

アドバイス・レポート

平成21年4月14日

平成20年12月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（財団法人宇治市福祉サービス公社 広野）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>組織体制 ・法人全体の組織体制は明確に定められており、それにより法人内の他事業所とも課題の確認、問題点の検討、改善に向けた取り組みなどが出来ています。また、法人と事業所の役割分担もしっかりと出来ています。</p> <p>継続的な研修・OJTの実施 ・新入職員への研修については、計画に沿って、細かな点まで指導をしています。また、研修計画とは別に必要に応じて、本人の自覚や気づきを促すことが出来るシステムを作っています。</p> <p>職員間の情報共有 ・職員の出勤日がまちまちのため、記録を分かりやすくするなど、全職員が情報を漏れなく共有できるような仕組みを作っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>業務レベルの課題 ・法人、事業所全体の課題の設定はされていますが、各部門での課題の設定は十分に出来ているとは言えません。</p> <p>マニュアルの見直し ・必要な業務マニュアルは、非常に詳細なものが作成されています。しかし、一部マニュアルについては見直しの検討が行われていません。</p> <p>プライバシー保護 ・ハードの面でやむを得ない部分ではありますが、トイレの仕切りを基本的にカーテンのみで対応しています。また、プライバシーに関する研修が十分に行われてはいません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は財団法人宇治市福祉サービス公社が運営する三事業所のうちのひとつで、宇治市広野地域福祉センター内にあります。地域福祉センターは宇治市所有であり、一部は市民に開放されています。そのため、市民が気軽に事務所に立ち寄り、福祉に関する相談をしていくこと等がある一方で、デイサービスの運営にあたっては、いくつかの制約があります。</p> <p>デイサービスの雰囲気は良く、職員はこやかに丁寧に対応していると感じました。また、法人も事業所もサービスの質の向上に取り組んでいると実感しました。</p> <p>なお、調査項目にはありませんが、利用者から見える厨房で作って提供している昼食とおやつが利用者に好評です。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用時や送迎時に利用者、家族の意見や希望を聞き取るようにしていますが、各種の利用者満足度調査などを実施して、これまで以上に利用者の意見・希望を引き出せるように努めてください。 ● 利用者の意見や希望に対応して改善した部分については、機関紙等を通じて公開することが、より利用者の信頼につながるのではないのでしょうか。 ● 休憩場所の確保などハードの面で実現が難しいですが、少しでも快適な空間が作れるように工夫をしていただけたらと思います。

	<ul style="list-style-type: none">● 上記と同様、ハード面に起因する問題でもありますが、トイレについてはカーテンだけでなく、ドアを使用していただきたいと思います。また、プライバシー保護についての研修・勉強会を継続的に実施し、職員自身の振り返りにつながるようなものにしてください。● 業務マニュアルは修正の必要がない場合にも一年に一度、時期を定めて見直し、検討をしていただけたらいかがでしょうか。● サービスの質の向上に対する取り組みが今後も継続的に行われていくよう努めてください。
--	---

※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	2671200240
事業所名	財団法人宇治市福祉サービス公社広野
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護・介護予防通所施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	居宅介護 訪問介護・介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成21年2月27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. 倫理規則を制定し、ホームページの掲載、施設内の掲示などで周知しています。 2. 組織の意志決定方法は明確に定められています。各種の検討委員会が設置され、職員の意見を吸い上げるようにしています。		
	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)			3. 組織として課題設定をし、その達成に向けて取り組んでいますが、利用者ニーズを生かすところまでには至っていません。 4. 現在は各部門ごとの目標設定は明文化されていませんが、次年度には実施できるように準備を進めています。		
	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	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. 法令遵守に対する意識は高いものがあります。 6. 財団本部、事業所の責任者、管理者の役割は明文化されており、連携をして事業を運営しています。 7. 記録等を通して、責任者、管理者は事業の実施状況を把握しています。また、緊急時の対応がしっかりと出来るような仕組みがあります。		

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。	A	B
		(評価機関コメント)	8. 採用は有資格者ばかりであり、余裕のある人員体制をとっています。 9. 外部への研修参加も含めて、職員の研修は定期的実施されています。新入職員への研修も計画的に実施されています。 10. ヘルパー養成の実習と教職課程の施設体験を受け入れています。実習指導者に対する研修は行われていません。			
(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. 職員の勤務体制、労働環境等には配慮がなされています。 12. 休憩場所は職員数から考えると広いものではありません。悩みやストレスをサポートする仕組みはあります。			
(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。	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)	13. 事業所は広野地域福祉センター内にあることもあって、地域とのしっかりとつながりが認められます。 14. 外部へ講師の派遣、近隣小学校との関わりなどを通して、地域に貢献しています。			

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. ホームページ、パンフレット、機関紙を作成し、事業所を広報するとともに、見学希望にも対応しています。			
(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。	B	B
		(評価機関コメント)	16. サービスの内容、料金は重要事項説明書をはじめとした資料で説明を行っています。成年後見人制度等の理解はありますが、活用の推進にまでは至っていません。			

(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。	B	B
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. 利用者のアセスメントについては、所定の様式で行っています。現在、アセスメントの見直しが確実にできるように、新たな様式を作成中です。 18. 面接やサービス担当者会議の場などで利用者、家族の希望を聞くように努めています。 19. 必要に応じた専門職への意見照会はサービス担当者会議を中心に行っています。 20. 月に1回、モニタリング報告を行って、計画についてケアマネジャーと検討を行っています。		

(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. ケアマネージャーを通じた関わりが主になるが、契約時には必ず主治医を確認し、緊急時は指示を仰ぐようにしています。		

(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、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)		22. 必要なマニュアルは整備されており、法人内の他施設と共通のものや本事業所独自のものがあります。見直しについては一部できていないものがあります。 23. 記録については、鍵のかかるロッカーに保管されています。 24. 全ての職員が毎日出勤しているわけではないため、確実に伝わるような記録の作成に努めています。 25. 主に送迎時に利用者の家族と情報交換を行っています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		26. 研修の実施や資料の配布を通して、感染症の予防に努めています。また、事業所内には次亜塩素水を常設するなどの取り組みを行っています。 27. 事業所内の清掃は外部委託が中心であり、清潔さが保たれています。また、大掛かりな清掃なども計画的に実施されています。		

(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。	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. 事故や緊急時の対応はマニュアル化されており、送迎車をはじめ必要な場所に設置されています。避難訓練も年に2回実施されています。 29. 「ヒヤリハットカレンダー」を作成し、気がついたことをまとめて、職員で検討をしています。事故報告は詳細に作成されており、利用者本人、家族にもしっかりと対応をしています。		

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	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。	B	B
		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. 業務の中での確認や定期的な研修を通して、利用者本位のサービス提供に努めています。 31. プライバシー保護に関するマニュアルはあり、職員も意識をしていますが、プライバシー保護に特化した研修は実施していません。なお、トイレは扉が重い主に関で仕切っています。 32. 地域外の申し込みや満員の場合は断ることもありますが、基本的には全員受け入れています。医療処置が必要な方も受け入れています。		
		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	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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		33. 毎日のミーティング、サービス向上委員会で利用者の意向について検討されています。定期的な懇談会の開催などは実施していません。 34. 利用者の意向に対応するシステムはあり、実践されています。検討された内容については公開していません。 35. 重要事項説明書に苦情に対する公的な窓口を記載しています。		
(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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		36. 行事の際にアンケートを実施していますが、定期的な利用者満足度調査は行われていません。 37. サービスの質の向上については職員が意見を出し合いながら進めています。 38. 独自で事業の点検は行っていますが、第三者評価の受診は今回が初めてです。		