

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 5 月 10 日

平成23年2月2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。

記特に良かった点とその理由(※)	I (2) 3 事業計画等の策定 中・長期を見据えた事業計画を作成され、目標管理シートで年3回の見直しを行い、目標達成の努力をされています。 II (1) 8 質の高い人材の確保 9 継続的な研修・OJTの実施 入社後、新採用者研修、中堅者研修、職種別研修等、常にサービスの質の向上に努力されていますし、外部研修の促進もされています。 III (7) 2 9 事故の再発防止等 発生した事故は、記録に残し、リスク管理委員会で原因や対応方法について分析、見直しが行われ事故防止に活用されています。 IV (3) 3 7 質の向上に対する検討体制 3 8 評価の実施と課題の明確化 サービスの質の向上のため、ケアマネジメント委員会を開催し情報を共有、また内部評価委員会より評価を受けて課題を明確にし、次年度の事業計画に反映されていますし、第三者評価を毎年受診されています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	I (1) 1 理念の周知と実践 2 組織体制 事業所から機関紙が配布されていますが、事業所独自の物でないため利用者にとってわかり難い。職員から見た管理者に対する評価の仕組みがありません。 II (1) 1 0 実習生の受け入れ 実習生を毎年受け入れられていますが、実習指導者研修が行われていません。 IV (2) 3 4 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善 利用者の意向は、苦情対応マニュアルにて対応し、検討、見直しされ再発防止に努められていますが、改善状況が公開されていません。

具体的なアドバイス	・理念、運営方針は明確で、方針に基づいたサービスの提供が行われています。しかし理念、及び運営方針について利用者やその家族に理解していただくため、事業所独自のオリジナルパンフレットを作成されることで、より一層、理解が深まるのではないのでしょうか。また理事会等、定期的に開催されていますので議事録等を回覧されては如何でしょうか。 ・実習生の受け入れ体制が整い、実際に受け入れをされていますので、実習指導者研修を事業所内で実施するか、法人の勉強会等に参加されることで、より一層充実した指導ができるのではないのでしょうか。 ・利用者の意向については、マニュアルで対応し検討、見直しをされ再発防止に努められていますので、今後は改善状況を機関紙等で公開されることをお勧め致します。 今後も質の高いサービス提供を強化され、更に地域、利用者から選ばれる事業所になっていただけることを期待致します。
------------------	---

※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	平成23年3月24日
評価機関名	社団法人京都私立病院協会

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	B
	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)		理念と運営方針は明確で介護サービスの提供はこの方針に基づいて行われています。年度の初めに職員全員が結束式を行って確認しています。また、利用者に機関紙を送付されていますが、理念の記載方法や表現方法を工夫されてはいかがでしょうか。理事会の内容は伝達されていますが、出席者の氏名や確認の印鑑がありません。			
(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)		法人組織として全体の事業所に対する明確な中・長期の目標設定を行い、年間目標管理シートによる年3回の見直しを行っておられます。一定の勤務期間により人事交流を行っておられ、地域の特性なども汲み取った上で介護サービスの提供が行われています。			
(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	B
	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)		管理者はベテランであり介護サービスに対する理解度が高く、業務の執行や職員に対する指示・指導については問題はありませんし、緊急時への対応についても携帯電話の貸与により確立されています。法人による人事考課の方策が無いような状態であり、職員との信頼関係の構築に悩んでおられました。			

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。	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	B
		(評価機関コメント)	正職員として採用するのではなく契約期間を経て本採用とする方法を取り、研修期間を経ることでの経験やプリセプターシップを持ち職員の成長を助長されておられます。そして、資格取得支援に対して有給を消化させても2万円上限による3分の2支援を行っておられます。ただ、実習の受け入れは毎月3名程度を受け入れておられるようですがその指導者に対する研修はされておられません。			
(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	A
		(評価機関コメント)	時間外労働については出来るだけしないように努力されておられていますが、有給の消化は良好ではありません。ただ、2時間を単位とした時間年休制度の導入、職員に対する要望等の対応に関してなど事業所側の配慮があります。また、休憩室が不備だとお考えでしたが、限られた建物の中において努力されていると思われます。			
(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。	A	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)	法人のホームページで運営理念や概況については記載がありますし、地域の行事への参加や年4回の地域ケア会議などに出席され地域の要望や実情を把握され、介護サービスの向上への取り組みとされています。ただ、事業所独自のパンフレットがありません。			

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)	ホームページやパンフレットにてサービスの選択に必要な資料が準備されています。また問い合わせや見学等には個別の状況に合わせて対応されています。今後は事務所独自のオリジナルパンフレットを作成されることをお勧めします。			
(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)	重要事項説明書に明記されていて、説明し、同意が得られています。認知症の進行により判断能力に支障をきたした時、後見人との契約内容を確認されることが望ましいと思います。			

(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)		事務所独自の基本情報、アセスメント概要用紙を用いて利用者の心身の状況や生活環境を踏まえてアセスメントし、利用者、家族の希望を尊重。計画立案時は、主治医始め、専門職と合議の上で作成、見直しも定期的に行われています。			
(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)		利用者の主治医には毎月報告書を提出し、情報提供が行われています。また他職種、地域包括センターや医療機関、行政機関とも連携し、支援体制が確立しています。			
(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。	A	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)		業務マニュアルを整備、マニュアルに沿ったサービスが適切に行われているかを業務チェック表にて確認されています。また記録は適切で、個人情報チェックシートで管理、教育、研修が行われ、全職員が共有されています。しかし苦情や顧客満足度調査の結果を分析し、事故防止、安全確保に向け取り組まれることをお勧めします。			
(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	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)		感染対策マニュアルを作成。年1回の見直しもされていますが、全職員が感染に対する知識を持つことが必要ですので、是非研修会や勉強会を実施されることをお願い致します。事務所内は整理整頓され、週1回シルバー人材センターとの委託契約で清掃されていますが、点検表が残されていませんので、今後は保存されることをお勧めします。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		事故緊急対策マニュアルが整備され、発生した事故は記録に残し、リスク管理委員会にて検討、見直し、事故防止に活用されています。しかし災害時、地域と連携したマニュアルがありませんので作成されることをお勧めします。			

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)	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳に配慮したサービス提供のため研修会、勉強会に参加。プライバシーについても事例検討を行い、常に全職員が意識を持ち対応されていますが、事業所内の相談室は、プライバシー保護の面で少し工夫されては如何でしょうか。				
	(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	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)	利用者からの意向は、苦情対応マニュアルをもとに対応されています。週1回定例会議や月1回のモニタリング時、年1回のアンケート調査にて利用者の意見、要望等を収集。事務所会議で全員が共有し、本部に提出、検討、再発防止に努められていますが、改善状況を機関紙等で公開されては如何でしょうか。				
	(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。	A	A	
	(評価機関コメント)	満足度調査は年1回行われ、機関紙にて公開、法人の内部評価委員会で事務所を評価。アドバイスレポートにて課題を明確にし、次年度の事業計画に反映できるように取り組まれています。また第三者評価を毎年受診し、サービスの質の向上に取り組まれていることは高く評価できます。				