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 業務マニュアルに則した「サービス提供手順書」が策定されていません。 ・ 個人ファイルの一部に、サービス提供に係る記録の記載漏れが見受けられます。 <p>(2) 個別援助計画 ①②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別援助計画の策定において、アセスメントの実施が不十分と考えます。 <p>IV サービスの質の向上の取組について</p> <p>(2) 質の向上に係わる取組 ①</p> <p>(3) 評価の実施 ①</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I 健全な組織体制について</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ②</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 研修報告書の提出を義務付け、伝達研修を実施されるこ

とで、研修の位置づけが明確となり、研修成果を全職員が共有出来ると考えます。

II 適正なサービス提供体制について

(1) サービスの品質の確保 ①②

・ 事故防止・安全確保を踏まえた各種業務マニュアルを整備され、閲覧可能な状況となっておりますが、事業所業務の標準化を図り、個別援助計画の実践に向けた取り組みとして、日常的な業務点検の手段となる携帯用簡易「マニュアル」「手引書」個々ケースの「ケア手順書」の策定をお勧めします。

(2) 個別援助計画 ①②

・ 全利用者の「モニタリング会議」を月1回定期的に開催し、個別援助計画の見直しに努めておられますが、利用者や家族が望む生活像や心身状況を把握し、そこから課題を分析して援助計画や目標設定に反映する為には、アセスメントの実施と記録の充実（全社協版アセスメントシートとの活用等）を図られることを望みます。サービス提供に、一定基準の質を確保できると考えます。

IV サービスの質の向上の取組

(2) 質の向上に係わる取組 ①

・ 利用者や家族の意見や要望、苦情を、サービス提供開始時等にサービス責任者が家庭訪問での聴取や、3ヶ月に1回、定期刊行物送付時に返信用「意向はがき」を同封して、拾い上げ、収集しておられます。「利用者満足度」を把握するためのアンケート調査の定期的実施や、自由に意見が

言える家族懇親会の開催など、更に、多様な方法で利用者
・ 家族の意向を引き出す働きかけが望まれます。

(3) 評価の実施 ①

・ 「自主点検表」を活用した自主点検を年1回、管理者のみで実施しています。「自主点検表」の実施は、事業所内の複数の者の合議により決定する必要があることを認識しておられますので、今後は、今回設置された「第三評価委員会」で行われることを望みます。

“利用者の最善の利益”の追求と、“共に生きる”共生社会の実現に向けた法人及び事業所の取り組みを拝聴させていただきました。更なるご活躍を期待しています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670100631
事業所名	社会福祉法人 七野会 在宅ケアセンター新大宮
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20年2月19日
評価機関名	NPO法人 市民生活総合サポートセンター

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
I 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A	
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A	
		② 管理者による状況把握	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	
		③ 透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	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	
		② ストレス管理	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。	A	A	
		③ 休憩場所の確保	スタッフが充分につるげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し、必要な設備・備品を備えている。	A	A	
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	A	
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A	
		② 継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A	
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	A	A	
	小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				30	30

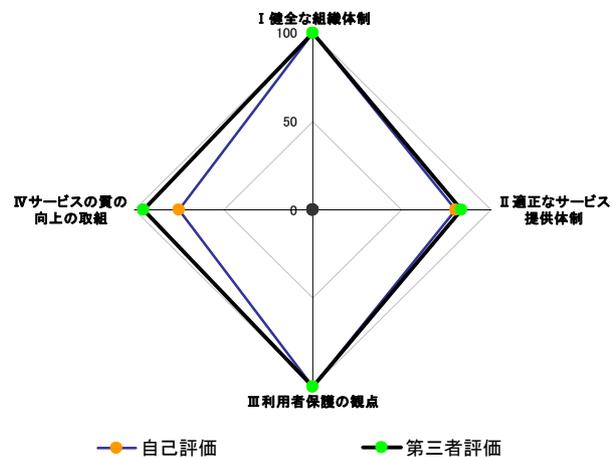
大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	B	B
		② サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	B	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	B	B
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	B	B
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を採り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	B
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	B	B
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	A
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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
② 事業所内の衛生管理等		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	
(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	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	
	② 事故の再発防止等	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	
小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				24	25

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、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
		② プライバシー等の保護	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
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面に行っている。	A	A
小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のごと)				20	20

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	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。	A	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	A	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	B	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	B	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	B	A
小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のごと)				15	19

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	30	30
II 適正なサービス提供体制	24	25
Ⅲ利用者保護の観点	20	20
Ⅳサービスの質の向上の取組	15	19



【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	30/30	100%	30/30	100%
II 適正なサービス提供体制	24/30	80%	25/30	83%
Ⅲ利用者保護の観点	20/20	100%	20/20	100%
Ⅳサービスの質の向上の取組	15/20	75%	19/20	95%