

# アドバイス・レポート

平成27年3月17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26年12月19日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（本能事務所）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>○事業所の行動目標、行動方針 京都福祉サービス協会本部が理念、運営方針を作成しています。これに基づいて事業所の事務所会議で行動方針、行動目標を立ててサービスを提供しています。こうした目標、方針は朝礼やヘルパー会議で職員に繰り返し周知しています。また、事業方針などは機関紙「きょうほのぼの」で利用者や市民に周知しています。</p> <p>○働きやすい環境の整備 新規採用者には3カ月間プリセプターシップ制を導入し、マンツーマンで指導を行い、育成を図っています。また、職員研修計画を立てて、実行しています。さらに、育児休暇を取りやすいようにし、職場に復帰した際に定時で退勤できるよう配慮しています。こうしたことにより職員のモチベーションも高まり、離職者防止にも役立っています。</p> <p>○専門職等との連携 これまで新規の利用希望の依頼を断ったことがなく、また、介護保険対象外の利用にも対応しています。高度医療ケアやターミナルケアの際は、訪問看護やかかり付け医との連携を密にして対応しています。利用者、家族が住みなれた自宅で死を迎えたいという希望を尊重し→死を迎えたいというマイナスな文言より、住みなれた自宅で暮らし続けたいという希望を尊重し、の方が良いのではないかと思います。 介護保険外サービスと併用して要望に応じています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○休憩場所の確保 事務所は職員数に比して狭いので、休憩場所の確保が難しく、職員の休憩場所のスペースが確保できていません。</p> <p>○災害発生時の対応 「緊急災害時行動マニュアル」を整備し、京都福祉サービス協会が運営する京都市本能特別養護老人ホームが行う防災訓練には年2回参加していますが、地域との連携を意識した訓練を行うまでには至っていません。</p> <p>○実習指導者の研修 学生実習、法人内養成講座の初任者研修で実習生を受け入れていますが、介護実習指導者の研修が行われていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本能事務所は「地域から信頼されるサービスを目指そう」をスローガンに掲げて、行動目標を設定しています。中京区の東部地域において、ホームヘルパー約70名の体制でサービスを提供しています。現在の利用者は約340名で、特定事業所として更なるサービスの質向上を目指しています。</p> <p>今後も協会の「くらしに笑顔と安心を」の理念に基づいたサービスを提供していただけるようアドバイスさせていただきます。</p> <p>○事務所のスペースは職員の数に比して狭く、休憩する場所の確保が難しい状況です。職員は主に執務机で休憩していますが、仕事を離れて休憩することも必要かと思えます。事務所の隣の会議室を使ったり、勤務時間を少しずらす等の工夫をし、休憩場所、時間を確保することが必要ではないでしょうか。</p> <p>○介護事業所は地域との密接な関係を保つことが必要です。現在、併設の施設との訓練に参加するなど、施設との連携は図っています。施設と協働して地域との災害を意識した訓練をされてはいかがでしょうか。</p> <p>○介護実習は介護現場で利用者、家族の状況や課題を理解し、介護技術の取得を目指したものです。同時に事業所にとっては、実習生という外部の目に事業所の状況を知ってもらう機会となります。実習生を指導するには、知識、技術等を持った実習指導者が必要です。職員異動によって実習指導者がいないという事情はありますが、法人本部に働きかけるなどし、実習指導者を配置されることを期待します。</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)

※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	2670300041
事業所名	本能事務所
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1月26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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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思決定を行い、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. 京都福祉サービス協会本部が理念、運営方針を作成し、これに基づき行動方針、行動目標を立ててサービスを提供しています。職員には朝礼やヘルパー会議、利用者には機関紙「きょうほのぼの」で周知しています。 2. 事務分掌、事務決済規程を策定し、意思決定しています。事業所内で毎週会議を行い、決定事項を周知しています。また、所内メールでも申し送り、共有しています。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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. 中期計画に基づき数値と質の向上併せて事業計画を策定、年間目標を立てています。マネージャー以上で構成する事務所会議で周知し、現場の課題も検討し、職員間で共有しています。 4. 半期毎に訪問介護員、サービス提供責任者にそれぞれ課題、目標を設定して事業所として取り組んでいます。管理者が総括、目標設置状況を確認しています。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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. 現場向けの書籍の購入等で法令の理解を進め、それを研修時に説明、職員の法令遵守に努めています。 6. 管理者は、月1回の事務所会議で管理者としての役割等を表明しています。また、職員へのヒアリング時に直接要望などを聞くなど、管理者として「相談し易い雰囲気づくり」に努めています。 7. 管理者は常に業務用携帯電話を所持し、職員との連絡、指示ができる体制を作っています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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)		8. 職員採用は初任者研修資格を有することを基準としています。介護福祉士受験資格のある職員には、受験の支援を積極的に行っています。 9. 新規採用者にはプリセプターシップ制を導入し、育成を図っています。職員のモチベーションも高まり、離職者防止にも役立っています。採用後、一定年数（3年、5年）を経た常勤職員には階層別の研修を実施しています。 10. 実習受け入れのマニュアルを制定しており、学生の実習、介護労働安定センターの実習を受け入れています。実習指導者が他部署に異動したこともあり、指導者研修は行えていません。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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. 休暇や超過勤務については管理者が管理しています。超過勤務を事前届け出制にすることで、業務量を把握し、超過勤務が過重にならないように配慮しています。管理者、組合、衛生管理者の3人で構成する安全委員会を月1回開き、職員、ヘルパーの業務内容の把握に努めています。 12. 産業医を配置、案内をしています。職員厚生会、福利厚生アウトソーシングサービスを利用しています。事業所のスペースの関係上、休憩場所の確保ができていません。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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	B
		(評価機関コメント)		13. ホームページで法人の概要、事業所の情報などを発信しています。機関紙「きょうほのぼの」を年4回発行、訪問介護の利用者や関係団体に配布しています。 14. 中京区の地域ケア会議に在宅部門の一員としてに参加して情報共有を図っています。年1回、法人主催で市民向けスキルアップ公開講座を開催していますが、事業所独自の講習会等の開催には至っていません。今後、認知症カフェの開所も計画しているとのことです。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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、重要事項説明書、「利用のしおり」などを通して情報提供を行っています。事務所に直接来る人はほとんどなく、地域包括支援センター等を通しての来所相談が多いとのことでした。		

(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. サービス利用の開始にあたって契約書、重要事項説明書による丁寧な説明を行っています。保険外の料金についても説明しています。利用者本人の判断能力の状態によっては、代理人の同席を求めています。		
(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。	B	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	B
(評価機関コメント)		17. 生活状況表に、生活歴など現場で把握できたことを、その都度記録して情報を積み重ねています。再アセスメントも実施していますが、一部のケースは3か月ごとの再アセスメントができていません。 18. サービス担当者会議には利用者、家族の参加があり、利用者、家族の意向、希望を確認して個別援助計画を策定、同意を得ています。 19. 担当者会議にはサービス提供責任者が参加し、専門家からの意見を心得て個別援助計画の策定を行っています。 20. サービス提供責任者が3か月に1回の定期モニタリングを実施していますが、一部のケースではできていません。「訪問介護連絡表」を利用者宅に常備、活用して情報の共有を図っています。モニタリングの結果により必要に応じて援助計画の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. 退院時のカンファレンスにはサービス提供責任者が出席しています。「緊急通報時利用者カード」を作成し、緊急時すぐに確認できるようになっています。		
(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	B
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. 職種ごとに「業務マニュアル」「緊急対応マニュアル」「個人情報保護マニュアル」「ヘルパーハンドブック」などを整備し、社内ネットワークでいつでも見ることができます。マニュアルは毎年見直し、更新しています。内容等が変わった時にはヘルパーにその都度連絡するとともに、ヘルパー会議で周知しています。 23. 「ご利用者の個人情報取扱マニュアル」を基に、個別ファイルを作成し保管しています。外部への持ち出しを禁止し、退社時は施錠しています。個人情報は執務基準（文書取り扱い規程）に基づき管理しています。 24. ケアカンファレンスの開催は、要求度が高く必要度の高い利用者については、しっかりできています。しかし、定期的ではなく、必要時に行っているとの事でした。現場のヘルパーから開催の要望があるようです。 25. サービス導入時には家族の同席を求めています。別居の家族であっても必要に応じて電話やメールで連絡をするようにし、利用者の状況についての共有を図っています。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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. 感染症の対策に関するマニュアルがあり、研修を行っています。 27. 台所、執務室は職員の輪番で掃除しています。トイレ、階段の共有部分の掃除は、外部に委託しています。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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. 「緊急対応マニュアル」「緊急災害時行動マニュアル」を整備し、ヘルパー会議での緊急対応の研修、防災訓練（併設の施設が年2回訓練に参加）を実施しています。 29. マニュアルに基づいて、事故報告書を作成し、情報の共有、対応を一元化しています。保険者に報告するような事故は発生していないとのことでした。 30. 「緊急災害時行動マニュアル」を整備していますが、地域との連携を意識した訓練は行っていません。		

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
<b>IV 利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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. 法人理念や運営方針に記してあり、ヘルパー会議で年1回、倫理研修を行っています。また虐待についてはマニュアルを整備し、理解を深めています。利用者アンケートを実施し、課題などについては、管理者からヘルパーに周知しています。で？ 32. 朝礼やメールを通して全職員に日常的に伝えています。 33. これまで新規の依頼を断ったことがなく、介護保険対象外の利用にも対応しています。高度医療ケア、ターミナルケアの際には医療職と連携を密にして応じています。				

(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。	B	B
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. 利用者アンケートの結果は法人が回収し、訪問介護系のアンケート結果が事業所に戻る仕組みになっています。苦情についてはサービス提供責任者が内容を整理して職員へ伝えていきます。更新時のモニタリングの際に意見を聞くようにしていますが、全ての利用者には聞けていないとの事でした。 35. 苦情対応マニュアルに基づいて報告書を作成し、事業所内で情報の共有と対応について検討を行っています。アンケート調査結果は機関紙やホームページで公開しています。 36. 重要事項説明書に「第三者委員会」の設置、公的機関の連絡先を明示し、契約締結時に説明しています。		

(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. 毎年、利用者アンケートを行っています。 38. 介護技術向上委員会を設置しています。訪問介護、居宅介護支援部門の職員全員が研修に参加し、質の向上を図っています。 39. 第三者評価を、毎年「居宅支援」「訪問介護」と交互に受診しています。		