

アドバイス・レポート

平成25年12月15日

※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

平成25年7月1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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>○継続的な研修・OJTの実施(通番9) 法人レベルで採用時研修・フォローアップ研修・段階別研修等が計画・実施され、全職員が職種・経験・役職に応じて履修しています。事業所レベルで、月毎に定めた課題「目標」に則して研修を実施しています。「職員一人ひとりのケア(取り組み)を職場全体に広げる」をモットーに、年1回法人主催の「実践報告会」に全職員が参画しています。互学の精神を育むしくみがあります。事業所“つどい”の発表「コーヒータムについて」、機能訓練「心動けば体が動く」が「24年度・25年度実践報告会」まとめ集に掲載されていました。</p> <p>○地域への情報公開(通番13) 地域への貢献(通番14) 母体である綾部市社会福祉協議会は「地域福祉・地域へ貢献」に最も力を入れています。事業所は毎年夏祭りや敬老会、七夕交流会等を開催し、高齢者から幼児に至るまで幅広い地域住民の交流を企画・実施しています。又、事業所の利用者が地域の茶摘みに出かけ、地域主催の文化祭に作品を出す等、地域から孤立しない様、住民との自然な関わりを大切にしています。認知症サポーター養成の講師(キャラバンメイト)活動や高校生対象の車椅子講習会、事業所の機関誌「つどい」掲載のワンポイントアドバイス等で事業所が持つ機能を地域に還元しています。</p> <p>○人権等の尊重(通番2) 法人理念である「私たちの理念」に基づいて、利用者の尊厳の保持に配慮しています。全職員がチームを組んで、利用者一人ひとりの特性を把握し、在宅生活の延長線上で様々なリハビリを提供しています。利用者が大切にされている事業所であると感じ取れる場面が多く見受けられました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○管理者によるリーダーシップの発揮(通番6) 法人役員や事業所管理者の役割が運営規程に表明されています。全ての職員は年1回、個人面談で管理者に意向を述べる事が出来、法人役員にも日常的に述べる事が出来る風通しの良い職場環境ではありますが、管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直しをするための方法・仕組みが講じられていませんでした。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護(通番23) 保管・保存・廃棄に関する規定が文章化されていませんでした。</p> <p>○利用者満足度の向上の取り組み(通番37) 年1回、利用者満足度調査を行い、調査結果を分析・検討していますが、分析・検討の後、改善すべき事項にどのように取り組んだか、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか等を確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化(通番39) 第三者評価を3年に1回受診し、評価結果の分析・検討を行い、サービスの内容の改善に活かしていますが、前回の受診後、ケアマネジメントシステムの改善に取り組まれていましたが、今回取り組まれた自己評価が定期(年1回)に行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○定期的に管理者自らを評価する仕組みづくり 管理者による個人面談や意見箱では聴取しきれない現場職員の思いを拾う為に、管理者への期待を聴き取る感覚で職員に真摯に向き合う方法として、京都福祉サービス第三者評価事業で採用している職員向けアンケート調査や現場職員が上位者を評価する人事考課シートの活用など、現場職員から管理者の資質を聴き取る方法があります。組織の規模や性格等に即して再考されてはいかがでしょうか。</p> <p>○自己評価を行い第三者評価を受けることが、サービスの改善に向けての建設的な取り組みであると管理者を含む全職員が理解し、評価の取り組みにも積極的に参加されています。又、利用者アンケートや連絡ノート等から収集した利用者・家族の声をサービスの改善に役立てておられます。検討委員会等での議論や検討の結果や改善に取り組まれた過程等を一つのシートに整理されると良いでしょう。取り組みの流れ、成果の確認、見直しが理解しやすくなると思います。</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)

※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	2671800056
事業所名	指定通所介護事業所 社協の家つどい
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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成25年11月14日
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	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 法人(綾部市社会福祉協議会)理念に基づいて事業所(通所介護社協の家つどい)の理念を策定しています。理念を法人パンフレットに掲載し、毎月曜日の朝礼で唱和する等で地域・利用者・職員等へ周知しています。理念に沿って職員ひとり一人が「私の目標」を作成し、各自が携帯しています。月1回の定例研修会で互いに「私の目標」の達成度を確認し合っています。事業所の地域向け情報誌「つどいだより」に、理念を掲載されてはいかがでしょうか。 2. 全職員参画の月1回の定例研修会に法人役員が複数出席され、月1回の事務局連絡調整会議には事業所の管理者が参加する等、法人の意思決定を公正・適切なプロセスで行っています。管理者は年1回、職員の意向を個人面談で聴取し、職員は意向を直接法人役員に伝えることができる仕組みとなっています。職員からの業務改善提案で優秀なアイデアには、審査委員会の選考により賞が与えられる「私の業務改善提案」制度があります。組織の透明性を図り、職員の士気を大切に育んでいます。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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. 年度始めに、法人の中長期計画(5年)に沿った事業所の運営方針を全職員の参画によって策定しています。定例研修会や介護保険等経営管理委員会で進捗状況を確認しています。又、リスク管理委員会(サービス向上部会)で安全衛生部会・個人情報保護部会・広報委員会・研修企画委員会等で策定した「目標・スローガン」の進捗状況を確認しています。 4. 各職種毎に運営方針に基づく課題を策定し、進捗状況を月1回定例研修会で確認しています。会合の内容を「定例記録帳」に記載しています。又、事業所の月目標に沿った職員ひとり一人の目標を「評価シート」に落とし込み、取り組み状況を定例会議で確認しています。同法人の2ヶ所の通所介護事業所の会合を年2回開催し、事業所間で課題の進捗状況を確認し合っています。法人・事業所・個人が各レベルで自らが設定した課題に向き合っています。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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。	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. 遵守すべき法令は毎年更新し、法人例規集（内部規定小冊子）に纏め、各部署に配布しています。事務局連絡調整会議や定例研修会で全職員に周知しています。</p> <p>6. 総務部長や管理者は自らの役割を運営規定集の中で表明しています。職員は管理者を超えて法人役職に意見を述べる事が出来るしくみとなっていますが、人事考課制度の様な職員が管理者を客観的に評価する仕組みが講じられていませんでした。</p> <p>7. 緊急連絡網を職場内に掲示しています。法人職員全てが緊急連絡網を携帯(カード)し、緊急事態にマニュアルに沿った行動が出来る様工夫しています。非常時には、携帯で管理者に指示を仰ぐことが出来、送迎用車両にマニュアルを常備しています。</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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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	A
		(評価機関コメント)		8. 職員採用の基準は有資格者を優先しています。資格取得者奨励金規定に基づいて、無資格者には採用後に資格取得を支援しています。本年度より綾部市補助事業として、資格取得に要する費用に対して公費負担制度が施行されています。人事管理マニュアルに基づいて、人材確保や人員配置は法人レベルで行っています。 9. 法人レベルで、採用時研修・フォローアップ研修・段階別研修等を計画・実施しています。事業所では月毎に定めた「目標」に則して研修を実施しています。外部研修履修者による伝達研修も行っています。年1回法人主催の「実践報告会」に全職員が参画し、各事業所の1年間の取り組みを学び合います。事業所は「コーヒータイトムについて」、機能訓練「心動けば体が動く」等をテーマに発表されました。「24年度・25年度実践報告会」まとめ集を策定しています。 10. 実習生研修実施要綱に基づいて、サマーボランティアや中学生職場体験等の学生を受け入れています。最近では距離的な理由からか、依頼者が減少傾向にあります。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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)		11. 職員の労働環境については、法人の就業規定、育児休業・介護休業に関する規定等によって、適切に管理されています。職員の負担軽減に繋がる機器類は、スライディングボード等その都度有用性を確認の上、採用しています。 12. 管理者はメンタルヘルスの研修を履修し、職員からの相談に対応しています。職員ヒヤリングで、管理者には話やすく、意見も言い易く、信頼できる関係であるとお聞きしました。福利厚生制度は互助会の管理の下で活用されています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 14. 母体である綾部社会福祉協議会は「地域福祉・地域へ貢献」に最も力を入れています。事業所は毎年夏祭りや敬老会、七夕交流会等を開催し、高齢者や幼稚園児等を交えた地域の人々の交流を企画・実施しています。又、事業所の利用者が地域の茶摘みに出かけ、東八田の文化祭に作品を出展する等、地域との関わりを大切にしています。認知症サポーター養成の講師（キャラバンメイト）活動や高校生対象の車椅子講習会、事業所の機関誌「つどい」に、ワンポイントアドバイスを載せる等、事業所が持つ機能を地域に多く還元しています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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. ホームページやパンフレットで情報を提供し、施設見学を随時受け入れています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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. サービス利用開始時に、サービス内容等を契約書や重要事項説明書で説明し利用の同意を得ています。法人の権利擁護事業で民生委員や事業所職員対象に研修を開催する等、地域・職員の人権意識の向上に努めています。		

(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。	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	A
(評価機関コメント)		17. 所定のアセスメントシートを使って、利用者ひとり一人の心身の状況や生活状態を踏まえたアセスメントを定期的実施しています。 18. 関係者等が集まるサービス担当者会議に本人・家族と出席し、事業所が作る利用者の個別援助計画に本人・家族の意向（意見や要望）を反映しています。利用者とともに家族への支援も行っています。 19. 他職種との連携や情報交換に努め、専門家の意見を個別援助計画に反映しています。利用者のニーズを的確に把握しています。 20. 定期的及び必要に応じて個別援助計画を見直し、利用者と家族の状況変化にタイムリーに対応しています。個別状況に応じて計画が策定されていることを個人ファイルで確認しました。		
(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. 退院前カンファレンスに参画する等、地域の複数の医療機関と連携を図り、行政や地域包括支援センター等とも連携しています。利用者の拠り所となっている地域の関連事業所等を個別ファイルに記載しています。傾聴ボランティアや地域の理髪店等のインフォーマルサービスを含め、地域の支援組織・住民等と有機的な支援体制を確保しています。		
(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、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	A
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	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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 各種の業務マニュアルや手順書を策定し、利用者アンケート調査の結果等を参考に、年1回全職員の参画のもとで見直しを行っています。 23. サービス提供の状況を個別ファイルに記録し、リスク管理委員会で利用者の個人情報保護と情報開示に関する学習を行っています。カルテ棚を施錠し、持ち出し禁止マニュアルを作成する等、利用者の記録類の取り扱いに留意していますが、保存・廃棄についての取り扱いも規定に入れると良いでしょう。 24. 朝礼、定例研修会、業務日報・連絡ノート・カンファレンス報告書等で、職員間で利用者情報を共有しています。全職員に全ての記録類の閲覧を義務付けています。 25. 電話や連絡帳、送迎時の対話等で聴取した利用者・家族等の情報を事業所のサービスや個別援助計画に反映させています。又、夏祭り等の行事を通して、事業所の様子を家族等に理解してもらっています。利用者本人と同じく家族への支援を大切にしています。		
(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、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	A
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. 感染症の対策・予防に関するマニュアルを作成し、定例研修会で研修を行っています。室内の換気・清掃・加湿、口腔ケア、送迎車に手袋・マスク・消毒液等を備え、インフルエンザ等の感染症の集団発生の予防に徹しています。開設以来、事業所内での集団発生は無いとのことでした。感染症のある人も体制を整え受け入れています。 27. 職員が定期的に事務所やダイルームの整理整頓・清潔・清掃を行っています。事業所内の清潔が保たれていました。		
(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	A
(評価機関コメント)		<p>28. 毎月の定例研修会でヒヤリハット事例を議題に上げ、事例を通してマニュアルの確認と事故発生時や緊急時、災害発生時の対応策を検討しています。送迎車にマニュアルを備え、送迎時の安全に努めています。消防署指導のAED訓練や普通救命訓練に全職員を参加させています。開設以来、一度も重大事故が発生していないとのことでした。</p> <p>29. 事故やヒヤリハット事例を所定の用紙に記録し、朝礼、リスク管理委員会、第三者委員会等で報告・再発防止策を行っています。送迎時の事故防止対策の取り組みで、リスク管理委員会や全体研修会で、交通事故の要因分析・対応策の検討を行ったところ、ヒューマンエラーによるものが多いことに気付いたとのことでした。</p> <p>30. 綾部市社会福祉協議会消防計画書、非常災害計画書に基づいて、災害時マニュアルを策定し、避難訓練(年2回)や消火器訓練(年1回)を実施しています。又、地域の人と協働で「震度6で土砂崩れ」を想定した地震発生机上訓練を行っています。米や水、菓子類、燃料等を備蓄し緊急時に備えています。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		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	A
		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. 外部の人権学習で学んだことを伝達研修で共有しています。定例研修会で身体拘束・虐待防止・プライバシー保護等の研修を行い、職員の人権意識を高めています。疑がわしいケースに対して地域包括センターと連携し、家族のストレスを事業所のサービス時間を延長することで軽減し、虐待予防に繋げた事例がありました。 32. 法人理念「私たちの理念」に基づいて、利用者のプライバシー保護の周知と羞恥心への配慮に努めています。トイレはスペースの関係でカーテン仕様ですが、必ず閉める様につけている、ベッドで横になっている人をパーテーションで隠している等の報告がありました。 33. 定員枠の関係で受け入れを断るケースには、その理由を説明し納得された上で他の事業所を紹介しています。基本的には希望者は全て受け入れています。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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	A
		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. 利用者アンケート調査や送迎時の聴き取り、連絡ノート、夏祭りのイベント（相談会）等、様々な方法で家族・利用者等の意向（意見・要望・苦情等）を収集し、サービスの改善に役立っています。 35. 利用者の意向（意見・要望・苦情等）をリスク管理委員会・事務局連絡調整会議で分析・検討し、結果を玄関前に掲示・公開しています。職員は全体研修会で共有しています。 36. 第三者委員と公的機関の窓口を重要事項説明書に明記しています。利用者には利用開始時に説明し、外来者には事業所内に掲示して知らせています。年に9回、福祉相談委員の訪問を受け入れ、福祉相談委員（第三者）からの意見や要望をサービスの改善に役立っています。		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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。	A	B
		(評価機関コメント)		37. 年1回、利用者満足度調査を行い、調査結果をサービス向上委員会と定例研修会で分析・検討しています。満足度調査の分析・結果に基づいて、改善すべき事項に関して、どのように取り組んだか、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか等を確認する仕組みがありませんでした。 38. 法人グループの事業所が参加する連絡調整会議でサービス向上に向けた検討会議を行っています。会議録を全職員が閲覧し、定例研修会で共有しています。法人グループの事業所等が集う研修会や交流会で他の事業所の評価や取り組みを積極的に情報収集しています。 39. 第三者評価を3年に1回受診し、評価結果を分析・検討し、サービス内容の改善に活かしています。前回の受診後にはケアマネジメントシステムの改善に取り組まれていました。自己評価は年に一回取り組まれていませんでした。		