

アドバイス・レポート

平成27年12月28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27年9月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（西京事務所）につきまして、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>○労働環境への配慮 管理者は、職員の業務過多の有無や健康状態の把握のため「超過勤務時間状況」や「年次有給休暇取得状況」を活用して有給休暇取得を促す等、適切な労務管理を行っています。訪問介護に従事する全職員に対して腰痛ベルトを貸与したり、NO残業デーを設ける等、職員の労働環境に配慮しています。</p> <p>○アセスメントの実施 2015年4月から「アセスメント票」を一新し、IADLについて「できていること・できそうなこと」の項目を設けることで、自立支援のための目標設定が可能となっています。このアセスメント票を活用し、利用者の持っている強みに着目した介護計画を立案しています。</p> <p>○利用者満足度の向上の取組み 年1回、利用者に対する満足度調査を行っています。法人本部が調査の分析を行い「ご利用者アンケートの結果を受けて<改善と取り組み>」として集約しています。事業所は、その結果を踏まえて「事務所目標」を四半期ごとに設定しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 月1回の「情報周知」の場や目標面談でのヒアリングを通して、職員の意見集約に努めています。しかし、管理者の自らの行動が職員から信頼を得ているか等の職員による評価を行う仕組みがありません。</p> <p>○地域への情報公開 法人が定期的に発行している機関紙「きょうほのぼの」により、事業概要や運営理念の広報に努めてますが、事業所独自の活動などを地域住民に広報する仕組みがありません。</p> <p>○災害発生時の対応 職員や利用者の安否確認のため「緊急災害時行動マニュアル」や「異常気象時の対応」を整備しています。安全衛生委員会で協議し、地域住民にも活用できる防災備蓄品を少しずつ準備しています。しかし、災害発生時の地域との具体的な連携方法については確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>2012年10月に事務所を開設してから4年目を迎え、法人理念である「くらしに笑顔と安心を」を具現化するために、各職員の専門性の向上に努めています。地域に根差した事業運営を進めるために「福祉事務所に行くより近い」という来所相談者の声に応えるべく、丁寧な対応を心がけています。又、週1回事業所周辺の門掃きを継続しています。さらに事業所が地域に根差していくことを期待し、以下のとおりアドバイス申し上げます。</p> <p>○管理者は「目標管理面談」による全職員とのヒアリングを通じて、職員を評価する仕組みはありますが、職員が管理者を評価する仕組みはありません。管理者の行動評価を行うことができるシートを作成してはいかがでしょうか。評価については、法人本部で集約する若しくは、コンサルタントを導入することで、管理能力を分析し、管理者自らが見直しする機会とされることをお勧めします。</p> <p>○機関紙やホームページ等で法人の取り組みを広報する仕組みはありますが、事業所独自の取り組み等を広報していません。事業所として町内会に加入し、ヘルパー募集の案内チラシを回覧板で回覧されていることから、事業所独自の機関紙やポスターを作成し、回覧板で事業所活動や情報公表制度などについても地域住民に広報されてはいかがでしょうか。</p> <p>○安全委員会で協議をし、事業所職員や地域住民が活用できる防災備品を少しずつ準備していますが、地域住民との連携が不十分です。地域では、桂川の氾濫について不安があるということで、町内会等を通じて防災品を備えていることを地域住民に知ってもらうところから関係構築していかれてはいかがでしょうか。</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	2674000795
事業所名	西京事務所
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	平成27年11月27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. 法人の理念として「くらしに笑顔と安心を」を掲げています。年度当初の結末式や週1回の朝会での唱和を行うことで職員への浸透を図っています。 2. 組織として、理事会・事業運営会議・エリア会議・事務所会議・チーム会議等の各階層ごとの会議があり、職員の意見を吸い上げ、反映する仕組みがあります。			
(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)		3. 2014年度から5年間の「中期経営計画」を策定し、その計画を基に「2015年事務所目標」を四半期ごとに設定しています。 4. 「目標管理シート」を職員一人ひとりが作成しています。居宅部門・事務所・チームの各目標と職員個々の目標との整合性が図られています。			
(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。	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	A	
	(評価機関コメント)		5. 「コンプライアンスについてふりかえり」という関係法令集の概要版となるリストを作成しています。月1回開催する「情報周知」の場を活用して、所内で法令遵守に関する学習会を行っています。 6. 管理者と職員との面談の機会はありませんが、管理者自らの行動を職員が評価する仕組みはありません。 7. 管理者は常時携帯電話を携行しています。緊急時等には「西京事務所緊急連絡網」を活用し、電話やメールで管理者が指示する体制をとっています。			

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
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	A	
	(評価機関コメント)		8. 「互学共育」の人事理念のもと「互学共育のための7か条」を明示し、人事管理をしています。介護支援専門員や介護福祉士の資格取得に関する受験費等の補助、4事業所合同、及び法人主催の受験対策講座を受ける仕組みがあります。 9. 職員一人ひとりが「2015年度個別研修計画書」を作成し、ヘルパーキャリアパス研修や法人内研修、外部研修を通じて資質向上に努める仕組みがあります。「研修受講報告書」を作成することで、職員の気づきを促しています。 10. 「訪問介護同行訪問実習指導マニュアル」を整備し、実習受け入れの目的と基本方針を明示しています。実習指導者はコーチング研修を受講しています。			
(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、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. 安全衛生委員会を毎月開催し、職員の労働環境と安全衛生の向上や把握に努めています。訪問介護に従事する全職員に対して、腰痛バンドを貸与しています。 12. 訪問介護に従事する職員は、OB職員を活用した「ヘルパー110番」で、相談できる仕組みがあります。職員の休憩場所として、和室の休憩室やフリースペースがあり、リラックスできる環境が整っています。			
(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	A	
	(評価機関コメント)		13. 機関紙やホームページはありますが、事業所独自の取り組みを広報するための具体的な取り組みが確認できませんでした。 14. 法人の企画であるスキルアップ公開講座に対して、事業所としてスタッフや公開講座の参加の呼びかけを行う等の協力をしています。地域ケア会議に積極的に参加して地域連携を図る等、事業所が有する機能を還元しています。			

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)		15. ホームページやパンフレット等により事業所の情報提供を行っています。又、パンフレットにイラストを入れたり文字を大きくする等工夫しています。電話や来所による新規相談が入った場合には、「新規受理簿」に内容を記録しています。			
(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)		16. 重要事項説明書により、保険内サービス・保険外サービスの内容や料金について説明し、利用者に同意を得ています。サービス提供している利用者の判断能力が低下してきた場合には、ケアマネジャーと連携を図り、成年後見制度や日常生活自立支援事業につなげる等、利用者の権利擁護に取り組んでいます。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		17. 「アセスメント票」を用いて利用者の状況をアセスメントし、個別援助計画を立てています。又、必要に応じて再アセスメントを行っています。 18. アセスメントを基に、利用者の意向を踏まえた個別援助計画の策定に努めています。 19. 居宅サービス計画書と連動した個別援助計画を立てています。又、サービス担当者会議で利用者に関わる各専門家と意見交換を行い、個別援助計画に反映しています。 20. 担当ヘルパーからの日々の報告や自宅訪問等によるモニタリングを行っています。援助内容の見直しが必要な場合には、ケアマネジャー等と相談し、計画を変更しています。			
(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. 利用者の入退院時には、ケアマネジャーや医療機関と連携し、利用者の状況を把握しています。入院中の利用者のカンファレンスに参加し、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、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。	B	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. サービス提供責任者には「在宅相談員業務マニュアル」「ケアリーダーの手引き」、訪問介護従事者には「ヘルパーハンドブック」を整備しています。マニュアルは、利用者に対する年1回のアンケート調査の結果や苦情の内容を反映し、定期的に更新しています。 23. 利用者の状況や計画に基づき提供したサービス内容は、サービス提供報告書やパソコン内の経過記録に記録しています。個人情報保護に関しては「個人情報保護に係る執務基準」を定めています。 24. 「チーム会議」「サポート会議」「朝会」「終わりの会」などの場や電話・メールにより、利用者情報を職員間で共有し、意見集約を行っています。 25. 事前面接や初回サービス提供時、サービス担当者会議で家族との情報交換を行っています。		

(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、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. 「感染症対応マニュアル」を整備し、年1回更新するとともに、厚生労働省や京都市のホームページ等から最新の情報を得るようにしています。「ヘルパー会議」で研修機会を設けています。 27. 事業所内の清掃は、週2回外部業者に委託し「清掃作業予定表・実施表」により確認しています。週1回、職員が事業所周辺の門掃きを行っています。		

(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. 「緊急・事故対応マニュアル 予防と対応の実際」を整備し「情報周知」等の場で研修を行っています。又、事故・緊急時は「西京事務所緊急連絡網」を活用し、管理者が指揮命令する仕組みを作っています。 29. 「事故報告書」「派遣調整事故報告書」「ひやりはっと報告書」に内容や対応状況、手立て等を記録しています。報告内容は安全衛生委員会で集約した上で予防の啓発を行っています。 30. 職員や利用者の安否確認のため「緊急災害時行動マニュアル」「異常気象時の対応」を整備しています。又、AEDや担架を備えており、消防署との共有はできていますが地域と連携する具体的な方法は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
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)		<p>31. 「高齢者虐待防止マニュアル」を整備し、身体拘束禁止について明示しています。年1回「ヘルパー会議」で高齢者虐待と権利擁護をテーマに研修を行っています。</p> <p>32. 「ヘルパー会議」等で「プライバシーと人権について」「個人情報とプライバシー保護について」の研修を行い、職員の意識づけを図っています。</p> <p>33. 利用申込みについては、原則断らずに受け入れています。介護保険制度で対応が難しい要望については、介護保険外サービスである「ほのぼのサービス」を提案し対応しています。</p>			
(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	B	
	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. モニタリングの機会や利用者アンケートにより、利用者の意向を拾い上げています。「苦情・クレーム対応マニュアル」に基づき「相談・苦情内容記録票」に記録して、本部事業部で集約し、同法人内で閲覧できる仕組みがあります。</p> <p>35. 苦情等は「相談・苦情内容記録票」とともに「対応改善票」に記録し対応しています。利用者アンケートの結果は、機関紙「きょうほのぼの」で公表していますが、改善状況についての公開は確認できませんでした。</p> <p>36. 重要事項説明書に区役所、国民健康保険団体連合会の窓口のほか、苦情解決のための第三者委員会相談窓口を明示し、利用者との契約締結時に説明しています。</p>			
(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)		<p>37. 年1回、利用者アンケートを実施し、本部事業部で結果を集約しています。調査結果は事業所職員間で共有し、改善に向けての取り組みを事業計画に反映しています。又、実習生を受け入れた際にも、実習生に対してアンケート調査を行っています。</p> <p>38. 介護技術研修や精神障害ケア委員会に代表者が出席し、事業所内で情報共有しています。又、西京区事業所連絡会で収集した情報については随時、供覧やメールで伝達しています。</p> <p>39. 「西京事務所会議」では、第三者評価に向けた協議や結果を受けての検討を行っています。毎年、第三者評価を受診しています。</p>			