

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 12 月 7 日

平成 30 年 10 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人精華町社会福祉協議会様（通所介護）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>1. 事業計画等の策定</p> <p>・単年度の事業計画に加え、中・長期計画も作成していました。事業計画は「各部署会議」において評価分析を行い、次年度につなげていました。特に浴室の改修・給食内容の改善など事業計画の具体化に繋がっていました。</p> <p>2. 人権等の尊重</p> <p>・基本方針に人権や自尊心を尊重したサービス提供の実施を明確にしています。また高齢者虐待防止や身体拘束禁止に関する研修を実施し職員への意識付けがされていました。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p style="text-align: center;">第三者への相談機会の確保</p> <p>・利用者、家族からの意見や要望、苦情が汲取り易いよう、外部ボランティアの活用も含め、事業所内での体制が整備されていました。またホームページに於いても苦情等の公開がされており開かれた事業運営に繋がっていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. アセスメントの実施</p> <p>・担当者会議に参加し、専門職と意見交換をすることで情報を得ていましたが、課題を明らかにする手続きが定められておらず、また、定期的なアセスメントが行われていませんでした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>・業務マニュアルは整理されていましたが、見直しの基準がなく定期的な見直しがされていませんでした。</p> <p>3. 感染症の対策及び予防</p> <p>・感染症マニュアルは作成していましたが、更新されていませんでした。また研修や勉強会はされていましたが、その記録がありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. アセスメントの実施</p> <p>・通所介護計画作成におけるアセスメントについては、計画作成時に多くの情報を収集することで課題が明確となります。またアセスメントは初回だけでなく定期的実施することで直近の情報から計画を作成することができます。アセスメントから計画の作成に至る、さらには計画の定期的な見直しまでの一連の流れをマニュアル化し、担当が変わってもマニュアルに従い実施できるように手順を作成されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>・見直し基準を定め定期的な見直しを年1回されることをお勧めします。苦情や満足度調査の結果等を踏まえて見直すことで現場に即したマニュアルになるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 感染症の対策及び予防</p> <p>・最新の情報を組み入れた感染症対策マニュアルの見直しを定期的実施されてはいかがでしょうか。また研修した際は必ず報告書を作成する事で知識や技能の共有化や振り返りにも繋がります。是非この機会に取り組まれてはいかがでしょうか。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2671400089
事業所名	社会福祉法人 精華町社会福祉協議会
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	平成30年11月13日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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）及び事業所の職員全員が、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. 事業所玄関の壁に理念を掲示していました。また、理念を名刺の裏に印刷、精華町社会福祉協議会のパンフレットに掲載し理念の周知を図っていました。 2. 理事会は定期的開催されていました。施設内の会議体も「三役会議」「課長会議」「係長会議」「課内会議」「通所介護常勤職員会議」と体系的に運営し、各種会議で職員の意見が反映される仕組みとなっていました。		
(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)			3. 単年度の事業計画に加え、中・長期計画も作成していました。また事業計画の評価は「各部署会議」にて年度末に行い、次年度につなげていました。 4. 「課内会議」「通所介護常勤職員会議」にて課題の評価を半年に1回されていました。		
(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り組みを行っている。	A	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。	A	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、いつでも職員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>5. 把握すべき法令のリスト化や調べられる体制、職員への周知はしていましたが、管理者は法令遵守の観点での研修に参加していませんでした。</p> <p>6. 運営管理者の役割と責任は、「階層ごとの具体的な役割と能力基準」で文書化されていました。また運営管理者は各会議や日々のミーティングにも出席し、広く職員から意見を聞く機会を持たれていました。しかし運営管理者は自らの評価・見直しをする為の方法はありませんでした。</p> <p>7. 管理者は、携帯電話を常に所持し連絡が取れ、緊急時には指示を仰ぐ体制となっていました。また、業務日誌で日々の状況把握をしていました。</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。	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)		<p>8. 過去3年間の職員数を元に適正な人員体制を確立されていました。また、資格取得促進事業で資格取得後一時金を支給していました。</p> <p>9. 年間研修計画を立てていました。また、職員研修企画会議にてアンケートを毎年取り次年度の研修に取り入れていました。</p> <p>10. 実習受け入れに対する基本姿勢や受け入れマニュアルはありましたが、実習指導者に対する研修は実施出来ていませんでした。</p>			
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A	
	ストレス管理	12	職員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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>11. 就業状況や意向について「課長会議」にて具体的に分析、検討していました。またスライディングボードなど介護機器を活用し、職員の負担軽減に繋げていました。</p> <p>12. 福利厚生として精華町社会福祉協議会職員連絡会が日帰り旅行などを企画していました。</p>			
(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)		<p>13. 精華町社会福祉協議会のパンフレットや社協だよりを地域に配布し運営理念を開示・広報をしていました。しかし、情報の公表制度の開示はしていませんでした。</p> <p>14. 「桜ヶ丘4丁目自治会夏祭り」にて介護相談ブースを設ける他、地域ケア会議にも参加し地域のニーズの把握をされていました。</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
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、「デイサービス通信・通所介護事業のご案内」等で必要な情報を提供していました。また、デイサービス日誌に見学者の紹介先・見学者名を記載する他、体験申込ファイルの整備をしていました。		
(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)		16. 重要事項説明書を用いてサービス内容や料金・デイサービスの1日の流れなど説明し、書面にて同意を得ていました。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業については地域包括支援センターや地域福祉課、介護支援専門員と連携を図っていました。		
(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	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	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B
		(評価機関コメント)		17. 担当者会議に参加し、専門職と意見交換をすることで情報を得ていましたが、課題を明らかにする手続きが定められておらず、また、定期的なアセスメントが行われていませんでした。 18. 本人・家族の希望を尊重した個別援助計画を作成し、書面にて同意を得ていました。 19. サービス担当者会議に参加することで様々な職種との意見交換を図っていました。主治医と直接の意見交換もありました。 20. 短期目標期間の終了時に個別援助計画の見直し・更新をしていましたが、計画を変更する基準が定められていませんでした。		
(4) 関係者との連携						
		多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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. 介護支援専門員を通じ関係機関と連携を図っていました。緊急の場合は直接主治医と連絡をとっていました。地域包括支援センターとは虐待の疑いがあるケースについて相談をしていました。退院前カンファレンスに参加し状況の把握に努めていました。		
(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、職員に活用されている。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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルは整理されていましたが、見直しの基準がなく定期的な見直しが行われていませんでした。 23. 利用者の状況や状態はカルテや日報に記録していました。文書管理規定・個人情報保護規定により管理体制が確立していました。ミーティング時に個人情報保護についての研修をしていました。 24. 朝夕のミーティングやノートで情報共有し、緊急の変化については事務所に設置したホワイトボードに記載することで周知を図っていました。しかしケアカンファレンスは定期的な開催ではありませんでした。 25. 送迎時や連絡ノート・電話等を活用し連絡を密にしていました。		
(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、職員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)		26. 感染症マニュアルは作成していましたが、更新されていませんでした。また研修や勉強会はされていましたが、その記録がありませんでした。 27. 事業所内は所定の場所に書類や物品等が保管されていました。又、事業所内の清掃は外部委託で毎日送迎後に実施し、点検表で確認していました。臭気はありませんでした。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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
災害発生時の対応	30	災害発生時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	B
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時マニュアルを作成し、事故発生時にはマニュアルに従って対応出来るように明確化していました。また救急救命講習への参加や実践的な研修を実施していました。 29. 事故やヒヤリハットが細やかに報告され発生後には分析し、その後の対応も周知されていました。また実際の事故事例から業務内容と利用者対応等の改善が行われ再発予防に繋がっていました。 30. 災害時マニュアルを作成し、発生時の対応等を明確化していました。また防災訓練も定期的に行っていましたが、地域との連携を意識した訓練の実施には至っていませんでした。		

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
IV 利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
	人権等の尊重	31		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	32		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	B
	利用者の決定方法	33		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)	31. 基本方針に人権や自尊心を尊重したサービス提供の実施を明確にしていました。また高齢者虐待防止や身体拘束禁止に関する研修を実施し職員への意識付けがされていました。 32. 業務マニュアルにプライバシー保護の具体的な方法を明記し業務や環境上実践されていましたが、研修体系が不備でした。 33. 申請のあった方は拒まず受け入れていました。
------------	---

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	34	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。	A	B
意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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)		34. 連絡ノートの活用や担当者会議で利用者、家族の意見、要望等を汲み取られ、迅速に対応していましたが、定期的に利用者との面談や懇談会等を開催していませんでした。 35. 苦情等は受付書を活用し組織として迅速に対応していました。またホームページ上でも苦情内容や改善策を公開していました。 36. 外部ボランティアを積極的に受け入れ、利用者からの要望等を汲み取る機会が設けられていました。相談窓口に公的機関や第三者委員も掲示していました。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	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	B
質の向上に対する検討体制	38	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職員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	39	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)		37. 今年度は満足度調査を実施し、分析や課題等も明確化していました。今後は継続的に実施される予定です。 38. 3ヶ月毎の課内会議にて現場からの意見や報告等も吸い上げられ、サービス向上に繋がる取組みを実践していました。また「ケアマネ連絡協議会」に参加することで他事業所との情報交換等が行われ、サービス向上の機会となりました。 39. 事業所の取組みや成果等を通所介護常勤会議で分析し、地域福祉活動推進委員会で報告していました。報告された課題等を踏まえ次年度の事業計画が作成されました。第三者評価は定期的には受診されていませんでした。		