

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 20 年 2 月 1 日

平成 19 年 11 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申しいただいた駅南ニコニコハウス（居宅介護支援事業）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いたしますので、今後の事業所の運営およびサービスの提供に役立ててください。

評 価 が 高かった点	I 健全な組織体制（1）組織の理念・運営方針（2）組織体制（3）労働環境（5）人材の確保・育成 II 適正なサービス提供体制（3）利用者等の希望尊重（4）衛生管理（5）危機管理 III 利用者保護の観点 IV サービスの質の向上の取組（1）苦情解決
理 由	I 健全な組織体制 - 法人全体のパンフレットに理念として「第2の人生をいつもニコニコと元気に楽しく、暮らしませんか」と大きく書かれている。施設基本方針が5項目、職員の基本精神が3項目設定されている。理事長の思いは在宅生活を支えることであり、職員に周知徹底され、さまざまな努力がなされている。 - 法人の各事業所の管理者は部長職として位置づけられ、同種の事業所同士の管理者は1日に1回は互いに訪問し、情報交換し、相談しあう等、緊密に連携しあっている。 - 職員の採用では相談業務の経験を重視し、社会福祉士、看護師、栄養士等の資格をもった人材がおり、ケアマネジャー業務を豊かにしている。 II 適正なサービス提供体制 - 利用者が在宅生活を続けられるように本人や家族の希望を聞くことに力を入れており、毎月の訪問以外にもヘルパーの活動中の自宅やショート利用中の施設に訪問し、利用の実態を見ながら、状況把握をしている。 III 利用者保護の観点 - 職員の服務規程として個人情報に関する厳守事項、セクシャルハラスメントの防止に関する規程を策定しており、職員に周知徹底されている。利用者に対しては法人として身体拘束禁止、自立支援、ケアの現場でのプライバシー保護等が守られている。 - 職員紹介、行事報告等が掲載された『駅 niko 通信』が毎月発行され、利用者や家族に配布されている。 - 地域住民対象に認知症専門医の講演会を主催し、法人として社会貢献している。 IV サービスの質の向上の取組 - 苦情は「苦情処理に関するフローチャート」により対応され、記録されている。当事業所への苦情はないが他法人の居宅介護支援事業所への苦情から学んでいる。 全体として - 平成7年に設立された社会福祉法人シルバーはケアハウスから出発し、利用者の在宅生活を支えることと事業所の地域開放を最も重要な目標としている。3年前の水害時にはデイサービスセンターのお風呂を住民に開放したという実績をもっている。

	・ 地域のなかの事業所としての認識が高く、福知山市内の居宅介護支援事業所間のネットワークを立ち上げ、ここでの交流、情報交換、学びあい、ケース検討、行政への要望活動等、活発におこなわれている。
改善努力を要する点	I 健全な組織体制 (2) 組織体制③透明性の確保 (4) 課題の設定 II 適正なサービス提供体制 (1) サービスの品質の確保 (2) 個別援助計画 IV サービスの質の向上の取組 (2) 質の向上に係る取組 (3) 評価の実施
理由	I 健全な組織体制 ・ 案件別の意思決定方法が確認できない。実際のボトムアップの状況は確認できない。 ・ 法人の事業計画を踏まえ、当事業所の年度の課題が確定されておらず、役割分担がなされていない。一人ひとりの職員の課題設定も事業所全体のサービスの質の向上という点から不十分である。 II 適正なサービス提供体制 ・ 利用申込からアセスメント、介護計画作成、介護計画の評価、介護計画見直し等の一連の過程において不十分な点がある。①生活歴、趣味・嗜好等の情報が少ない。②介護計画の項目ごとのモニタリングがない。③支援経過の記録が介護計画にそって書かれていない。④サービス提供事業所から個別援助計画とその評価、サービス実施状況報告を受け取っていないケースが多い。⑤カンファレンス会議の記録が不十分である。 IV サービスの質の向上の取組 ・ 利用者満足度の調査が実施されていない。 ・ 事業所の体制やサービスの内容に関する自己評価、および一人ひとりのケアマネジャーの自己点検が実施されていない。
具体的なアドバイス	・ 案件別の意思決定方法を明文化するとともに、会議録は職員の意見等を記録に残すことにより、組織の透明化を図り、職員の自覚を促すことが望まれる。 ・ 法人の事業計画を踏まえ、当事業所の年度ごとの具体的な重点目標を作成し、職員一人ひとりが役割分担するとともに、個々の職員の重点目標を具体的に設定することが望まれる。 ・ 居宅介護計画作成にあたっては、利用者の長い人生における生活歴を聞き取り、「その人らしい」生活を抽出することが求められる。 ・ 居宅介護計画の見直しは半年毎におこない、評価は項目ごとに点検する必要がある。そのためには支援経過が項目ごとに記録されることが望まれる。 ・ サービス提供事業所からは個別援助計画を入手し、居宅介護計画との整合性を点検するとともに、サービス実施状況および個別介護計画の評価を受け取り、居宅介護計画の評価との整合性を点検することが求められる。 ・ カンファレンス会議の議事録は詳細に記録することが、サービスのレベルアップにつながり、職員の気づきにもつながると思われる。 ・ 『駅 niko 通信』は利用者と同居していない家族にも郵送し、情報交換することが期待される。また地域への当事業にたいする啓発理解をはかるために、地域の主要な場所には配布してはどうか。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2672600323
事業所名	駅南ニコニコハウス
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成20年1月18日
評価機関名	(社)京都ボランティア協会

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。	B	B
		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。	B	B
		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。	B	B
	(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）				27	27	

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	B
		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	B
	(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、うえでアセスメントを行っている。	A	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。	A	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探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	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	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と）				29	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。	B	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している。	A	B
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)					19	19

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。	B	B
	(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。	C	C
		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	B
	(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	C
		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)				14	14

【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	27	27
II 適正なサービス提供体制	29	25
Ⅲ 利用者保護の観点	19	19
Ⅳサービスの質の向上の取組	14	14

【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	27/30	90%	27/30	90%
II 適正なサービス提供体制	29/30	97%	25/30	83%
Ⅲ 利用者保護の観点	19/20	95%	19/20	95%
Ⅳサービスの質の向上の取組	14/20	70%	14/20	70%

