

様式 7

アドバイス・レポート

平成 26 年 1 2 月 1 7 日

平成 26 年 1 1 月 2 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都福祉サービス協会 西京事務所）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><人材の確保・育成及び質の向上体制> 法人本部に研修指導担当看護師を配置。サービス向上委員会において「医療的ケア、ターミナルケア」について研修・検討を重ね、医療ニーズの高い方への対応が充実しています。</p> <p><適切な介護サービスの実施> 関係機関との積極的な連携の中、胃ろう、ターミナル、ALS など難病の方を含め、医療ニーズの高い利用者の受入れをされており、ケアマネジメントの一連の流れもスピード感もあり、質も高い。また職員間の情報の共有も積極的に取り組まれており、利用者や家族が安心して相談できる体制が構築されています。</p> <p><災害発生時の対応> 台風接近に伴う対応についてや防災・風水害・震災マニュアルが整備されている。また防災備蓄品、AEDの設置など地域を意識した対応をされています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><地域への情報公開及び貢献> 地域への情報の広報や地域住民に対する相談事業等の活動が行われていませんでした。</p> <p><管理者等の責任とリーダーシップ> 定期的に管理者自ら評価する仕組みが確認できませんでした。</p> <p><実習生の受け入れ> 実習指導者に対する研修などを実施していることが確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス

<地域への情報公開及び貢献>

法人本部が実施している市民公開講座などを参考に事業所として物理的に恵まれた環境を生かし地域に開放されてははいかがでしょうか。

<管理者等の責任とリーダーシップ>

上司評価の工夫として、職員アンケートや人事考課への項目追加や、法人本部より各事業所に足を運び現場の声を職員から聞く機会や各事業所長による本部の評価を行う等の評価を行う仕組みを構築されることを期待します。

<実習生の受け入れ>

実習指導者としての研修を受け入れて今後積極的に実習指導の受け入れをされることをお勧めいたします。

※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	2674000795
事業所名	社会福祉法人京都福祉サービス協会西京事務所
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問介護、介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成26年11月26日
評価機関名	京都府介護支援専門員会

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)		毎週火曜日の朝礼時に理念の唱和を実施され、年度初めには、全体研修にて「中期計画」「年度方針」「会議マナー」等の周知と確認をされています。			
(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。	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)		2014年から5年間の中期計画を策定されており、年度ごとに居宅部門の基本方針に基づき、半期毎に全体総括を行い、事業所全体では、四半期毎に総括をする仕組みが定着しています。			
(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	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)		7月に自主点検を実施され、把握すべき法令については、2014.6.18付「コンプライアンスについての一覧」により網羅し、個別の留意点についてコメントを付して全員に周知されました。上司評価の方法については、仕組みが確認できませんでした。			

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
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)		介護支援専門員の採用については、採用及び配置換えが半々で、受験対策講座については法人全体で「互学共育」の人事理念の下、実施されています。法人独自制度の研修費の援助などを行い、自主的な資質向上による支援を行っています。2009年からは法人本部に看護師を4名専任配置し、医療的ケアを積極的に取り組まれています。		
(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、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)		毎週水曜日がノー残業デーとなっており、残業時間の状況は一覧表で把握できる。ストレス解消やメンタルヘルスなどの相談体制は、法人全体でOB職員を活用して、業務上の悩みの把握されています。		
(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。	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)		機関紙「きょうほのぼの」を発行されていましたが、地域への情報の広報や地域住民に対する相談事業等の活動が実施出来ておりませんでした。事業所として地域で顔の見える関係を作るため、地域の掃き掃除などを通して、交流をされています。		

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
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)		ホームページやパンフレットを活用して必要な情報を提供されています。			
(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)		契約書説明マニュアルに基づき、契約書の説明、締結の説明内容を統一されています。また社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携し、成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用しており、その仕組みが整備されています。			
(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)		アセスメントから課題分析を行い、毎月のモニタリングで本人や家族から聞き取りを行っています。サービス担当者会議では、ケアマネタイムを活用し、主治医との連絡や各関係機関と連絡調整されています。また看取りの方などは、ほぼ毎日訪問し、状態の変化など把握されています。またアセスメントシートについて、事業所から疑問を持ち取り組んでおられます。			
(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)		「すこやか進行中」「エリアマップ」「行政区内医療機関リスト」などで関係機関情報を把握されています。利用者の入退院時は入院状況や退院情報を積極的に連携を図り、把握に努めています。また困難事例などは地域包括支援センターと連携を図っています。			

(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)		職種ごとの業務マニュアルを整備し、社内ネットワークでいつでも閲覧できるようになっています。経過記録はパソコンに入力されています。また利用者ごとのファイルは鍵付きのキャビネットに保管されています。職員間の情報共有は、毎朝のミーティング、申し送りノート、チーム会議などで行い、担当ケアマネジャーが不在時でも対応できる体制が整っています。		
(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、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。	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)		事業所内に5S運動の啓発のための掲示がされ、整理整頓がされており、清掃も行きとどいており衛生管理が徹底されています。感染症マニュアルが整備されており、食中毒・感染予防研修には全職員が参加されています。又予防衣や使い捨て手袋など常備され必要に応じ利用者宅に備え付けるなど個別対応が行われています。		
(7)危機管理				
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。	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	A
(評価機関コメント)		緊急時対応マニュアルが整備されており、リスクマネージャーによる学習会や安全衛生委員会による労災事故や交通事故を把握し、ケーススタディを通じて予防に努めています。緊急時災害行動マニュアルが整備され、事業所内にAEDの設置や防災備蓄品（担架、ランタン、カセットコンロなど）が整備されています。また、地域との連携を意識した台風接近に伴う対応についてのマニュアルが作成はされていました。		

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)		個人情報とプライバシーの研修については、日常的な注意喚起を行う視点から、FAXの使用は最小限にする。郵便・FAXのシュレッダー処理の徹底等、具体的な内容に踏み込んだ研修を実施されています。		
(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	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)		2013年4月に改定された「苦情・クレーム対応マニュアル」に基づき、記録され、他事業所の受付内容も閲覧できるように管理されておりました。また、第三者の相談窓口を設け、第三者委員会を設置し、組織の運営の透明化を図る取組をされています。		
(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	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	A
		(評価機関コメント)		サービス向上委員会において、質の向上について検討し、今年度は①医療的ケア、ターミナルケア②認知症ケア、精神障害ケアをテーマに定期的に検討する体制がとられています。前回は平成25年度に訪問介護にて受診されています。		