

様式 7

## アドバイス・レポート

令和 4 年 11 月 13 日

令和 4 年 10 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた栄光サービスセンターにつきましては、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

以上

特に良かった点と  
その理由(※)

#### <組織の理念・運営方針>

組織の理念に「誠心誠意で 心温まる 介護をめざす」を掲げ、運営方針とともにホームページやパンフレット、利用者・家族等に直接手渡す重要事項説明書等の資料に明記されています。中長期計画や事業目標、単年度の事業計画は、利用者・家族等や職員の意見や要望が利用者アンケートや事業所の各種のミーティングで尊重され、職員等の総意のもとで作成されています。休憩室の設備や運営等に見られる様に、一人一人の職員が気持ちよく誇りを持って働ける職場づくりに誠心されています。独自の受診介助連絡票、同行訪問確認書、買い物リスト、連絡票などでし、利用者・家族等の最新の情報を職員間で共有し介護実践に活かしておられます。

#### <適切な介護サービスの実施>

2種のアセスメント様式を活用して利用者一人一人の心身の状況や生活状況を踏まえた上で、また時々の変化に応時したうえでアセスメントを作成し、援助計画に反映させています。「気づきレポート」を活用し、利用者の些細な変化にも迅速に対応され、理念の実現に努めておられます。

#### <地域への貢献>

事業所に隣設させた交流サロン「きらり」で地域に支えられ、地域を支える様々な活動で地域とのつながりを深めておられます。地域住民の要望を取り入れた「おひなさんづくり」「紙芝居」等のイベントを発展させ、「介護相談会」「ブックカバーや手作りカレンダーづくり」「野菜の即売会」「アクセサリー販売会」「フィットネスサロン」等の企画を次々と精力的に実施され、「きらり」での交流イベントが地域の活性化に繋がっています。また、職員とともに地域住民の健康の維持・向上を目指した地域活動新規事業「フィットネスサロン栄光」の開設を準備されています。

#### <人権の尊重>

職員一人一人を対象に「高齢者虐待に対する自己点検」をチェックシートで実施されています。毎年、理念に沿った取り組みに、身体拘束、高齢者虐待防止、接遇・ハラスメント、認知症の理解等のテーマ別職員研修を外部から講師を招聘して実施されています。職員に好評であり、学習意欲の向上に成果をあげておられます。法人作成の小冊子「マナーの心得」を職員全員が所持し、利用者本位の介護実践が出来ているかどうかを常に確認しています。

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>&lt;危機管理 災害発生時の対応&gt; 災害発生時対応マニュアル、災害時フローチャート等を作成し、研修で周知されています。また、災害時の食糧等の備蓄もされていますが、地域との連携による対応策が十分とは言えません。</p> <p>&lt;第三者評価の実施と課題の明確化&gt; 法人独自の「自己点検シート」を活用し、職員一人一人が自己評価に取り組み、事業所が提供するサービスの質の向上に成果を上げておられます。法人事業に対する自己評価については、課題の明確化を図るため毎年実施することが望ましいと考えます。(3年に1度の第三者評価受診時には実施しておられます。)</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>&lt;評価の実施と課題の明確化&gt; 3年に1度、第三者評価受診時に取り組まれているシートを活用されて、行政主導の自己点検(介護保険制度)に加えて、現在提供されている介護サービスの自己評価を実施する方法があります。如何でしょうか。</p> <p>&lt;地域への貢献&gt; 防災と福祉の連携促進モデル事業として、事業所の事例4～5人の災害時プラン(福祉避難所への移送、医療の対応等)を作成しておられます。今後はこの試みを、対象者を広げ実際に地域を巻きこみ行動に移すところまで発展されることを願っています。</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)

※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	2672600216
事業所名	株式会社 栄光サービスセンター
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	令和4年10月28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. 組織の理念に「誠心誠意で 心温まる 介護をめざす」を掲げ、運営の方針とともに、ホームページやパンフレット（ページ毎に明記）、運営規程・重要事項説明書に記載し、事務室内に掲示している。また、職員の業務遂行上の指針となるよう、名札に理念を貼付し、朝礼時に唱和している。研修資料の一角に理念を載せ、理念・運営方針をテーマとした職員研修を2～3時間かけて行なっている。法人の理念・運営方針に基づいて、年度の事業計画と事業の目標を全体介護や各部署（訪問介護・居宅介護支援）ミーティング等で協議している。 2. 組織図、業務分担表に基づいて職務権限や担当、役割を明確にし、各種の会議やミーティング（全体・担当長・各部署職員等）で職員の総意のもとで意思決定を行っている。職員の意思を反映していることが議事録で確認できる。		
<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. 役職者（係長以上の職員）策定の中長期計画（2019—2029）を踏まえ、各部署の単年度事業計画「温かいサービスを提供する」を職員総意のもとで策定し、併せて職員一人一人の目標「45項目」をチェックシートに定めている。計画と目標を年度末に評価し、結果を次年度に反映させている。きょうと福祉人材育成認証制度を取得し、新規事業（保険外事業）を立ち上げ、人材確保・職員研修などで成果をあげている。計画策定に当たっては職員だけでなく、利用者アンケート等の結果等も反映させ、職員及び利用者の意向を汲み取っている。 4. 担当者会議や各部署、全体ミーティング等で業務レベルにおける課題（年度目標）を策定している。半年毎に研修報告書の「年度の目標の振り返り」で職員の意向を確認し、各部署全体で課題の達成に取り組んでいる。		

(3) 管理者の責任とリーダーシップ計画の策定

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	A
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. 管理者が外部の研修会に参加し、全職員（登録ヘルパーを含む）を対象に伝達研修を実施している。職員研修では各種の法定研修を行っている。特に職員一人一人を対象に「高齢者虐待に対する自己点検」をチェックシートを使って実施している。行政主導の自主点検を職員全員で3か月かけて行い法令遵守の意識化を図っている。全職員に配置のパソコンに第一法規（法規書出版）の電子版を組み込み、各自が必要に応じて確認することができる体制となっている。</p> <p>6. 事務分掌、職務権限規程に基づき、経営責任者は各種の会議やミーティングに参画し、職員の意向を事業の経営や運営に反映させている。賞与支給時に一人一人の職員と面談を行い、また、自らも同じシートを使い、職員から評価を受けている。経営責任者が直接、顧問（公認会計士・社会保険労務士・行政書士）から評価を受け、事業の運営をリードしている。職員ヒアリングで、職場が自由に発言できる環境であること、経営責任者が職員から信頼を得ていること等が伺えた。</p> <p>7. 毎月、経営者は顧問（公認会計士・社会保険労務士・行政書士）から事業の運営に関する指導と助言を得ることで事業運営の状況を的確に把握している。緊急時連絡網をもとに、24時間体制で職員に具体的な指示を行い、不在時には代行者を置き、緊急時に対応できる様にしている。日常の業務については、業務日誌や各種の報告書、連絡ノート（黄色のワーカー日誌）等で把握している。</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. 職員は有資格者優先で採用しているが、無資格者や未経験者に対しては、採用後に個人の力量に応じて研修（内部・外部）と同行訪問（OJT）で教育・育成し、資格取得のための支援（介護福祉士受験対策講座・助成金の支給）等で質の高いサービスを提供できる人材確保に努めている。 9. 階層別（初任者・現任者）の研修計画と個別研修計画を策定している。月に1回、外部の専門講師を招聘し、テーマ別（人権擁護・感染症対策・認知症・メンタルヘルス・接遇・チームワーク・リスクマネジメント）研修を行っている。職員の学習意欲を向上、必要な知識と技能の習得によりサービスの質の向上に成果をあげている。法人作成の小冊子「マナーの心得」を全職員が携帯している。新任者については、職員研修カリキュラムに沿って、20～30日、職員一人に指導担当者5人体制で関わっている。 10. 実習受け入れマニュアルを策定している。今年はまだ実習生の受け入れ実績はないが、病院からの打診（訪問看護師受け入れ）に応じる体制を整えている。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 職員の有給休暇、超過勤務時間の実態をタイムカードと有給管理簿で管理し、業務の効率化を図り超過勤務が生じないように努めている。職員の介護負担軽減のため、スライディングシートを常備している。社内の福利厚生制度の一つに接骨院と提携し、治療費等の助成を行っている。法人が主催する茶話会や忘年会で職員の親睦を図っている。 12. 就業規則にハラスメントに関する規定を明記し、職員が上司に苦情を訴えたり相談が出来る体制となっている。事業所内に仕事を離れてリラックスできる専用の休憩室を設けている。職員が終業後に集まり、情報交換をしている。職員のメンタルヘルスについては、外部の専門家（クリニック）を紹介し、職員は研修（外部講師を招聘）で自己のストレス解消・メンタルヘルスの維持・向上等について学んでいる。		
<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. 法人のホームページや事業所の広報誌、SNS、地方誌「ラサンカ」、市役所の電光板等で事業所の情報を地域に開示している。事業所の別棟に地域交流サロン「きらり」で開催（年4～5回）の地域交流イベント情報を地域に広報している。 14. 地域交流サロン「きらり」では、「介護相談会」「フィットネスサロン」「手作りのブックカバーやカレンダーづくり」「野菜の即売会」「アクセサリ販売会」等の地域を巻き込んだイベントに広げている。新たな事業として「フィットネスサロン栄光」開設の準備中である。		

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・重要事項説明書・パンフレット・地方誌「ラサンカ」・地域交流サロン「きらり」のイベント等で事業所の情報を地域に提供している。事業所サービスの利用の問い合わせは電話や直接訪問する等に対応し、利用希望の来所者には、事業所内相談室で相談に応じている。法人は家政婦派遣事業を開業し、自費サービスを受け付け、介護保険外のサービスに対応している。			
<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. 重要事項説明書やパンフレット等で説明し、契約締結時に署名捺印をもらっている。成年後見制度の利用については、活用を推進するとともに、活用を希望する利用者には地域包括支援センターや併設の居宅支援事業所に対応している。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. アセスメントは介護ソフトと全社協の様式を活用している。初回利用時、目標やサービス内容の変更時、更新時に実施している。多職種参加の担当者会議で得た利用者の心身の状態を個別援助計画（ケアプラン）に反映させている。 18. 介護支援専門員の居宅サービス計画書に基づいて作成した「訪問介護サービス個別援助計画」を本人・家族に同意の上で交付している。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、モニタリング訪問時に確認している。 19. サービス担当者会議に出席し、ケアマネジャー、主治医（意見照会を含む）、他のサービス事業所から得た情報を個別援助計画に反映している。 20. 月1回、モニタリングを実施し、その都度、ケアマネジャーに報告している。モニタリング情報を基に個別援助計画の見直しを運営基準に基づいて3か月毎に行っている。見直しの結果は「評価票」に記録している。「気づきレポート」を職員間で共有し、利用者の些細な変化にも対応している。			

(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. 医師、訪問看護、地域包括支援センター等と連携している。医療機関の情報は、医療情報提供書や退院前カンファレンスで入手している。他に、他の事業所のパンフレットや資料を整備し支援の継続につなげている。		
(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	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. 年度始めに各種の業務マニュアルの内容確認を各部署のミーティングで行い、マニュアルの見直しや改善を行い、実用的なものにしている。マニュアルの変更履歴で確認できた。 23. サービスの経過を日誌と経過記録に記録している。利用者の記録の管理（保管・保存・廃棄）を業務マニュアルに明記している。持ち出しについてはハードディスクにセキュリティをかけ禁止している。 23. 個人情報の保護と開示については職員研修「法定研修」で周知している。 24. 職員は、利用者・家族等の情報を各部署のミーティングや日誌、連絡ノート、伝言メモ、ケアカンファレンス等で共有している。 25. 毎月のモニタリング訪問や連絡ノート、「気づきレポート」、担当者会議等で家族・本人等の意向を聴き取り、サービス提供に本人・家族の意向を反映している。		
(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. 感染症マニュアルを作成し見直しを年度初めに行い、職員研修で外部の講師を招聘し、感染症法に基づく感染症予防・食中毒について実技を兼ねて学んでいる。 27. 毎日、職員が事務所の整理整頓を行っており、整理整頓が行き届いている。毎日職員が訪問時に持参する衛生材料を常時整備している。		



(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)		<p>28. 事故・緊急時対応マニュアルを整備し、毎年、各部署で見直しを行っている。職員は研修（リスクマネジメント）で事故発生と再発防止について学んでいる。消防署の協力でAED使用や救急蘇生法の実施訓練を行っている。緊急連絡網（黄色カード）を個人ファイルに貼付し、また、居宅に掲示し初動を促している。利用者に賠償すべき事故が発生した場合は損害賠償を速やかに行うことを重要事項説明書に明記している。</p> <p>29. 事故とヒヤリハットの区別が難しいことから、事故の発生・再発予防対策に「気づきレポート」を活用している。日常の些細なことでも注意喚起を促すことで事故を未然に防いでいる。今のところ事故は発生していない。</p> <p>30. 災害発生時対応マニュアル、災害時フローチャートを作成し、毎年見直しを行っている。「福知山市総合防災ハザードマップ」と備蓄（3日分）を用意している。事例4～5人の災害時プラン（福祉避難所への移送や医療の対応等を盛り込んだ）を作成している。地域との連携については居住地や利用者の状況によっては、事業所が提供するハード・ソフト両面に限界がある。平成30年8月23日台風による水害を経験している。この経験を活かした地域との共同訓練等が実施されていない。</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)		<p>31. 32. 年1回利用者アンケートを実施し、利用者や家族等の希望や意見、苦情等の対応について利用者等に総評でフィードバックしている。身体拘束、高齢者虐待防止、接遇・ハラスメント、認知症の理解等のテーマ別職員研修を各2~3時間、外部講師を招聘して実施している。同行訪問やチームケアを行うことで、サービス提供者による身体拘束や虐待などの不適切ケアの防止に努めている。また、利用者側に虐待事例を発見した場合は、速やかに関係機関に連絡する旨を職員に周知している。利用者のプライバシー保護についてはマニュアルに明記するとともに入職者全員に誓約書を交わし、研修で周知している。</p> <p>33. 連絡ノートに新規の利用申し込み者を記載している。決定は公平・公正に行い、利用を受け入れられない時は理由を口頭で説明している。</p>		
<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	A
		(評価機関コメント)		<p>34. 月1回のモニタリング訪問で利用者の意向を聴き取り、個人ファイルの経過記録に記載している。年1回実施の利用者アンケートの結果を分析・評価(回答をグラフ化)し、総評で利用者へ回答(内容と対策)している。全職員が閲覧でき、利用者と職員が共有している。40人の利用者・家族等の回答率75%である。</p> <p>35. 利用者の意向を「苦情記録簿」と利用者一人一人の「経過記録」に記録し、迅速に対応している。対応後の振り返りも行っている。</p> <p>36. 苦情対応マニュアルを整備している。また、利用者が相談や苦情を訴えることが出来るように、苦情申し立て窓口を第三者、公的機関、法人及び事業所に設置している。重要事項説明書に明記し利用者・家族等に周知している。</p>		
<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	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。	A	B
		(評価機関コメント)		<p>37. 年1回、利用者アンケートを実施し、各部署ミーティングで分析・検討している。結果をグラフ化し利用者へ書面「アンケート結果報告」で周知している。</p> <p>38. サービスの質向上に対する検討会議を定例の各種ミーティング(ヘルパー、各部署、担当、全体)で行い議事録に記録し、職員間で共有している。半期・年度末に振り返り、次年度につなげている。</p> <p>39. 3年に1回、第三者評価の受診結果を事業全体の改善に活かしている。法人独自の「自己点検シート」を活用し、また、職員一人一人の自己評価を行い、事業所と職員の質の向上に取り組んでいる。法人事業の自主点検は行政主導のもとで年1回実施公開している。重要事項説明書に第三者評価の受審に関する事項を明記している。法人事業の自己評価については、3年に1度の第三者評価受診時に実施しているが、毎年行っていない。</p>		