

アドバイス・レポート

平成28年3月15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28年2月10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 本能事務所・居宅介護支援 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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>組織体制 ・業務の役割・責任分担は業務マニュアルに記載されており、週1回のチーム会議（職員全員が出席）にて周知されていました。また同会議では、常に職員の意見や情報が集約できる状態が作られており、担当職員が不在の場合でも適切に対応が行える状況がありました。</p> <p>地域への情報公開 ・地域に根ざした事業所を目標とし、地域とのつながりを作るため、積極的に地域連絡会議や地域ケア会議の他、学区運動会や、夏祭り等に参加されていました。</p> <p>多職種協働 ・法人の地域包括支援センターが隣接しており、連携が取り易く、新規の相談も問題なく行われていました。また、利用者の主治医との連絡や、病院連携室と常に連絡を取り合い、利用者の入退院についての情報を得るよう努めておられました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>業務レベルにおける課題の設定 ・事業所独自の年間スローガンを掲げておられましたが、定期的な達成状況の記録がありませんでした。</p> <p>ストレス管理 ・休憩室は設置されていましたが、多目的に使用することから、介護支援専門員はデスクにて休憩を取られていました。</p> <p>個別援助計画等の見直し ・利用者の状況に合わせた変更は随時行われていましたが、個別援助計画の変更に関する基準の文章が確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>業務レベルにおける課題の設定 ・年間スローガンの達成状況を全職員で中間評価を行うことで、一人ひとりが目標に対し、課題の明確化や新たな取り組みを生み、サービス向上につなげてはいかがでしょうか。評価の方法として達成シート等を作成し、課題の設定から実行・評価・改善までの一連の流れ（PDCAサイクル）を作られてはいかがでしょうか。</p> <p>ストレス管理 ・事務所を離れての休憩は、心身をリラックスさせ、リフレッシュにつながります。建物の構造上、同施設に休憩場所を他に設置することは難しいと考えますが、休憩時間を時間差で取得する、会議の時間等を調整するなどの工夫をされることで、職員が心身を休めることのできる環境が確保できるのではないのでしょうか。</p> <p>個別援助計画等の見直し ・介護支援専門員として、個別援助計画等の見直しは、随時行われていますので、更新時、状態変化時等の計画変更基準を明確にされることで、確実な見直しにつながるのではないのでしょうか。また、その基準を個別援助計画作成のマニュアルに反映さ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	2670300041
事業所名	社会福祉法人京都福祉サービス協会 本能事務所
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
訪問調査実施日	平成28年2月25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) 法人理念は、事業所内に掲示されていました。また年度始めのチーム会議（職員全員が参加）にて周知・確認がされていました。利用者、家族、一般の方への周知は、ホームページや年4回発行の法人機関紙「きょうほのぼの」に掲載されていました。 2) 理事会（2～3ヶ月に1回）・月2回の運営会議（法人の各部門の代表者が出席）に管理者が参加し、決定された内容や、各部門の動き等が共有されていました。		
(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。	B	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	B
	(評価機関コメント)			3) 法人による中期計画・単年度の事業目標が策定されていました。また、週1回のチーム会議にて、職員の意向が話し合わせ、所内についても課題の明確化が行われていました。 4) 法人居宅部門全体の目標が設定され、さらに事業所の年間スローガン「地域に根ざし、信頼される事業所を目指そう！」を掲げておられますが、定期的な達成状況の記録がありませんでした。		
(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。	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)	<p>5) 関係法令集は、パソコンにてすぐに検索ができる状況を確認しました。また、法令が変更になった場合はチーム会議にて周知されていました。</p> <p>6) 毎週末、管理者と職員がメールでやり取りされ、各職員の意見集約が行われていましたが、管理者自身を評価される仕組みはありませんでした。</p> <p>7) 全職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。</p>
--	------------	--

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。	B	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>8) 主任介護支援専門員の資格取得費用は法人負担で、勤務として研修が受講できる仕組みとなっていました。</p> <p>9) 法人本部にて職員研修計画を作成され、3年目・5年目に該当する職員の研修が確実に行われていました。また、自己啓発支援制度(SDS・各職員が学びたい研修等を所長に申し出て、承認を得ることで受講料などの補助がある)が取り入れられ、自主的な資質向上の支援が行われていました。</p> <p>10) 実習生受け入れマニュアルを整備し、受け入れ体制が作られ、指導者に該当する職員が外部研修に参加されていました。</p>			
(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)		<p>11) 職員のローテーション表を作成し、相互に有給休暇を取りやすい工夫をされ、取得を勧められていました。また、育児休暇を取得される職員もおられました。</p> <p>12) 休憩室は設置されていましたが、多目的に使用することから、介護支援専門員はデスクにて休憩を取られていました。</p>			
(3) 地域と交流						
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>13) 年4回発行の機関紙「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。また地域の運動会にも参加され、地域の方との交流が行われていました。</p> <p>14) 法人で開催する「認知症カフェ」や「オレンジカフェ」に参加し、相談等に対応されていました。</p>			

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、パンフレット、重要事項説明書、「利用のしおり」等により、必要な情報を提供しておられました。			
(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、重要事項説明書で、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説明し、利用者のアンケートからは、わかりにくい点については、納得できるまで説明してくれるという意見もありました。			
(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	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	B	
	(評価機関コメント)		17) 利用者の心身状況や生活状況を踏まえたアセスメント様式になっており、モニタリング訪問時に、身体や生活状況に少しの変化が生じた場合は、アセスメント様式に赤で追記しておられました。 18) 利用者や家族の意向を聞き取りケアプランを作成し、毎月のモニタリングを通じて、必要に応じて利用サービスの調整や検討を行っておられました。 19) 主治医に主治医連絡票を送付し意見を求めたり、病院の地域連携室の相談員を通じて情報提供書等を受け取っておられました。 20) 利用者の状況に合わせた変更は随時行われていましたが、個別援助計画の変更に関する基準の文章が確認できませんでした。			
(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) サービス担当者会議を通じて関係機関との連携を図っておられ、また、入退院に関しても、病院の相談員と面接や、電話にて、常に連絡を取り合うようにしておられました。			
(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	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。	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) 職種ごとに業務マニュアルが整備され、「ヘルパーハンドブック」は、職員に身近なマニュアルになっていました。また、マニュアルは、社内ネットワークでいつでも閲覧可能になっていました。業務マニュアル見直しの基準もありました。 23) 個人情報の持ち出しは、管理簿に記入するようになっており、また、廃棄に関する規程も定められていました。 24) チーム会議や業務報告書等で、利用者の情報を職員間で共有されていました。 25) サービス担当者会議や、毎月のモニタリング訪問時に、家族等と情報交換を行っておられました。		
(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	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		26) マニュアルを作成し、法人の感染症の研修は行われていましたが、介護支援専門員の参加記録がありませんでした。 27) 休憩スペースから物品が見えないように工夫し、整理整頓され、物品等が取り易くなっていました。		
(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	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」「緊急災害時行動マニュアル」があり、事例をチーム会議で検討されていました。 29) 事故事例があれば、チーム会議で情報の共有を行い、対応を周知していました。 30) 毎年施設の防災訓練に参加していましたが、地域との連携を意識したマニュアル作成、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) 法人理念や運営方針に、高齢者の尊厳の保持に配慮したサービスの提供が明記されており、法人内研修等で倫理研修が実施され利用者の人権に配慮したサービスが行える仕組みがありました。 32) 個人情報の取り扱いやプライバシーに関することについて、全職員に対して朝礼時やメール等を通じて周知する仕組みがありました。 33) 新規の受付や相談は、すべて受付簿に記載され、新規依頼を断ることなく受け入れておられました。		

(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。	B	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) 毎月の訪問時、利用者や家族から直接意見や要望、苦情等を収集出来る仕組みがありました。 35) 苦情対応マニュアルに基づき報告書を作成され、情報の共有と対応策の検討を行ってられました。 36) 第三者委員会や、公的機関等の相談窓口の連絡先や受付時間等を、重要事項説明書や掲示物により、利用者や家族に伝わる仕組みが出来ていました。		
(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	B
(評価機関コメント)		37) 毎年アンケートを実施し、利用者の満足度の把握を行い、サービスの質の向上に役立っている仕組みがありました。 38) 法人の13事業所のエリア会議において、サービスの質の向上について比較検討が行われ、また、職員へも周知する仕組みがありました。 39) 第三者評価は毎年受診されていますが、事業変更のため、毎年実施の内部評価は今年度は行われていませんでした。		