

アドバイス・レポート

平成30年6月14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30年2月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた東宇治事業所につきましては、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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>○理念の周知 年度初めに事業方針説明会・全体会議等で理念・運営方針の説明を行い、職員への浸透を図るとともに、理念にもとづき職員が個人の目標を設定し業務にあたっています。</p> <p>○事故の再発防止等 事故やヒヤリハットがあればその都度報告書を作成し、ない場合でも1週間単位で確認を行い、職員全員に周知しています。2ヶ月に1度リスクマネジメント委員会を開催して事故等の分析を行い、必要事項を回覧するなどして職員に周知しています。</p> <p>○利用者満足度の向上の取り組み 3ヶ月に1度法人全体でサービス向上委員会を開催しています。年1回利用者満足度調査を行い、結果を踏まえて対応策を検討し職員に周知しています。 アンケート等で集約した意見や要望は、広報誌に掲載するなどして公表しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定 単年度の事業計画は作成されていますが、法人本部で立てられている中長期計画は、財務・人材・研修等の内容に限られており、サービス向上に向けた具体的な計画は作成されていません。</p> <p>○管理者による状況把握 管理者が日常的に現場に出向くとともに記録などで状況の把握をしているとのことでしたが、必要事項と思われる事項が日報に十分反映されておらず、管理者不在の場合、状況の把握は不明瞭な状態です。</p> <p>○業務マニュアルの作成 マニュアルの見直しについてルール化ができていません。苦情や事故防止等の対策については、申し送り等で確認していますが、マニュアルに反映するしくみは確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、東宇治地域福祉センター内にあり、地域福祉の要となっています。地域福祉センター、地域包括支援センター、居宅介護支援、訪問介護、認知症対応型通所介護等の事業と連携を取ながら、積極的に住民の福祉ニーズに対応しようと努めています。調査進めるなか、また、法人全体として積極的にサービスの質の向上に取り組んでいると感じました。今後より一層の地域への貢献、サービスの質の向上に努めていただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○中長期計画の作成 サービスの質の向上の観点からも中長期的な視点を持ち目標を定めたいうえで、単年度の事業計画において段階的に目標を設定し取り組みを進めていくことを期待します。事業計画において目標が明確になることにより、キャリアパスの構築や計画的な研修がより効果的に実施できると思います。また、目標が日常の仕事と結びつくことにより、職員個人の目標設定も自身の課題やキャリアパスを意識したものとなり、職員の成長にもつながるのではないのでしょうか。</p> <p>○管理者の責任とリーダーシップ 管理者としての責任を理解し自覚と熱意とをもって業務にあたられていることは、調査時に十分確認することができましたが、より効果的に職責を果たすためには、法人・組織の仕組み作りも重要だと考えます。法令のリスト化については、管理者だけでなく、一般職員の含め業務分掌等で把握すべき法令等を明示されるなど検討を進めてください。管理者等の役割や責任の表明、評価については、個人的な批判とならないようは配慮しながら、法人・組織としてのしくみ作りに取り組んでください。 日報については、本部等へ報告書は確認できましたが、現場レベルでも管理者が状況の確認をしやすいように、必要事項を整理し、記録ソフト等で管理できるよう検討されてはと思います。</p> <p>○業務マニュアルの整備 必要なマニュアルは整備するように努力していますが、更新・変更の基準が明確には定まっておらず、更新・変更の状況にばらつきがありました。苦情や事故防止について、委員会でも検討されているにもかかわらず、マニュアルに反映できていないのは勿体ないです。報告書等をもとにマニュアルに反映できるよう、手順やルール作りを進めてください。</p> <p>○個別状況に応じた計画の作成 法令等に応じてアセスメント、計画の作成・実施、モニタリング・計画の見直し等は行われています。しかし、アセスメントの更新については、サービス担当者会議の際に行うとのことでした。また、アセスメントの内容がいずれもチェック形式になっており、利用者の個別の状況を十分に把握できる内容になっていないと感じました。サービス担当者会議の前に一度アセスメントや本人の意向を確認すること、アセスメント様式をチェック式だけではなく、利用者の個別の状況を詳しく把握できるよう、特記事項を書き込めるようにするなど、工夫が必要です。 相対的に計画の作成の一連の流れにおいて、利用者ご本人の要望や意見を聞く機会が少ないと感じました。利用時に時間をつくるなどして、計画の作成において利用者本人の意向を十分に反映できるようにしていただければと思います。</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	2671200075
事業所名	東宇治事業所
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)	居宅介護、訪問介護
訪問調査実施日	平成30年3月24日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 年度初めに事業方針説明会・全体会議等で理念・運営方針の説明を行い、職員への浸透を図るとともに、理念にもとづき職員が個人の目標を設定し、業務にあたっています。 2. 業務分掌により担当者や役割が定められており、機関会議や各委員会等で案件ごとに協議、決定が行われています。		
(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	B
	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	B
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画は作成していますが、法人本部で立てられている中長期計画は、財務・人材・研修等の内容に限られており、サービス向上にむけた具体的な計画は作成していません。 4. 年度末に課題の達成状況を確認し翌年度の事業計画に反映をしていますが、6カ月のごとの達成状況は確認していません。		
(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みを行っている。	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、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	B
	(評価機関コメント)			5. 管理者が集団指導に参加し、その後必要事項を周知するなどの対応をしていますが、必要な法令についてリスト化できていません。 6. 機関会議等に管理者が出席し意見を述べることはしていますが、管理者等の役割や責任について文書化し、職員に説明するには至っていません。自らの行動について職員から信頼を得ているかを確認する具体的取組みは行われていません。 7. 管理者が日常的に現場に出向き状況の把握をしています。しかし、日報がなく管理者不在の場合の状況の把握は不明瞭な状態です。		

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 法人としての人材育成計画を策定しています。採用に当たっては、有資格者をできるだけ採用し、無資格者については採用後に介護職員初任者研修を受講してもらうよう勧めています。 9. 経験年数に応じ階層別研修を実施するなど、研修計画にもとづき人材育成を行っています。職員が設定した目標等をもとに定期的に職員面談を行っています。 10. 実習受け入れマニュアルを制定し、現状に応じてその都度改定を行っています。実習指導者に対する研修は行われていません。		
(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、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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 職員の超過勤務時間の実態については法人が管理、そのデータに基づき法人の衛生委員会で分析しています。職員の介護負担軽減のため介護機器を導入するなど、環境整備を行っています。 12. 法人役員の一に精神科医が就任しており、カウンセラーとしての役割を担っているとのことでしたが、外部のカウンセラーは確保していません。		
(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。	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	B
		(評価機関コメント)		13. 広報誌を発行し地域に情報を開示するとともに、地域福祉のつどいやコミュニティカフェを開催し、事業についての理解と、地域等の交流を進めています。 14. 今年度については、地域住民向けの講演会等は実施していないとのことでした。		

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
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、パンフレット、重要事項説明書、「利用のしおり」などを通して情報提供を行っています。希望者には見学や体験利用を行っており、記録でも確認できました。		

(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. 契約時に重要事項説明書を利用して項目毎に説明し署名捺印をもらっています。成年後見制度該当者については、併設の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のケアマネジャーと連携し対応しています。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		17. 初回利用時、目標期間変更時、サービス内容変更時、介護保険更新時にアセスメントを行い状態把握をしています。 18. 居宅サービス計画書に基づき通所介護計画書を作成し同意を得ています。利用者・家族の意向については、初回面接時やサービス担当者会議で確認しています。 19. サービス担当者会議に出席し、ケアマネジャー、主治医、他のサービス事業所から情報を得ています。事業所内では看護職も含めた多職種の意見を踏まえ通所介護書を作成しています。 20. 法令に則して個別援助計画の見直しを行っています。月1回モニタリングを行い、モニタリング用紙にてケアマネジャーへ状況報告を行っています。		
(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. 緊急時に迅速に主治医との連携がとれるように、契約時に確認をしています。退院カンファレンスがある場合はできるだけ出席し情報収集をしています。また退院時にはケアマネジャーから退院時サマリー等の情報提供を得ています。		
(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。	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。	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	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. マニュアルの見直しについてルール化ができていません。苦情や事故防止等の対策については、申し送り等で確認していますが、マニュアルに反映するしくみは確認できませんでした。 23. 利用者ごとに適切に記録しています。個人情報の観点からもマニュアルを整備し、研修も行っていきます。 24. 利用者の情報について、毎朝ミーティングや申し送りノート等活用して職員間で共有しています。月1回カンファレンスを行い情報共有を行うとともに個別援助計画の見直しを行っています。 25. 利用時の状況は毎回連絡ノートに記入するとともに、朝夕の送迎時に口頭で家族等に情報伝達をしています。サービス担当者会議でも利用時の様子や提案事項等を伝えています。		

(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. 感染症についてはアセスメントシートで確認し、大浴場に手袋を置く等して個別の対策を取っています。対策等も具体的にマニュアルに記載されています。 27. トイレ、浴室、脱衣室、フロア内等はマニュアルに沿って毎日清掃と消毒を行っています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故・緊急時対応・災害時対応マニュアル等を整備し、計画的に研修を行うとともに年2回の避難訓練・消防訓練、年1回の災害訓練を行っています。 29. 事故やヒヤリハットがあればその都度報告書を作成し、ない場合でも1週間単位で確認を行い職員全員に周知しています。2ヶ月に1度リスクマネジメント委員会を開催し分析を行い必要事項を回覧するなどして職員に周知しています。 30. 年間に災害1回、消防2回の避難訓練を行っていますが、地域との連携が確立されておらず、課題とのことでした。		

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	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. 事業計画に「利用者本位のあたたかいサービスの提供」を掲載し、倫理規定にも明確に位置づけ教育を行っています。人権・高齢者虐待防止・身体拘束防止などの研修会を実施し職員への周知に努めています。 32. トイレのカーテンを扉に変更するなど羞恥心に配慮したサービスの提供に努めています。年1回個人情報に関する研修を実施しています。 33. 倫理規定に則り原則すべての希望者を受け入れています。医療的なケアを必要とする利用者については、関係機関との連携を密にして受け入れを行っています。				

(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。	A	B
(評価機関コメント)		34. 満足度調査や送迎時、サービス利用時、担当者会議等で利用者・家族から意見等を聞くようにしていますが、利用者本人から直接具体的な意向や要望を聞く機会が少なく感じました。 35. 対応方法がマニュアルで定められています。アンケート等で集約した意見や要望を広報誌に掲載するなどして公表しています。 36. 外部の人材等による相談機会は確保されていません。		

(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	A
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. 3ヶ月に1度法人全体でサービス向上委員会を開催しています。年1回利用者満足度調査を行い、結果を踏まえて対応策を検討し職員に周知しています。 38. サービス向上委員会で苦情や意見を集約し法人全体で共有するとともに、民生委員や児童委員等が参加して様々な角度からサービスの内容を検討する機会をつくるなど、サービス向上に努めています。また、改善ばかりでなく、よかった点については、サンクスレポートとして事業者や職員にフィードバックしています。 39. デイサービスにおいては自己評価は行われていません。		