

様式7

アドバイス・レポート

平成24年5月8日

平成24年3月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた京丹後市社会福祉協議会久美浜支所につきましては、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(※)	<p>1. 介護サービスの向上に向けた計画が策定。 (理由) 事業計画は利用者の意向や職員の意見・要望等から課題を抽出し、作成されています。事業所内で計画の達成状況の確認が行われています。</p> <p>2. 利用者に対してサービス選択に必要な情報を提供。 (理由) 法人の広報誌「こころ」や事業所の専用ホームページで、サービス内容や職員の体制等事業所情報が詳細に開示されています。昨年末に事業所が久美浜庁舎内に移転したことで、日常的に地域住民と交流が図られ、相談業務を通じて介護サービス事業等の情報提供が行われています。</p> <p>3. 利用者の意見・要望・苦情への対応。 (理由) 利用者等の意向調査は毎年実施されています。又毎月の利用者宅訪問面接を通じて苦情や意見等が汲み上げられています。その結果を踏まえサービス提供責任者で検討会を実施、改善への取組が行われています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 組織体制として法人本部（本所）と事業所間で、定例的な会議等が持たれていません。また、職員の相談や意見等を汲み上げ、課題解決を図る仕組みがありません。</p> <p>2. 有給休暇取得状況や時間外勤務等の実態を把握するとともに、職員の悩みや相談・要望等を聞く仕組みがありません。</p> <p>3. サービスの質の向上に向け定期的な自己評価の実施と他の事業所との対比検討等が行われていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業所の管理者等が法人本部の運営会議や検討会等へ参画することで、課題等の共有が図れ、組織として一体感が生まれます。 2. 法人本部と連携したうえで、職員のヒヤリング等の実施により、時間外勤務等の実態と課題を把握することが重要です。そのためにも職員の意見を汲み上げる事が出来る体制をお考え下さい。 3. 質の向上に取り組む為には、毎年必ず自己評価を行うことが重要です。職員全員が課題を共有し、改善への取組や改善結果等の確認をするようご検討下さい。 4. サービス内容ごとのマニュアル等は久美浜支所としての定期的な見直しが必要です。 5. サービス提供記録の保管状況が不適切です。個人ファイルは施錠の出来る保管庫等へ 収納することが必要です。 6. ストレス管理の仕組みがありません。職員の相談・希望に応じられるカウンセラー等の仕組みが必要ではないでしょうか。 <p>【所感】</p> <p>今回初めて第三者評価を受診され、職員全員が自己評価に取り組む、多くの気づきや課題の共有が図られたと伺いました。</p> <p>登録ヘルパー18名の小規模事業所であり、各種の見直しや評価の出来る十分な体制とはいえないものの、事業運営は確実に行われておられます。今後、法人本部との連携を強化することにより、さらなるサービスの質の向上へ取組みが図れることと期待しています。</p>
------------------	--

※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	2673300063
事業所名	社会福祉法人京丹後市社会福祉協議会久美浜支所
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)	・介護予防訪問介護 ・訪問入浴介護・介護予防訪問入浴介護
訪問調査実施日	平成24年3月30日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>○法人の理念は所内に掲示、運営方針は重要事項説明書に明記、職員に周知されています。</p> <p>○理念や方針等は契約時に利用者等に説明されていますが、その後に理解が深まるような取組は行われていません。</p> <p>○経営方針等は三役会で審議され理事会で決定していますが、事業所管理者は出席されていません。</p> <p>○法人本部と事業所との連携が図れていません。また定期的な会議等の仕組みがありません。</p>			
(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。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>○事業計画作成手順は利用者の意向や職員の意見・要望等を集約し課題を抽出し、サービスの質の向上に向けた視点で作成されています。</p> <p>○課題の達成状況の確認は自部門で行われていますが、法人本部の確認は行われていません。</p>			
(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を行っている。	B	B	
	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)		<p>○研修計画に基づき、管理者が法令遵守等研修会に参加、職員に徹底されていますが、事業所内に把握すべき法令集等が設置されていません。</p> <p>○職員の意見や要望を把握し、課題解決に向け本部と連携した取組が来ていません。</p> <p>○管理者及び責任者はサービス提供記録等を通じ、常に利用者の状況を把握されています。</p>			

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。	B	B
		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。	B	B
		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)		○職員の資格取得のための支援策がありません。 ○管理者が外部研修等参加し、職員に伝達研修が行われていますが、日常的に気づきを促し、学ぶこと等への助言を行う仕組みがありません。 ○毎年実習生を受け入れられていますが、受入れに関するマニュアルが作成されていません。		
(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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		○勤務管理は法人本部で行われていますが、事業所として有給休暇取得状況や残業時間等の把握、分析が行われていません。 ○職員の相談、希望に応じて、カウンセラーや対人援助を行う専門職は確保されていません。		
(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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		○法人本部が2ヶ月に1回発刊する広報紙「こころ」やホームページに、詳細に事業所毎の情報等が公表されています。 ○京丹後市久美浜支所の庁舎内に事業所が設置されています。そのため、多くの地域住民と交流、情報提供や相談業務等が行われています。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		・法人の広報誌や事業所専用ホームページにて、サービス内容や職員の体制等事業所情報が開示されています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		○サービス内容や料金等はホームページや重要事項説明書に明示、契約時に説明するとともに同意が得られています。 ○判断の能力に支障がある場合は成年後見制度や日常生活支援事業が活用されています。		

(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。	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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>○アセスメントは心身や生活の状況等把握し行われていますが、定期的には実施されていません。</p> <p>○責任者が訪問し利用者等の希望を尊重した上で、個別援助計画が作成されています。○個別援助計画は主治医や専門家等の意見を踏まえた上で、作成されています。</p> <p>○必要に応じて個別援助計画は見直されていますが、定期的には行われていません。</p>		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>○利用者の主治医等との連携は居宅支援専門員を通じて行われています。</p> <p>○事務所が久美浜支所の庁舎内にあり、行政や関係機関等との連携がよく取れています。</p>		
(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。	B	B
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。	B	B
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)		<p>○サービス内容毎にマニュアルが整備されていますが、定期的な見直しは行われていません。</p> <p>○サービス提供記録は個人ファイルに保存されていますが、保管場所が一部不適切です。</p> <p>○計画のモニタリングは実施出来ていますが、変更基準がなく、見直しが出来ていません。</p> <p>○利用者宅に連絡ノートを設置し、家族等と面接する機会が設けられています。</p>		
(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>○感染症マニュアルの整備や研修会は行われていますが、見直しがおこなわれていません。○清掃は久美浜庁舎として外部委託契約により定期的には実施されており、事業所内の整理整頓も行き届いています。</p>		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>○事故や緊急時等対応及び予防マニュアルは整備され、研修会が実施されています。</p> <p>○防災訓練は久美浜庁舎と合同で行われており、事故報告書及びヒヤリハット集が作成されていますが再発防止等のマニュアルの見直しや評価が出来ていません。</p>		

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。	B	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)		<p>○人権の尊重や尊厳は重要事項説明書等に明記、理解を深める研修会が実施されています。</p> <p>○プライバシーや羞恥心に配慮したサービスを提供するための実技研修が実施されています。</p> <p>○サービスの利用申し込みに対し公平・公正に対応し、全て受入れされています。</p>		
(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。	B	B
		第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口で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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>○満足度調査は毎年実施されています。相談面接等は訪問し、個別に実施されています。</p> <p>○利用者からの意見や苦情等についての改善策や改善状況等の公表が出来ていません。</p> <p>○事業所の相談や苦情の対応窓口は重要事項説明書等に明記されていますが、ホームページや事業所内に掲示されていません。</p>		
(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。	B	B
		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)		<p>○利用者満足度調査で課題を検討されていますが、改善結果の確認が行われていません。</p> <p>○サービスの質の向上に向け定期的な評価と、他の事業所との対比検討が行われていません。</p> <p>○自己評価の実施による課題の明確化と次年度計画に反映する仕組みが出来ていません。</p>		