

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 25 年 3 月 29 日

平成 25 年 2 月 18 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた  
 (福) 京都福祉サービス協会本能事務所につきましては、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><u>I－(2)通番4 業務レベルにおける課題の設定</u>        職員アンケートにより、苦手である「医療との連携」について地区医師会主催の研修に参加する等、地域の医療関係者との顔の見える関係をつくり、苦手を克服する具体的な取り組みや迅速な対応をモットーとされている点が高く評価できます。</p> <p><u>III－(5)サービスの提供</u>        「くらしに笑顔と安心を」の理念のもと、利用者の気持ちに寄り添えるサービスをめざし、サービスの質を一定水準に保つため、各種業務マニュアルや業務管理をすすめるチェックシート、毎朝の申し送り会議やチーム会議による利用者状況の共有、事例検討、月1回ケアプラン点検など、職員一人ひとりをサポートするチーム体制が組織的に整っている点は高く評価できるところです。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><u>II－(3)地域との交流</u>        事業所独自の地域への情報公開や地域住民の具体的なニーズの把握ができておりませんでした。</p> <p><u>III－(6)衛生管理</u>        感染対策マニュアルは具備されておりますが、研修が実施されておりました。</p> <p><u>III－(7) 危機管理</u>        災害が発生したときの対応について地域との連携を意識した訓練が実施されておりました。</p> <p><u>IV－(2)通番34意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</u>        意見・要望・苦情等についての改善状況について公開する仕組みがありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><u>II－(3)地域との交流</u></p> <p>併施設である特別養護老人ホーム本館との協働により、地域への関わりを検討し、身近な存在として、相談会や講習会の開催等出来ることから始めてはいかがでしょうか。</p>
	<p><u>III－(6)衛生管理及び(7)危機管理</u></p> <p>災害発生時には事業所のある建物には、同法人が経営する施設のほか、自治会館、消防団の詰所など、地域住民にとっても拠点施設としての役割が期待されます。</p> <p>感染対策について危機管理同様研修を行い、職員個々が実践できるよう心掛けてください。</p> <p>また、立地を活かした災害時のマニュアルや体制づくりを意識的にすすめられてはいかがでしょうか。</p>
	<p><u>IV－(2)通番34意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</u></p> <p>日常より利用者個々の意向を把握されサービスへフィードバックされておりますが、取組の状況を公表する仕組みについてこの機会にご検討される事をお勧めいたします。</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	2670300041
事業所名	社会福祉法人京都福祉サービス協会本能事務所
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援事業
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問介護
訪問調査実施日	平成25年3月12日
評価機関名	(社)京都府介護支援専門員協会

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。	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)		法人の取組は理念から一貫して事務所のスローガンや取組課題まで文書化され、周知され職員の役割や責任分担、意思決定の流れ、会議のあり方について明文化され、運用されています。			
<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)		2012年度の本能事務所の年間スローガンをScrum (Service Commit Respect Unit Medical) とし、職員アンケートにより、苦手である「医療との連携」について積極的研修（中京区医療と介護の連携ネットワーク）を開催（2回）し、医師会主催の研修に参加し、顔の見える関係を実施する等、苦手を克服する具体的な取り組みをされています。			
<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)		介護支援専門員の運営基準に関わるチェックシートを作成し、担当者・責任者で確認されています。また、事務所会議を主とした現場の意見を集約するシステムが実践されています。			

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
<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)		原則研修費用は法人負担とし、積極的に人材育成に注力されており、採用時の3ヶ月研修、プリセプターシップ制度の導入、3年目、5年目研修や独自の制度（外部研修2/3費用負担）の導入により、スタッフ個人の自己啓発意欲を高める努力をされています。		
<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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		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)		有給消化率25%、毎水ノー残業デーの実施、ハッピー休暇5日間他、厚生会では親睦会や日帰り旅行の実施等労働環境へ配慮しておられます。また、休憩室にはソファベッドを設置し、リラックスする環境を整えられています。		
<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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		事業所独自の地域への情報公開や地域住民の具体的なニーズの把握が出来ておりませんでした。法人全体として利用者や関係団体に機関誌「きょうほのぼの」を年4回配布、地域との交流については、併設施設である特別養護老人ホーム本能等のカフェ等を共同開催するなどの取り組みを実践をされています。		

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
<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)		ホームページ、パンフレット、機関誌「きょうほのぼの」の発行などで利用者や関係団体等に情報提供が行われています。		

(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)		重要事項説明書、契約書において、説明され同意が得られています。判断能力に支障のある方に対しては、包括支援センターや行政等と連携し、成年後見制度の利用につなげています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		独自のアセスメントシートを活用しアセスメントが行われ、利用者本人、家族の意向を確認し、サービス担当者会議で専門職からの意見も聞いた上でケアプランが作成されています。毎月のモニタリングも行われています。チェックシートが効果的に活用されています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		精神疾患のある本人の事例から具体的な支援事例を聞かせていただき、医療機関や介護サービス事業所との連携を意識的に行っているところを確認しました。ケアマネタイムリストも活用し、医療との連携が行われています。		
(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、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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		各種業務マニュアルが整備され、1年に1回以上の見直しが行われています。チームでケアプランの点検や毎朝利用者状況の共有を行うなど、チームによる支援体制が構築されています。またチェックシートの活用による業務管理、統括責任者との同行訪問など管理、支持体制も工夫されています。		

<b>(6)衛生管理</b>					
	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。	A	A
	(評価機関コメント)		事務所内は明るい雰囲気、整理・整頓がされています。空気清浄機や加湿器も設置され、環境整備に配慮されています。感染症対策等については、マニュアルが作成され、訪問介護員に対する研修は行われていますが、ケアマネジャーに対する研修が不十分とのことでした。		
<b>(7)危機管理</b>					
	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。	B	B
	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
	(評価機関コメント)		「緊急・事故対応マニュアル」「緊急災害時行動マニュアル」が作成され、施設と合同で防災訓練を行っていますが災害時の地域との連携マニュアルがありませんでした。事故の再発防止については、リスク管理委員会で事故事例の分析や防止策を検討されています。「ヒヤリハット事例集」は工夫されている取り組みの一つです。		

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
<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	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。	A	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。	B	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)		利用者アンケートを毎年実施され、サービス実施にあたって利用者の声に向き合い、サービスの質の向上に努めています。虐待やプライバシーに関する研修も計画的に取り組み、新規の相談依頼に対しては全て受ける姿勢で取り組んでおられます。			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	A	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)		利用者アンケートを毎年実施され、相談窓口は重要事項説明書などで契約時に案内がされています。第三者委員会を設置され、相談しやすいように配慮されていますが、受付けた苦情を公開する仕組みがありませんでした。			

(3)質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	36	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	A	A
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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		サービス向上委員会、高度ケア普及委員会といった委員会に委員を選出し、その検討された事項を事務所会議（各部門の責任者）から個々のメンバーへの周知が図られています。また、内部評価による点検や第三者評価も毎年受診し質の向上に向けた積極的な姿勢がうかがえます。		