

アドバイス・レポート

平成30年2月5日

平成29年7月3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 北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>○理念の周知と実践 法人の基本理念「暮らしに笑顔と安心を」とあわせて事業所独自のスローガン「こころをのせて、言葉遣いは心遣い」を各階に掲示し職員への周知と、ホームページや機関紙「きょうほのぼの」を配布し利用者や地域へ理解していただけるよう取り組んでいます。</p> <p>○労働環境への配慮 有給休暇は2時間単位で職員の希望を尊重した取得が可能となっており有給休暇取得、消化率も管理されていることを書面にて確認しました。また安全衛生委員会が月1回開催されており職員の労働環境の把握に努めておられます。管理者と職員との関係性も良好で常に話を聞ける体制であることを職員からのヒヤリングで確認しました。</p> <p>○人材の確保・育成 法人全体として「互学共育」という人事理念を掲げています。新人職員は採用時研修が3ヶ月間と充実しており、プリセプター制度を導入し新人職員の育成を図っている。また受験資格対象の全職員に対して資格取得支援として受験対策講座への参加や受験費用や受験日も勤務扱いとして法人が負担しています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>○個別状況に応じた計画策定 所定のアセスメント様式があり初回面接時で聞き取りを行い、アセスメント結果を身体生活状況票へ記載しています。サービス提供責任者が毎月モニタリング訪問はされており口頭での報告はされているとのことですが、訪問したことを確認できる記録がありませんでした。また定期的のアセスメントができていませんでした。</p> <p>○災害発生時の対応 クロスロード研修や消防署より来ていただいて事業所の避難訓練をされています。また地域の防災訓練にも参加されていますが、地域と連携を意識したマニュアルがありません。住宅地の中にある事業所であるからこそ、より一層マニュアルで明確にされ年1回は避難訓練などが実施されることが望まれます。</p> <p>○研修計画の策定 事業所として年間研修計画が確認できず職員が1年間に受講する研修内容の把握ができない状況です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○介護保険上、記録は全てにおいての根拠や資料となります。サービス提供責任者が定期的にモニタリングを行い記録することは必ず必要となります。今後はサービス提供責任者が簡潔に記録を残すことができる書式の工夫や、記録の重要性について職員で勉強会などを通して周知されてはいかがでしょうか。</p> <p>○住宅地の中にある事業所であることから、地域との連携を意識したマニュアルへの見直しを行い地域へ根ざした事業所となれることを期待します。</p> <p>○年間研修受講予定を立てやすくするためにも年間研修計画表を作成し質の向上、職員のモチベーションアップに繋がら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	2670100847
事業所名	京都福祉サービス協会 北事業所
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)	
訪問調査実施日	平成29年11月30日
評価機関名	あい. ライフサポートシステムズ

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「くらしに笑顔と安心を」とあわせて事業所独自のスローガン「ここをのせて、言葉遣いは心遣い」を各階に掲示し職員への周知と、ホームページや機関紙「きょうほのぼの」を配布し利用者や地域へ理解していただけるよう取り組んでいる。また年1回年度初めに法人全体会議や事務所会議、チーム会議、ヘルパー会議などで全職員に法人理念、事業所のスローガンについての周知を図っている。 2. 理事会、評議員会を定期的に開催し法人全体として意思決定を行っている。また週1回提出される業務報告書の職員からの意見や、チーム会議、事務所会議などから得られた提案は統括責任者会議、運営会議で協議している。			
(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. 法人全体として中期経営計画を策定し会議等で全職員へ周知している。また年1回、利用者や関係機関へアンケートを実施し、結果を総括し事業所運営に役立てている。 4. ヘルパーやサービス提供責任者それぞれの職種で年間目標を作成、また利用者アンケートの結果から取り組む課題を設定し、事業所としての年間目標を策定、半期ごとで総括している。年間目標から月ごとに目標を設定し、月1回の会議で振り返りを行い達成状況の確認を結果について話し合い、職員全員で目標達成に向けて取り組んでいる。			
(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	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)	<p>5. 年1回、チームマネジャーを中心に職員と自主点検を実施している。集団指導には管理者が参加し、職員へわかりやすく資料を作成し全職員へ伝達している。共有のパソコンがあり、介護保険法令や集団指導資料などがいつでも検索できるようにネット環境が整えられている。</p> <p>6. 統括責任者が随時、職員からヒアリングを行い、年に1度、管理者が全職員に対して面談を行い職員からの意見を聞く機会を持ち、一人ひとりの家庭状況を考慮して人事異動などを検討している。</p> <p>7. 管理者や統括責任者が常に携帯電話を持っており、事業所に不在であっても常に連絡が取れ指示を仰げる体制であることを緊急時マニュアルからも確認ができる。</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。	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)		<p>8. 「互学共育」という人事理念を掲げている。受験資格対象の職員には介護福祉士、介護支援専門員の資格取得支援として受験対策講座に参加することができ、受験費用や受験日も勤務扱いとし法人が負担している。</p> <p>9. 新人職員は採用時研修が3ヶ月間と充実しており、プリセプターシップ制度を導入し新人職員の育成を図っている。</p> <p>10. 実習受け入れ窓口は管理者が対応し学生実習や初任者研修の現場実習を受け入れている。実習マニュアルが整備されており実習を担当する職員は外部のコーチング研修を受講していることからA評価とする。</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)		<p>11. 安全衛生委員会が定期的に開催され職員の労働環境の把握と向上に努めている。有給休暇は2時間単位で職員の希望を尊重した取得が可能となっている。また職員に連続5日間のハッピー休暇制度があり全職員が取得できている。土日出勤した職員には当該月中に代休が取得可能となっている。(職員ヒアリングより確認)</p> <p>12. 年2回自己申告書の提出、年1回管理者と職員面談を行い職員一人ひとりの希望要望の把握に努めている。昨年からメンタルヘルスチェックを実施し産業医への相談体制を設けている。また業務中に2回のストレッチタイムを取り入れてリフレッシュできる時間を設けている。</p>		

(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)		<p>13. 機関紙「きょうほのぼの」を発行し事業概要、運営理念や事業所の活動について広報に努めている。また学区社協主催のオレンジカフェ「福祉なんでも相談」に参加し地域住民との交流を図っている。</p> <p>14. 事業所会議室を地域役員会議のために貸し出ししている。「北区のわ」「北区介護者のわ」等に参画している。また地域の高校での認知症サポーター講座や現場実習の受け入れも行っている。法人としては年1回「スキルアップ講座」を京都市関係事業所へ案内し開催している。</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. ホームページの開設やパンフレットなどから必要情報の公開や説明を行っています。 (よりわかりやすいホームページを目指しています)			
(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. 「契約書説明マニュアル」が整備され契約時、説明内容が統一できるようにしている。重要事項説明書はわかりやすく記載し、契約時にはケアマネジャーに同席をお願いしわかりやすく説明している。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17. 全事業所として統一された所定の様式を使用している。インテークで利用者や家族から聞き取りを行いアセスメント結果を身体・生活状況表に記載し定期的な訪問も行われ報告もされている。しかし訪問した内容の記録、アセスメントの定期的な実施や記録ができていないためB評価とする。 18. サービス担当者会議には必ず利用者、家族が参加され、利用者の意向や希望に応じて援助内容の検討を行っている。 19. サービス担当者会議に参加し多職種との意見交換や情報を共有している。また適宜確認したい場合は直接訪問看護師などへ連絡し必要な情報を得ている。医療情報が必要な場合にはケアマネジャーへ依頼し「看護サマリー」「栄養指導書」などを得ている。 20. 通常は3カ月に1回モニタリングを行っています。また変化の大きい利用者については随時モニタリングを行っている。ただし定期的に訪問したことが記録から確認できなかったことからB評価とする。			
(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. 退院時カンファレンスなどに参加し主治医やケアマネ、医療連携室、地域包括支援センターなどの情報提供に基づいてサービス提供を行っている。			
(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」「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」などが整備されており業務の確認をする時に活用している。マニュアルは社内ネットワークでいつでも閲覧可能となっており随時更新されている。 23. 個人情報が流出しないように利用者ごとの個人ファイルは常に鍵付きキャビネットにて保管されている。「個人情報取り扱いマニュアル」に基づいて職員への指導を行っている。 24. 毎朝申し送りをを行い、チームそれぞれで情報を共有している。また週1回のチーム会議、月2回の相談員会議を行い伝達、情報共有を図っている。 25. サービス内容にかかわる情報や気になることがあれば、電話やメール、FAXで家族へ直接連絡している。また面接時や初回訪問時は家族へ同席を依頼している。			
(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. 「感染症マニュアル」に基づいて予防用エプロンや使い捨て手袋などを整備し、ヘルパーが常に携帯できるようにしている。また全職員を対象に感染症に関する研修を行っていることを研修報告書から確認できた。 27. 事業所内は整理整頓されており、掃除は毎週1回外部委託で実施されており清潔に保たれている。		
(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. 「事故・緊急時マニュアル」が整備され、毎月1回安全衛生委員会を開催し事故についての検証を行い再発防止に努めている。また「緊急対応に関する研修」に参加し、あわせて職員の緊急連絡網が作成されている。 29. 事故が発生した時は速やかに事故報告書を作成し職員間で情報共有している。また自事業所の事故だけではなく他事業所の事故についても水平展開し職員へ注意喚起している。 30. クロスロード研修や消防に来ていただき避難訓練をしている。地域の防災訓練に参加しているが、地域との連携を意識したマニュアルはないことからB評価とする。		

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	
			31. 全職員へ年1回「倫理研修」や「接遇研修」を実施している。 32. 倫理研修の中に排泄介助時の対応なども含めて「ご利用者のプライバシーに関する研修」を行っている。面接やモニタリング時には利用者の気持ちを配慮するよう心がけ「無理に聞かない」ということもプライバシーへの配慮として職員へ意識付けしている。 33. 基本的に利用をお断りすることはなく、常に空き情報を行政区連絡会議で紹介しています。			

(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。	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. 契約時に相談窓口（担当者名）を説明しています。受付た苦情については事務所内で共有し再発防止に役立っていると口頭で確認したためA評価とする。 35. 苦情対応マニュアルに基づいて報告書を作成し、情報の共有と対応策の検討を迅速に行うようにしています。利用者満足度アンケートの結果を本人や家族に郵送しています。 36. 重要事項説明書に苦情申し立て先を明記しています。		

(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. 8月に利用者アンケート、9月に事業所アンケート調査を実施し、進捗管理、集計は法人本部が一括して行っている。アンケート結果については事業所内で協議し改善点の確認を行っている。利用者や家族、他事業所からいただいた意見から次年度の事業所スローガンを作成し取り組みを行っている。 38. 事務所会議、相談員会議、チーム会議、サポート会議でそれぞれの課題検討がされ月1回のヘルパー会議で周知されている。また北区エリア会議に管理者と介護統括責任者、マネージャーが参加し他事業所と情報交換も行っている。 39. 同一建物の居宅介護支援事業所と毎年交互に第三者評価を受診するように定めている。また指導された項目については職員全員で改善できるように取り組みを行っている。		