

アドバイス・レポート

平成26年3月10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25年11月15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南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

特に良かった点とその理由 (※)	○組織の運営システムを明確に規定し、各構成員の事務分掌が細かく定められています。それに基づいてサービス責任者会議、相談員会議、チーム会議、事務所会議などを開催しています。事務所会議で話し合った内容は所長が法人全体で行う経営企画会議に持ち上げるシステムとなっています。さらに、法人各事業所の代表でサービス向上委員会（リスク管理委員会、介護技術向上委員会）、高度ケア普及委員会（医療的ケア・ターミナル班、認知症ケア・精神障害者ケア班）を開催してサービス向上のための話し合いを定期的に行っています。 ○充実した研修体制があります。常勤の新規採用職員には3か月間にステップ1～3の研修が準備され、プリセプターシップ制度で業務に慣れていけるようにしています。ケアリーダーの現任研修では、法人内の他の事業所に行くといった研修があり、相互に学び合える手法を採っています。さらに3年目、5年目と節目の研修も実施しています。登録ヘルパーには毎月のヘルパー会議で研修を実施しています。奇数月は初級と上級の2種類の研修があり、希望によって選択できる仕組みがあります。 ○利用申し込みを断ることなく受け入れをしています。医療的ニーズの高い人も受け入れ、現在喀痰吸引の必要な利用者があり研修を受けた8名のヘルパーが対応しています。併設事業所に「ナイトケアセンター南」があり、夜間対応型訪問介護のサービスを提供しています。両事業所が一体となって利用者の24時間を支えています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	○危機管理面で実践的な訓練や地域を意識した研修・訓練を実施されるのが望ましいと考えます。「緊急時災害マニュアル」はありますが、事故・緊急時・災害時ともに実践的な訓練の実施がみられませんでした。 ○意見・要望・苦情への対応についての改善状況を公開されていないので今後公開することをお勧めします。 ○アンケート調査の結果をより一層サービス向上に役立てる必要があると考えます。アンケート調査の分析していますが、その前後でサービスの改善がされたかを確認する仕組みは見当たりませんでした。

具体的なアドバイス	本事業所は、開設は平成８年ですが、その後平成２３年に改称、移転をして現在に至っています。南区全域をサービス提供の地域とし、利用者は、介護保険利用者だけでも５００名を超えます。登録ヘルパーが１６０名と大所帯であるため、エリア分けやヘルパー会議の複数回の実施など職員間の情報伝達・共有に工夫をし研修にも力を入れています。 以下の点について取り組みを進めていただければ、サービスの質の向上につながると考えますのでよろしくお願いします。 ○今年度は大雨による災害もあり、事務所管内の利用者宅も水につかるという被害が発生したとのことでした。「緊急時災害マニュアル」に基づいて有効な対応をするためには、実践的な訓練が欠かせないと考えます。また、災害時に利用者の一人一人がどのような方法で避難が可能かをアセスメントしておく必要があります。そのためには、訪問介護事業所だけでなく、居宅介護支援事業所とも連携をするとよいと思います。また、地域の資源を活用することができるよう日頃から関係づくりをしていくが重要と考えます。 ○サービスの向上のために、利用者、家族等からの意見・要望・苦情は大変参考になりますので、出された意見等については、個別に対応した後に匿名性を確保して公開していくことをお勧めします。利用者等には、公開することで意見等を出しやすい環境ができると思いますし、そうした意見等が寄せられることで課題が明らかになると思います。 ○法人全体で無作為抽出のアンケートを実施しており、全体でアンケート調査の結果の分析を行い、各事業所に返しています。ただし、本事業所では分析・研修はしていません。分析の結果とアンケートに書かれた利用者の要望について、事業所独自に分析・検証をして課題を明らかにし、サービス改善につなげていくことが重要と考えます。
------------------	---

※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)

※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	2670500038
事業所名	社会福祉法人京都福祉サービス協会 南事務所
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26年1月24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. 法人の理念は「くらしに笑顔と安心を」です。職員向け機関紙「ばあとなあ」や利用者向け機関紙「きょうほのぼの」に理念の掲載をして浸透を図っています。 2. 職務分掌を規定して職務に応じて権限を委譲し、その責任を明確にしています。各種の委員会等で職員が意見を出せ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. 長期計画は、法人全体のものとして策定し、その実現のために事務所で単年度計画を作成して実行あるものとしています。 4. 上半期総括、年間総括を行い課題の達成状況を確認しています。			
(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. 京都市の集団指導に出席をすることで情報を収集しています。パソコンを利用して法令等は誰もがすぐに検索・確認できるようにしています。 6. 管理者の事務分掌とその責任を明確にしています。管理者が職員から信頼を得ているかどうかを把握する方法は確認できません。 7. 情報は統括マネジャーに集約され、必要に応じて管理者に報告し、指示を受ける体制となっています。			

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。	A	B
		(評価機関コメント)		8. 介護福祉士取得勉強会を開催しています。給与面では資格加算があります。 9. 常勤の職員は、新任研修、3年目、5年目研修があり、外部研修についても時間内参加や交通費の支給があります。登録ヘルパーには毎月のヘルパー会議で研修を実施しています。奇数月は2種類の研修があり中堅研修が選択できます。 10. 実習生受け入れの基本姿勢をマニュアルに表記しています。実習指導者に対する研修は行っていません。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 年次休暇以外にハッピー休暇が年に5日あります。育児休業や病気休暇の職員の補充として、経験のある職員をサポート職員としてを配置しています。 12. 産業医や健康相談ができる保健師の設置はありますが、休憩室の広さが十分とはいえません。		
(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。	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. 年に1回地域交流誌「とうなん」を同法人の塔南の園と共同で発行しています。 14. 法人全体で毎年2月に市民向けの研修会を実施しています。事業所としては、「南区認知症あんしん相談の窓口」になっています。		

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
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. ホームページや事業所パンフレットで情報提供をしています。地域の社会資源紹介のための資料も備えています。		
(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. 重要事項説明書を用いて説明しています。判断能力に支障がある方は、家族や後見人等と契約をしています。		
(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. 組織として統一したアセスメント様式を使用して心身状況や生活状況を把握しています。 18. 個別援助計画には、アセスメントで把握した利用者の意向や希望を反映しています。 19. サービス担当者会議で専門家の意見を聞き、個別援助計画を作成しています。 20. 在宅相談員業務マニュアルに基づいて3ヶ月ごとに訪問して必要に応じて見直しを行っています。		
(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. 地域連携会議や退院時カンファレンスに参加し、関係機関の職員等と顔の見える関係作りに努めています。		
(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	B
		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.「ヘルパー契約ファイル」と「訪問介護ハンドブック」がすべてのヘルパーに渡されています。マニュアル等の見直しも定期的に行われ、どこを見直したかがわかるようになっています。 23. 個人情報マニュアルに添って厳重に管理しています。外部に持ち出す場合は、「ファイル持ち出し記録」に記入し所長が確認します。情報開示の観点からの職員への教育や研修が行われていません。 24. チーム会議、サポート会議、申し送り記録や連絡ノートにて情報を共有しています。 25.独居の方の家族には、主に電話で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. 緊急対応キットが入ったかばんを準備し、感染症の利用者宅には必要物品を設置します。 27. 清掃は知的障がい者の作業所に委託していますが、週のうち1日は自分たちで行っています。		
	(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	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
	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.「悪天候時の対応」「緊急時災害マニュアル」を設置していますが、今年度は実践的な訓練の実施はありません。 29.「ヒヤリハット」報告や事故報告書が作成されており、特に「ヒヤリハット」報告の方は詳細に分析されています。 30. 緊急時災害マニュアルが設置されていますが、地域と連携するしくみができていません。		

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. 法人の理念第1条に「人格の尊厳」を掲げており、毎週1回朝礼で唱和してサービス提供に繋げています。 32. マナー研修やヘルパー会議で、排泄介助や入浴介助等におけるプライバシー保護を取り上げています。 33. 新規相談受付簿を作成し、医療行為が必要な人も受け入れています。喀痰吸引のできるヘルパーも養成しています。				

(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てている。	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. 契約書に担当の在宅相談員を明記し、苦情にはすぐに対応しています。モニタリング時や利用者アンケートを活用し、意向の確認を行っています。 35. 「相談・苦情内容記録票」と「相談・苦情対応改善票」を作成し、パソコンでいつでも見ることができるようにしています。利用者の苦情等の改善状況は、公開されていません。 36. 苦情解決のための第三者委員会を設置しています。利用者に情報提供するようヘルパー会議で伝えています。		

(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てている。	A	B
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	B
(評価機関コメント)		37. 年1回「ご利用者アンケート」を実施していますが、改善策を公表する仕組みがありません。 38. 事業所内では、ヘルパー会議でDVDを見たり、ワンポイントレッスン講義や演習を行い、サービス向上に努めています。法人全体でサービス向上委員会の取り組みがあり事業所からも参加しています。 39. 訪問介護法令順守チェックシートを利用して法人内で相互評価を行っていますが、自己評価は行っていない。		