

アドバイス・レポート

平成 19 年 3 月 15 日

平成 18 年 10 月 27 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「社協の家つどい」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 健全な組織体制について</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ① 理念の周知と実践 ② 運営方針の周知と実践 ③ 透明性の確保</p> <p>(2) 組織体制 ① 責任者等の協働 ② 管理者による状況把握 ③ 透明性の確保</p> <p>(3) 労働環境 ③ 休憩場所の確保</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ① 質の高い人材の確保 ② 継続的な研修の実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質確保 ① 業務マニュアルの作成 ② サービス提供に係る記録 ③ 確実な情報伝達 ④ ケアカンファレンス</p> <p>(2) 個別援助計画 ① アセスメントの実施 ② 個別援助計画の作成 ④ スタッフの意見の集約 ⑤ 個別援助計画の見直し</p> <p>(3) 利用者等の希望の尊重 ① 利用者家族の希望尊重 ② 希望等を引き出す働きかけ</p> <p>(4) 衛生管理 ① 感染症の対策及び予防</p> <p>(5) 危機管理 ① 事故・緊急時等の対応 ② 事故の再発予防</p> <p>III 利用者保護の観点について</p> <p>(1) 利用者保護 ① 人権等の尊重</p> <p>(2) 情報提供 ① 事業所情報の提供 ② 利用者に係る情報交換 ④ 地域への情報公開</p> |
|----------|---|

| | |
|-----|--|
| | <p>IV 質の向上の取組について</p> <p>(1) 苦情解決</p> <p>① 苦情・相談窓口の明示②苦情やトラブルへの対応</p> <p>(2) 質の向上に係る取組</p> <p>① 利用者満足度の把握②質の向上に対する検討体制</p> |
| 理 由 | <p>I 健全な組織体制について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 母体である「社会福祉・綾部市社会福祉協議会(以下、法人とする)」の運営理念は極平易な言葉で表現されていて、毎月曜日の朝礼で唱和させ、常勤・非常勤全ての職員に周知させています。 ・ 定期的に避難訓練を実施し、災害等の緊急事態発生時に法人全職員が作動するしくみとなっています。 ・ 管理者は業務に精通されていて、サービスの質の向上に熱意を持って積極的に事業所の運営に関わっておられます。又、法人が開催する「連絡調整会議」や「リスク小部会」に、事業所の朝夕ミーティングで集約した職員の意見を確実に反映させています。 ・ 法人は職員個々の意見や希望を尊重するために、法人全職員に対して「個人面談」を行い、面談内容が書面に明記しています。又、「業務改善提案」を全職員に呼びかけ、斬新なアイデアは表彰・採用され、法人各事業所の運営に活かされています。 ・ 前回の評価でアドバイスいたしました「専用休憩場所」の設置が実現していました。法人の労働環境改善への積極的な取組が窺えました。 ・ 働きながら資格を取得した職員に寸志を与える等、職員の資格取得の支援に法人がバックアップしています。 ・ 様々な外部研修の参加を推奨するとともに、定期的に事業所内研修や伝達研修を開き、書面による研修報告を義務付ける等、質の高い人材育成に取組んでいます。 <p>II 適正なサービス提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 新任職員が採用時から活用できるよう配慮した「業務マニュアル」や「業務手順書」等の各種マニュアルが整備され、全職員に周知・活用されています。 ・ 個人ファイルには、利用者の状況やサービス提供状況等が具体的に明記され個別性に富んだ内容となっています。「記録」類は個人情報の観点から取り扱いには十分な注意が払われています。 ・ 毎朝の「業務ミーティング」や「職員連絡ノート」の記録を充実させ、職員間の確実な情報の伝達と共有に取組んでいます。 ・ ケアプランは、ケアマネジメントの過程を踏んで策定され、本人や家族等、専門家や事業所職員の意見が反映されています。又、サービス担当者会議への参加、ケアカンファレンスの定期開催により、利用者本意の個別援助計画が策定及び見直しされています。ケアカンファレンスで検討された内容や決定事項は書面で明記されています。 ・ “サービス利用票”に本人・家族からの意見や要望が詳細に記載されています。又、利用者の思いや希望を日常的に利用者との対話から引き出しておられます。さらに、聞 |

| | |
|------------------|--|
| | <p>き取りによる利用者アンケート調査も実施され、これらが個別援助計画に反映されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> 送迎時やサービス提供時での対話、夏祭りの開催、家族参観日の実施、ご意見箱の設置等により、本人・家族等の意見や思いを汲み取り、サービスの向上に繋げています。 例えば、デイサービスに“蚕飼育”や“干し柿づくり”を取り入れ、綾部の高齢者の暮らしや生き方、持てる力を大事にされています。 感染症への対策や予防には、マニュアルの作成と研修実施によって、知識を高めサービスの提供を行っています。 デイルームは掃除の行き届いた古い民家ですが、その良さを上手く生かした高齢者に馴染みの環境となっています。 事故や緊急時等の対応には、「連絡網カード」の所持、事故・ヒヤリハットの報告、「リスク管理委員会」の設置等によって、全職員の危機管理意識を高める中、迅速かつ正確に取組めるしくみとなっています。 <p>III 利用者保護の観点</p> <ul style="list-style-type: none"> 人権等の尊重やプライバシー保護については、常に問題意識を持つよう、研修を重ね意識向上に努めておられます。 利用者に関わる情報交換は、利用者宅への定期訪問や家族欄を設けた連絡帳の活用、送迎時の家族との面談等、積極的に進められています。 社協の広報(あやべの社協・ニュースレター等)配布、ホームページ開設、有線放送の活用、市内産業祭り参加、体験通所の実施、実習生やボランティアの受入れ、地域イベントへの参加等を行い、事業所が持つさまざまな資源を広く地域へ提供され、地域に開かれた事業所となっています。 <p>IV 質の向上の取組について</p> <ul style="list-style-type: none"> 苦情やトラブルには、「リスク委員会」を設置して、相談窓口や担当者を書面に明記の上、適切な手順により丁寧かつ迅速に対応されている。 質の向上への取組には、「連絡調整会議」や「評価委員会」、「第三者委員」等を設置するなど、大規模な組織の特性を生かして法人全体で行われています。評価の意義は業務ミーティングや法人機関誌等で全職員に周知徹底されています。 |
| <p>改善努力を要する点</p> | <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護</p> <p>② プライバシー等の保護</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決</p> <p>④ 苦情に基づくサービスの改善</p> |

| | |
|-----------|--|
| 理由 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情やトラブルには、解決に向けて誠実に対応されていますが、改善状況が公開されていませんでした。 ・ 期待に反して男性職員の応募が皆無であるとの理由から、職員が全て女性である為、原則“同性介護”が出来ない環境でした。 |
| 具体的なアドバイス | <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情やトラブルの改善への取組は、手順に沿って丁寧に行われていました。さらに、苦情・トラブルの事例を、利用者や家族等一般に可能な範囲で公開されることをお勧めします。利用者が日常的に愚痴や苦情を出し易い環境となり、利用者からの信頼が増す中、より質の高い利用者本位のサービスが提供できると思われれます。「社協モニターアンケート」の取組に期待いたします。 ・ 男性職員の採用が難しい現状と伺っていますが、原則“同性介護”を貫くために、これまで同様に男性職員の募集をお続け願います。 ・ “元気で長生き”をモットーに、運動器機能や口腔の機能の向上、食事改善に、全利用者を対象として事業所職員が一丸となって取組んでおられます。 車椅子と経管(胃婁)栄養が必要だった方が、歩行と食事摂食が自立された事例に励まされているとのことでした。 ・ 職員がチームで、その人の尊厳と利用者本位の暮らしの継続を支援するために、共通のアセスメントツールとして、「センター方式」を試行されてみてはいかがでしょうか。 ・ 利用者や家族等の希望や要望を引き出す取組に、聞き取り調査をされていますが、「はい」「いいえ」の項目に併せて、その理由を書き留める欄があれば、内容がより個別的、具体的となり、サービスの質の向上に活かされると思います。 ・ 事業所の母体である「綾部市社会福祉協議会」は、「人は人の温もりが一番心地よい」「誰もが足りない部分を支え合って生きていく」と、ノーマライゼーションの理念をわかり易く表現され、地域福祉の充実と推進を図っておられます。 協議会が掲げる「理念」と熱い思いが確実に反映されています通所介護「社協の家つどい」の活動は、地域の福祉を大きく変える原動力となっています。 |

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|-------------------|----------------------------|
| 事業所番号 | 2671800056 |
| 事業所名 | 通所介護事業「社協の家つどい」 |
| サービス種別 (複数記入可) | 通所介護、介護予防通所介護 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会 |

| 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)組織の理念運用方針 | 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) | | | | 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。 | A | A | |
| | | 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。 | A | 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。 | A | A | |
| | | 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。 | A | A | |
| | | 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。 | A | A | |
| | | 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。 | A | A | |
| | (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 | |
| | | 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) | | | | 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 |
| 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 | B |
| | (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) | | | | 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 | A |
| | | 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。 | A | 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。 | A | A |
| | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 17 |

【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 | 30 | 30 |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | 20 | 19 |
| Ⅳ サービスの質の向上の取組 | 17 | 20 |

【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 | 30/30 | 100% | 30/30 | 100% |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | 20/20 | 100% | 19/20 | 95% |
| Ⅳ サービスの質の向上の取組 | 17/20 | 85% | 20/20 | 100% |

