

アドバイス・レポート

平成 27 年 2 月 13 日

平成 26 年 9 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人 京都福祉サービス協会 京都福祉サービス協会伏見事務所 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>(通番 3 事業計画の策定) 5 カ年の中期計画が策定され、それに基づく部門全体の計画、事業所の計画が作成され、計画的に実行されています。また、全利用者に対してアンケートを行い、課題の明確化と具体的対応について検討を行っています。また、関係事業所に対するアンケートも実施し、事業運営に反映させています。</p> <p>(通番 19 専門家等に対する意見照会) 計画の策定にあたっては、サービス担当者会議を開催して、本人および家族の同席をしてもらうとともに医師や看護師など専門家の意見を反映させています。とりわけ、医療ニーズのある利用者については情報提供だけでなく、会議への参加などを位置づけ、医療との連携を意識されています。</p> <p>(通番 38 質の向上に対する検討体制) 「ケアマネジメント向上委員会」「高度ケア普及委員会」等を組織して、検討を行うとともに、必要に応じて研修会を開催して介護技術の向上を目指しています。また、他の都道府県の事業所と毎年、交換研修を行っています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>※質の高い取り組みをされており、改善点ではありませんが、アドバイスとして付記させていただきます。</p> <p>災害発生時の対応として、消防署との連携により消火訓練や災害弱者に対する支援についての研修は行われていましたが、地域との連携による訓練が実施されていませんでした。</p> <p>今後、ますます地域に根ざした事業所として特色を出していくために、地域住民等に働きかけていくことをされてはいかがでしょうか。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>京都福祉サービス協会伏見事務所は、平成19年に伏見区大宮町で開始された、社会福祉法人京都福祉サービス協会が運営する施設です。260人のヘルパーを抱える大規模な訪問介護事業所で居宅介護支援事業所を併設し一体的に取り組んでいます。</p> <p>法人理念として「暮らしに笑顔と安心を」を掲げ、夜間対応型訪問介護事業やほのぼのサービス（介護保険適用外サービス）など利用者の生活を支える質の高いサービスを提供されています。</p> <p>また、事務所として「成長と貢献。地域にトライ！」をスローガンに、訪問介護を2部門、居宅介護支援部門に分け、事務所会議やチーム会議を数回に分け、職員間の共有を徹底するなどきめ細かな事業運営を行っています。</p> <p>第三者評価に対しては真摯に取り組まれており、毎年、必ず受診し、現場の中に第三者評価を活かし改善につなげていく取り組みは高く評価できます。また、「互学共育」を人事理念として医療的ケアをはじめとする研修体型の整備、全利用者へのアンケートや関係機関へのアンケートを実施したり、法人間の事業所で相互評価を行うなど質の向上に向けた取り組みもしっかりとされていました。</p> <p>施設長は常に現場を把握されており、介護支援専門員やヘルパー等、職員とのコミュニケーションも良好で好感がもてました。今後も職員間で意見交換しながら、利用者が地域で安心して暮らし続けていけるようより良い環境整備や介護サービスの提供、地域との連携を追及して頂きたいと思います。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670900097
事業所名	京都福祉サービス協会伏見事務所
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、介護予防支援
訪問調査実施日	2014年12月12日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)理念及び運営方針は所内に掲示されており、ホームページや広報紙にも掲載している。毎月ヘルパー会議にて確認し、参加できなかった職員には個別に対応している。朝礼にて、事業所スローガンを唱和している。機関誌「きょうほのぼの」にて事業計画、方針を記載し、利用者への周知を行っている。 2)居宅部門の管理者が出席する事業運営会議等での協議内容について事務所会議、チーム会議で周知するとともにフィードバックもしている。また、課題に応じて各事業所の職員が参加するプロジェクトチームを組織し、現場の意見を反映できる体制が整備されている。		
(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)		3)5か年の中期経営計画(2014~2018)が策定されている。それに基づき部門全体の計画、事業所の計画が作成され、計画的に実行されている。全利用者に対してアンケートを行い、課題の明確化と具体的対応について検討を行っている。また、関係事業所に対するアンケートも実施し運営に反映させている。 4)居宅部門、事業所、チームの目標を設定している。また、アンケート等から導かれた課題について各職員からも意見を取り入れ、具体的な計画として反映させている。課業一覧を作成するとともに職員個人の年間目標と研修計画が策定されている。		
(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	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)		5)毎年、「自主点検表」「内部評価」による点検作業を行っている。関係法令については、リスト化され随時、職員が確認できるようにされている。毎年三月にヘルパー全員に対して法令遵守・倫理研修を行っている。 6)「社会福祉法人京都福祉サービス協会事務分掌、専決及び文書・行員の管理に関する規則」を定め、職務の役割を明確化している。管理者が全職員のヒヤリングを実施しており、自身の信頼についても確認を行っている。 7)携帯電話で常に連絡が取れる体制をとっている。緊急連絡網も整備されている。案件によっては本部にも連絡が取れるようになっている。		

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 人事理念「互学共育」【人を育てる人材を育てる】を定めている。資格取得に対する費用補助、介護支援専門員、介護福祉士受験対策講座を職場内で行っている。合格者お祝い会も実施している。法人本部にて人材開発部が設けられており、研修に関する情報を集中させている。 9) キャリアパス研修を体系化し、職員個々の職域にあわせた研修を実施している。個々人の研修履歴についても把握している。新人職員にはプリセプター研修を体系化して実施している。研修後の報告を確実にしている。 10) 実習指導マニュアルが整備されている。介護初任者研修の実習生や介護福祉士実習生の受け入れなど積極的に行っている。実習指導者に対する内部研修も行っている。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇の取得率については、本部が管理している。ノー残業デイ、ハッピー休暇を設けている。本部にサポート職員が待機しており、急な職員の休暇についても対応できるシステムがある。育児休暇が適切に運用されている。ヘルパー職員に腰痛予防ベルトを配布している。「行動計画」にライフワークバランスを明記している。 12) 量の休憩所にて、休憩できる部屋を設けている。事業所として年2回のメンタルヘルス研修を行っている。また、法人にて保健師と産業医を配置し、メンタル面も含めた健康対策を行っている。「ハラスメント防止に関する指針」を策定している。本部に「ヘルパー110番」を設けている。		
(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) 機関誌「きょうほのぼの」を発行して関係機関等に配布している。ホームページにも掲載している。情報の公表制度について受付カウンターに掲示して周知を図っている。 14) 認知症サポーター養成講座を中学生対象に実施している。市民向け講座の実施するとともに「こども110番」の窓口となっている。		

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
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、広報紙を作成している。また、地域の社会資源情報(カタログやパンフレット)を整備するとともにサービスの内容をわかりやすく掲載した「ご利用のしおり」を作成し、利用者の説明に役立てている。		
(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) 契約時に契約書と重要事項説明書にてサービス提供内容や料金に対して利用者、家族に説明し同意をえている。成年後見人制度、日常生活自立支援事業を利用されている方についての対応も適切に行っている。		

(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で家族や本人から聞き取りを行っている。身体や生活状況を把握し情報を共有している。サービスの変更、追加の際には必ずアセスメントを実施している。アセスメントについては業務マニュアル・チェック表に基づき適時実施している。 18) サービス担当者会議は必ず利用者に出席してもらっている。遠方の家族であっても会議への参加を促している。家族以外の近隣の方にも依頼することがある。 19) 計画の策定にあたっては、サービス担当者会議を開催し、専門職からの意見を反映させている。医療ニーズのある利用者には情報提供だけでなく、医師をはじめとした医療関係者の会議への参加など医療との連携には意識をしている。 20) 業務マニュアルを整備し、毎月のモニタリング訪問、モニタリング票への記録、必要に応じた計画の変更など適切に対応している。		
(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) アセスメントの際に主治医やかかりつけ医を確認している。また、日常的には連絡帳を使い関係者間で情報共有を行っている。入退院時には、病院関係者と情報共有を図っている。		
(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) 各種業務マニュアルは整備されており、PCにてすべての職員がみることができる。毎年、OM会議にて見直しや確認をしている。また、金銭管理マニュアルは実例をもとに改定された。 23) 個人情報保護規定の中に情報開示について明示されるとともに、契約書にも明示している。個人情報に関する執務基準を明示し研修もしている。個人記録については事務所内のキャビネットに鍵をかけて保管している。 24) 朝の申し送り、週1回のチーム会議にて利用者の情報の共有を図っている。 25) アセスメント実施時やモニタリング訪問等には家族にも同席してもらいケアプランに反映している。日常的には電話、ファックス、連絡帳にて情報交換を行っている。		
(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) 感染症の予防や対策はマニュアルをもとに研修会を行うとともにグッズ(使い捨て手袋、マスク等)の整備を行っている。インフルエンザの予防接種は法人として費用の補助を行っている。二次感染予防についても保健師等に確認をしながら対策を取っている。 27) 日常の整理整頓等は職員が行い、事業所内の環境を整えている。週1回、外部委託による清掃を行っている。		

(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	A
(評価機関コメント)		28) 消防訓練、AEDの訓練などを消防署との連携の下、実施している。災害時の対応については個別対応の想定を行っている。損害保険にも加入している。 29) ひやりはっと、事故報告書を収集し原因の分析を行った後、対応策を講じている。個人情報の流失等の事故についても対応マニュアルを整備している。マニュアルについては毎年見直しを行っている。 30) 災害発生時のマニュアルを整備している。また、利用者の災害時の対応リストを作成している。今後、地域連携を意識した取り組みが考えられている。		

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

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) 虐待防止マニュアルを整備している。ヘルパー会議にて虐待防止や職業倫理の研修を実施しているほか、ケアマネージャーチーム会議にて虐待防止に関する伝達研修を実施している。職員は「必携 訪問介護ハンドブック」を携帯している。 32) 毎年「職員・ヘルパー綱領」に沿った具体的な人権研修を実施しているとともに「職業倫理チェックシート」による確認をヘルパー会議にて全員に実施している。 33) 今まで断ったことはなく、困難ケースについても積極的に対応している。医療的ケア等対応マニュアルを整備し、医療ニーズの高い利用者についても受け入れを行っている。		
(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ご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) 利用者アンケートを年に1度実施し、ホームページや広報誌に公表している。法人で5名の第三者委員を置くとともに専用電話を設置している。第三者委員会も開催されている。 35) 「事故/クレーム報告書」を作成し、迅速に対応している。 36) 重要事項説明書に公的機関等について明記し利用者に周知している。また、事業所内にも掲示している。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		37) 利用者アンケートを全員に実施し、内容について、分析し課題の抽出を行い、具体的対応について、事業計画に反映させている。 38) 「ケアマネジメント向上委員会」「高度ケア普及委員会」等を組織し、研修会にて介護技術の向上を目指している。他の都道府県の事業所と交換研修を行っている。 39) 毎年第三者評価を受けている。法人内の他事業所の職員がお互いに法人の内部評価を行っている。		