

アドバイス・レポート

平成27年1月21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8月29日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（福）京都福祉サービス協会 東山事務所 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>○組織的な事業計画策定 法人の居宅部門で2013年度まで取り組んできた「チェンジ24」（5か年計画）の次の5か年計画とし2014年度から「中期経営計画」を策定しています。また、単年度計画として「2014年度居宅部門事業計画」を策定しています。計画の策定に本事業所からも参加する統括ケアマネジャー会議で意見を反映することができる仕組みがあります。</p> <p>○介護サービス計画の策定と見直し 介護サービス計画の策定にあたっては、利用者や家族の希望を尊重した上で専門家等に意見照会をしています。毎月のモニタリングでは、介護サービスの目標ごとに達成状況と本人の満足度を確認しています。</p> <p>○関係機関との連携 医師への意見照会は、医師会の様式を用いて実施しています。利用者の入院時に病院に情報を提供し、退院時カンファレンスに参加するなど連携を図っています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>○事故・緊急時の対応と再発防止 訪問介護事業所には「緊急事故対応マニュアル」はありましたが、居宅介護支援事業所にはありませんでした。</p> <p>○サービス向上に対する検討体制 昨年度までは法人全体でサービス向上委員会が開催され、その中に介護支援専門員の部会もありました。今年度は、1度も開催がありませんでした。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 事業所が提供しているサービスの体制、内容、質などについての評価の実施は確認できませんでした。</p> |

| | |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>本事業所は2013年5月に南区にある同法人事務所から地域に密着したサービスを提供するために新設された事業所です。東山区役所から徒歩1分という地の利を活かして利用者、家族の相談に乗っています。坂の多い土地であるため、職員にはバイクか電動アシスト自転車のいずれかを準備しています。介護支援専門員が管理者を含めて5名いるという良さを活かしつつ、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。</p> <p>○事故・緊急時の対応と再発防止についての取り組み 訪問介護事業所には、「緊急事故対応マニュアル」はありましたが、居宅介護支援事業所にはありませんでした。訪問介護事業所と同じ部分もあると思いますが、介護支援事業所としてマニュアルを作成してください。その上で研修を実施してマニュアルの内容を職員に周知し、予防や対応方法を身につけることが大切と考えます。 また、開設以降に事故・ヒヤリハットの報告が1件もないとのことでした。事故・ヒヤリハットの定義をまず見直していただいた上でヒヤリハットのシートの記入を推奨し、出てきた事例を分析・検討して再発防止に役立てていただきたいと思えます。</p> <p>○サービス向上に対する検討体制 昨年度までは法人全体でサービス向上委員会が開催され、その中に介護支援専門員の部会もありましたが、今年度は、1回も開催がありませんでした。法人全体の取り組みの有無に捉われず、事業所独自でも検討できる体制が必要と考えます。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 事業所が提供しているサービスの体制、内容、質などについて定められた評価基準に基づいて定期的に評価を実施し、その分析・検討を行って課題を明確にしていくという手順を踏まれることをお勧めします。そしてその課題を解決するために次年度の事業計画を策定するというサイクルを確実なものとしていくことでサービスの向上に繋がっていくと考えます。</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 | 2670800347 |
| 事業所名 | (福)京都福祉サービス協会 東山事務所 |
| 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 |
| 訪問調査実施日 | 平成26年11月21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。利用者向け機関紙「きょうほのぼの」に理念を掲載して浸透を図っています。 2.事務分掌を規定して管理者等の責任を明確にしています。事業所内のチーム会議を基本に統括ケアマネジャーの会議や在宅管理者の事業運営会議、エリア会議を経て理事会に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.法人の居宅部門で取り組んできた「チェンジ24」(2013年度までの5か年計画)の次の5か年計画として、2014年度から「中期経営計画」を策定しています。 4.上半期総括と年間総括を行い、目標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.把握すべき法令を誰もが閲覧できるようにロッカーに保管しています。 6.管理者等の事務分掌を規定してその責任を明確にしています。 7.緊急事態が発生した際には、土・日曜日も含め管理者に連絡をして対応することになっています。 | | | |

| 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 |
| 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 8.人員体制の整備は法人が中心となって行っています。介護支援専門員試験を受験できる常勤職員の受験料は、法人が負担しています。 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。新任者には3か月間のプリセプター研修を実施しています。 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が、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.訪問用にバイクか電動アシスト自転車を全員に準備しています。 12.産業医の設置があります。休憩室の広さが十分とはいえません。また、ハラスメントに関する規定が、就業規則に見当たりません。 | | |
| (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.ホームページを開設して広報しています。ホームページから情報の公表のサイトにリンクを貼り、見やすくしています。 14.法人全体で毎年市民向けの研修会を実施しています。地域包括支援センター主催の「認知症への理解」の研修会に協力しました。 | | |

| 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 | 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。 | | | |
| (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.契約時には訪問し、重要事項説明書や契約書を用いて利用者や家族に説明をし、同意を得ています。また、判断能力に支障がある場合は成年後見人等と契約を結んでいます。 | | | |
| (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.所定のアセスメント様式を用いて、利用者の基本状況・身体状況・生活状況を聞きとり、利用者のニーズや課題を明らかにしています。アセスメントは新規契約時、介護認定更新時、利用者の状況変化時に実施しています。 18.サービス担当者会議には利用者及びその家族の参加があります。また、介護サービス計画は利用者及びその家族の希望を尊重した上で策定し、同意を得ています。 19.介護サービス計画の策定にあたり、専門家から意見を得ています。また、意見を基にサービス内容の見直し等に繋がっています。 20.毎月のモニタリングでは、介護サービス計画に沿って達成状況と利用者及びその家族の満足度を確認し、必要に応じてサービス内容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.医師とはFAXや訪問、電話によって情報の提供や入手を行っています。利用者の入院時に病院に情報を提供し、退院時カンファレンスに参加するなど、医療機関等との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 | 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 | 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 | 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.業務マニュアルは作成していますが、見直しの基準の策定や見直しにあたり満足度調査の分析等を反映する仕組みが確認できませんでした。 23.記録の保管や保存の規程は定められていますが、持ち出しや廃棄に関する規程は見当たりません。また、情報開示の観点からの教育や研修の実施はありません。 24.毎朝口頭での申し送りや情報の共有を行っていますが、利用者の支援についての定期的なカンファレンスは実施できていません。 25.利用者の家族との情報交換は訪問や電話で行っています。 | | |

(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.感染症対策マニュアルを作成しています。事業所に用意された消毒液、マスク、手袋等を利用者や職員の状態に応じて使用しています。また、職員には安全衛生委員会を通して感染症に対する知識の伝達や、食中毒に関する伝達研修、メールの掲示板での注意喚起をしています。 27.安全衛生委員会を毎月1回開催し、事業所内の環境等の改善の検討を行っています。事業所内は職員が定期的に清掃をしています。 | | |

(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 | 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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | 28.訪問介護の緊急・事故対応マニュアルは整備していますが、介護支援専門員向けのものはありませんでした。 29.事業所での事故やヒヤリハットの定義、その後の対応についてのマニュアルや規程は確認できませんでした。事業所開設以来、ヒヤリハット・事故報告ともにありません。 30.「緊急災害時行動マニュアル」は確認しましたが、マニュアルに基づいた研修や訓練の実施はありません。 | | |

| 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 | B |
| | | 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.倫理研修は全職員を対象に年1回実施し、プライバシー保護や人権についても振り返りや意見交換の機会を作っています。外部で受けた高齢者虐待研修の伝達研修を行っています。 32.利用者のプライバシーや羞恥心については、日々のチーム会議で話し合って意識付けをしていますが、勉強会や研修会の実施はありません。 33.利用申し込みについては基本的に断らずに受け入れています。 | | |
| (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 | 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.毎年利用者アンケートを実施していますが、開設以来苦情がないとの認識で、利用者からの意見や苦情等がサービス改善の機会であると理解している状況に至っていません。 35.利用者からの意見や要望は経過記録に記入してサービスの提供に役立っています。また、アンケートの結果は法人の機関紙「きょうほのぼの」で公開しています。 36.重要事項説明書に第三者委員会や公的機関等は記載しています。 | | |
| (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 | B |
| | | 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 | C |
| | | (評価機関コメント) | | 37.毎年利用者アンケートを実施し、利用者の満足度を確認しています。また、その結果を分析してサービスの改善に取り組む仕組みがあります。 38.他の事業所の取組みについて情報収集はしていますが、サービス向上委員会を今年度は開催していません。 39.自主点検を除く自己評価は実施できていません。 | | |