

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 12 日

平成 29 年 3 月 8 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 西七条事務所様につきましては、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>1. 理念の周知と実践</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページや所内掲示、FAX 送信票などに法人理念である「暮らしに笑顔と安心を」を明示し、また年 4 回発行の法人機関誌「きょうほのぼの」や事業所独自に月 1 回発行のヘルパー向け機関誌「下京だより」にも掲載して、利用者・家族・関係者・職員への周知が行われていました。 <p>2. 法令遵守の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関係法令集は、パソコンにてすぐに検索ができる体制がありました。倫理研修に関しては年度末に毎年開催されていました。また当該地区は、自転車通行禁止地区があるため、通行可能な道路マップなどを配布され、職員一人ひとりの法令遵守に対する意識の向上に努められていました。 <p>3. 多職種協働</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の情報を、モバイル端末を利用して医療との連携を図っておられ、体調の変化などに早急な対応がとられていました。また地域包括支援センターの勉強会に参加し連携を図っておられました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 事業所情報等の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ・パンフレット・重要事項説明書を活用し必要な情報の説明をされていました。受付表に新規に受けつけたケースの情報はありませんでしたが、外部からの問い合わせについての記録が確認できませんでした。 <p>2. アセスメントの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族及び主治医や専門職と連携を取り、所定の用紙を用いてアセスメントを実施されていましたが、定期的なアセスメントや利用者のニーズや課題を明らかにする手続きが確認できませんでした。

	<p>3. 業務マニュアルの作成</p> <p>・業務マニュアル・ヘルパーハンドブックを配布され、社内ネットワークでいつでも閲覧できる仕組みになっていましたが、見直しの基準が確認できませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 事業所情報等の提供</p> <p>・受付表には利用につながったものだけでなく訪問介護事業所に直接問い合わせがあったことすべてを記録に残すことで、問い合わせ内容が蓄積され、今後の個別の対応にその情報が活用されていくのではないのでしょうか。</p> <p>2. アセスメントの実施</p> <p>・在宅業務マニュアルの中にニーズや課題を明らかにする手順や見直しの時期などを定めることで定期的なアセスメントが実施できます。それにより利用者の状態が的確に把握された個別援助計画書となっていくのではないのでしょうか。</p> <p>3. 行務マニュアルの作成</p> <p>・業務マニュアルの見直しの基準を明確に定めることで定期的にマニュアルの見直しができます。見直し時には苦情や顧客満足度調査分析、事故防止策などの具体案が反映される機会ともなります。また見直しされたマニュアルを研修資料として活用することでサービスの質の向上に役立っていくのではないのでしょうか。</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	2670400197
事業所名	京都福祉サービス協会 西七条事務所
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)	介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成29年3月24日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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) ホームページや所内掲示、FAX送信票などに法人理念である「くらしに笑顔と安心を」を明示し、また年4回発行の法人機関誌「きょうほのぼの」や事業所独自に月1回発行のヘルパー向け機関誌「下京だより」にも掲載して、利用者・家族・関係者・職員への周知が行われていました。 2) 職員の意見が反映される仕組みの会議[(理事会・事業運営会議・エリア・事務所(各部署の担当者が出席)・サポートチーム(サービス提供責任者)]を経て、組織としての意思決定が行われていました。			
(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) 法人本部で作成される「年度居宅部門基本方針」に基づき、部門全体の計画や事業所の年間目標「思いを汲み取り、まごころある支援を」が設定されていました。また利用者や関係事業所へのアンケートを実施し、顧客満足度の把握に努め課題を把握されていました。 4) 事業所目標に沿って、全ヘルパーが「ヘルパー会議報告ノート」に各自の年間目標を記入し、年1回振り返りが行われていました。			
(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。	B	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) 関係法令集は、パソコンにてすぐに検索ができる体制がありました。法令遵守については倫理研修に組み込まれて年度末に毎年開催されていました。また当該地区は、自転車通行禁止地区があるため、通行可能な道路マップなどを配布されていました。 6) 管理者は常勤職員に対しては年1回のヒアリングを初め、週1回の業務報告にて、意見等を統括責任者に伝える機会がありました。非常勤職員に対しては、ヘルパー会議等での意見の集約が行われていましたが、管理者に対する評価・見直しの明確な方法は確認できませんでした。 7) 統括責任者が業務用携帯電話を常に所持していました。訪問介護員全員に携帯電話を貸与し、必要に応じてメールや電話での連絡が取れる仕組みがありました。		

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

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) 人事については、法人本部が管理されていました。採用後は、初任者研修修了者や訪問介護員の資格者に対しては介護福祉士、サービス提供責任者(介護福祉士)に対しては介護支援専門員の資格取得に対する講習受講料の一部負担や受験料の支援が行われていました。 9) 採用時研修については、プリセプター制度(新人の職員を先輩職員が1対1で指導や相談にのる)を導入し、3ヶ月間の研修が行われており、新人、担当者双方に気づきが促される取り組みが行われていました。3年目職員については、同一法人の事業所で研修、5年目職員は法人以外の事業所での研修なども希望により行える仕組みが作られていました。また非常勤訪問介護員に対しては、事業所主催の「レッスンなちゃん(所内学習会)」が行われていました。 10) 実習生受け入れマニュアルが整備され、実習生受け入れの際には、基本姿勢や受け入れに関する注意点を担当者と確認が行われていました。		

(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。	B	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) ハッピー休暇(5日)、時間年次有給休暇制度(40時間)など、職員の都合に合わせて取得されていました。また腰痛ベルトを全職員に貸与し、訪問介護員の腰痛予防に努めておられました。 12) 週1回の業務報告書や目標管理面談、人事異動時のヒアリング、契約更新時のヘルパーヒアリングにより業務上の悩みの把握などが行われていました。		

(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	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) 年4回発行の機関誌「きょうほのぼの」やホームページを通じて事業概要や運営理念の広報・啓発に努めておられました。 14) 「認知症安心サポーター講座」を地域にて開催し、講義や寸劇などに参加されていました。地域の中で孤立しがちな高齢の独居男性を対象とした地域貢献事業「絆亭（きずなてい）」を併設施設と共催されていました。
--	------------	---

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
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	B	
	(評価機関コメント)		15) ホームページ・パンフレット・重要事項説明書を活用し必要な情報の説明をされていました。受付表に新規に受けつけたケースの情報はありませんでしたが、問い合わせについての記録が確認できませんでした。			
(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) 契約書説明マニュアルを作成し、重要事項説明書を用いて誰もが同じ内容の説明ができるようにされ、利用者・家族・後見人から同意を得ておられました。地域包括支援センターや社会福祉協議会と連携し、成年後見制度・日常生活自立支援事業を活用する仕組みがありました。			
(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	B	
	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) 利用者や家族及び主治医や専門職と連携を取り、所定の用紙を用いてアセスメントを実施されましたが、定期的なアセスメントや利用者のニーズや課題を明らかにする手続きが確認できませんでした。 18) 利用者の希望を尊重した個別援助計画書が作成され利用者・家族の同意を得ておられました。サービス担当者会議には利用者が参加されていました。 19) サービス担当者会議で専門家の意見を集約し個別援助計画に反映されていました。看護サマリー（要約）や栄養指導書なども共有されていました。 20) 在宅相談業務マニュアルに計画を見直す時期や手順を定め、3ヵ月毎及び必要に応じて見直しを実施されていました。			

(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) 医師との連携はモバイル端末の利用して情報共有をさせていました。また地域包括支援センターの勉強会に参加し連携を図っておられました。		

(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	B
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) 業務マニュアル・ヘルパーハンドブックを配布され、社内ネットワークでいつでも閲覧できる仕組みになっていましたが、見直しの基準が確認できませんでした。 23) 個人情報の取り扱いを定め、倫理研修で職員に周知されていました。経過記録をパソコン入力に切り替えを図り事務の効率化と管理の一元化を図っておられました。 24) 毎週のチーム会議やサポート会議で情報の共有や意見交換を実施されていました。ケアカンファレンスも緊急課題解決のための開催を優先し意見集約を図っておられました。 25) サービス担当者会議や面接、初回訪問時を利用し、また連絡帳やサービス情報提供書を用いて情報交換を図っておられました。別居の家族には電話を通じて連携をとっておられました。		

(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) 感染症に対する備品（手袋・エプロン・マスク・靴カバー・スリッパ・消毒薬）を準備しており、利用者宅への訪問時に持参されていました。また年1回は必ず感染症に対する研修が行われていました。 27) 施設内は整理整頓されていました。清掃は週1回外部業者へ委託され、点検表も確実に作成されていました。		

(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	B
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) 緊急対応マニュアル・連絡網が整備され、6月には緊急対応手順の研修を実施されていました。 29) ヒヤリハットは全職員年に1回以上は提出することになっており、「ひやりはつと」事例を収集し「下京だより」で紹介されていましたが、事故報告書が再発防止のために活用されていることが確認できませんでした。 30) 災害発生時の対応マニュアルを作成されていましたが、研修・訓練は行われていませんでした。		

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)		31) 採用時研修のほか、月1回のヘルパー会議で利用者本位のサービスに対する意識づけが行われていました。 32) ヘルパー会議や「レッスンななちゃん（所内学習会）」において、プライバシーの研修の実施と啓発が行われていました。 33) 利用時の申し込みについては、営業範囲、営業時間外を除き、原則断らない方針でした。また、医療的ケア(喀痰吸引等)の研修修了者もおられ、受け入れ体制も整っていました。			
(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)		34) 法人全体で、毎年アンケートが実施されていました。また意見・苦情は事業所内で共有するほか、発生原因や予防策を検討後、法人本部に報告され、データベース化し、法人内他事務所受け付け内容も閲覧できるようになっていました。 35) クレーム対応マニュアルに沿って、適切に対応されている事例を確認しました。また、内容によっては、ヘルパー会議やチーム会議にてその内容が周知され、対応も話し合われていました。 36) 第三者の相談窓口を設置されていました。また苦情に対する報告書も準備されていました。			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	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) 年1回法人全体によるアンケートが実施され、今後の取り組み内容の検討に役立てる仕組みとなっていました。アンケートの結果は機関誌「きょうほのほの」や、ホームページ等で公表されていました。 38) サービスの改善については、法人が定めるエリアにて、その事業所代表者により協議が行われていました。 39) サービスの質の向上に向けて、法人で内部監査が実施されていました。また第三者評価については2年に1回受診されていました。			