

アドバイス・レポート

平成30年 1月26日

平成29年 9月 5日付けで第三者評価のお申込みいただいた 京都福祉サービス協会 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>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施 新規採用職員には、プリセプターシップ研修を取り入れた3か月間の育成プログラムがあり、管理者と指導者が毎日確認し、指導している。採用後3年目・5年目の研修も実施している。また、職員一人ひとりが個人で年間の研修計画を立てており、それに従って研修を受けています。常に相談し合う体制があり、日々OJTがなされています。勉強会として毎月医師による「ケアマネ執」が実施されています。</p> <p>(通番17, 18, 19, 20) 個別状況に応じた計画策定 アセスメント票は、独自の様式を作り行っています。アセスメントを定期的実施し、変化があった場合はわかりやすく加筆しています。また、「課題整理総括表」にも取り組んでいます。 サービス担当者会議には、本人や家族の出席を基本としており、希望を尊重してケアプランを作成しています。専門家等との意見照会では、サービス担当者会議前に主治医に「居宅介護支援連絡票」を送付し、意見を求めケアプランに反映させています。利用者の退院前カンファレンスには訪問診療の医師、看護師、理学療法士など関わるすべての専門職が会しカンファレンスを行っています。個別援助計画の見直しでは、総括マネージャーが各介護支援専門員のモニタリング等の漏れがないか「業務チェック表」にて管理しています。計画を変更する基準を定め、ケアプラン表に明記しています。</p> <p>(通番28) 事故・緊急時の対応 事故緊急時に備えて「緊急・事故対応マニュアル」が設置され、研修や実践的な訓練が行われており、さらに全利用者約260名について「緊急時連絡カード」が作成されています。利用者一人ひとりに付いて「氏名・介護度・持病の有無と状況・緊急連絡先・かかりつけ医・災害時の避難場所・担当ケアマネジャー」等が記されており、緊急時にはこのシートによって、早い段階に連携各機関ときめ細かい情報を共有することが可能と考えられ、より適切な支援を早急に実現することを可能にするツールとして評価できます。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番4) 業務レベルにおける課題の設定 業務レベルの課題の達成に取り組んでいますが、達成状況を定期的に確認し、見直しを行う仕組みがありませんでした。</p> <p>(通番12) ストレス管理 ハラスメントに関する相談ができる電話番号が事務所に大きく掲示されており、苦情が訴えやすい環境が整えられています。業務報告者を毎週管理者に出す仕組みがあり、ストレスを事前に把握し、サポート出来る体制を取っています。しかし、休憩場所が十分に確保されていませんでした。</p> <p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 個人情報の保管や保存については執務基準が定められていました。持ち出しについてはケアマネジャーごとに「外部取扱い書類確認表」を作成され、各自が活用、他職員が持ち出し時と帰社時にチェックを行うなど明確に定められていました。しかし、文書の廃棄についての明確な規定が確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>京都福祉サービス協会 本能事務所は、協会の長い歴史やノウハウを踏まえて平成17年に中京区東部地域の本能小学校地に開設され、地域に根ざした事業運営を展開され今日に至っています。</p> <p>居宅介護支援事業所は、9名の介護支援専門員で260名あまりの支援を行っている規模の大きい居宅支援事業所ですが、事務所の中はとてもアットホームな雰囲気がありました。それぞれが、独自でケアマネジメントをしながら、お互い相談できやすい体制づくりや新人の支援体制が充実しており、一人で抱え込まず、質の高いサービスが提供できる工夫が随所になされていました。</p> <p>また、特別養護老人ホーム本能とタイアップして「本能夕食プロジェクト」を開始されたり、「生活支援サポーター」の創設等、地域ケアシステムに向けたさまざまな展開を計画されています。今後も地域の拠点として活躍される事を期待しております。</p> <p>以下、今回の評価で気づいた点を記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・課題の達成状況を職員アンケート等で、定期的に確認し、見直しが出来る体制づくりをお勧めします。 ・休憩場所の問題は、建物の構造上の難しさがありますが、足が伸ばせてリラックスできる場の検討をお勧めします。 ・文書の廃棄についての明確な規定が確認できませんでした。最終的に何時、何処でどういった方法で廃棄するという明確な規定として定めることは、組織を守ることにもつながりますので、是非早急に実行されることをお勧めします。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670300041
事業所名	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	2017年11月30日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)法人理念は所内に掲示し、毎週朝礼で唱和している。ホームページやパンフレット、機関誌にも明示し、周知している。 2)業務の位置づけは業務マニュアルに明記している。チーム会議や事務所会議で職員の意見を集約し、エリア会議や事業運営会議で反映している。		
(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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		3)事業計画は「年度居宅部門事業計画」にもとづき、年間計画を策定している。単年度のスローガンは職員の意見をメールで聞いて決定している。 4)業務レベルの課題の達成に取り組んでいるが、達成状況を定期的に確認し、見直しを行う仕組みがなかった。		
(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)		5)関係法令集のファイルを作り、閲覧できるようにしている。介護保険の介護報酬や運営基準はインターネットで直ぐに検索できるようにしている。 6)管理者は年2回職員ヒアリングを行い、職員の意見を聞く機会を持っているが、自らの行動の評価を把握する仕組みはなかった。 7)統括責任者を配置し、所内の状況把握をすると共に、「業務報告書」を毎週職員が管理者に提出することで一人ひとりの業務の内容を把握している。		

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
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	A
		(評価機関コメント)		8)介護支援専門員の経験が5年以上ある職員に対し、主任介護支援専門員の研修・更新研修を業務として参加させている。介護支援専門員・介護福祉士の受験料・登録料は法人が全額負担している。 9)新規採用職員には、プリセプターシップ研修を取り入れた3カ月間の育成プログラムがあり、管理者と指導者が毎日コメントを書き支援している。採用後3年目・5年目の研修も実施している。 10)介護支援実務者研修の実習生を受け入れている。受け入れ指針に沿って受け入れ担当者の研修を行っている。		
(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)2時間の時間年休が取れる仕組みがあり、管理者が管理している。年間5日のハッピー休暇を設けている。安全衛生委員会にて就業状況や意向を把握する仕組みがある。 12)ハラスメントに関する相談ができる電話番号が事務所に大きく張られており、苦情が訴えやすい環境が整えられている。業務報告書を毎週管理者に出す仕組みがあり、ストレスを事前に把握し、サポート出来る体制を取っている。休憩場所が十分確保されていない。		
(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、利用者地域との関わりを大切にしている。	B	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)		13)ホームページや広報紙等で事業所の情報を発信している。 14)職員が認知症サポーターリーダー講習を受け、サポーター養成講座を行っている。社協が開催するオレンジカフェに参加している。週2回「本能夕食プロジェクト」を実施。地域に向けて夕食の支援を行っている。		

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
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、利用のしおりを使い、必要な情報を提供している。		
(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、重要事項説明書等でわかりやすく説明を行い、同意を得ている。家族の同意を得る基準が定められており、成年後見制度や日常生活自立支援制度を活用している事例がある。		

(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。	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)アセスメント票は、独自の様式を作り行っている。アセスメントを定期的実施し、変化があった場合はわかりやすく加筆している。 18)サービス担当者会議には、本人や家族の出席を基本としており、希望を尊重してケアプランを作成している。 19)サービス担当者会議前に主治医に「居宅介護支援連絡票」を送付し、意見を求めケアプランに反映させている。利用者の退院前カンファレンスには訪問診療の医師、看護師、理学療法士など関わるすべての専門職が会しカンファレンスを行っている。 20)総括マネージャーが各介護支援専門員のモニタリング等の漏れがないか業務チェック表にて管理している。計画を変更する基準を定め、ケアプラン表に明記している。		
(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)医師との連携体制が確保されており、医師主催の勉強会も開催されている。関係機関・団体の連絡先をリスト化している。		
(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。	B	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)各職種ごとに業務マニュアルを作成し、実際の業務の流れも記載し、さらに社内ネットワークによって何時でも閲覧可能となっている。マニュアルの見直しは毎年一回と、法改正時に行っている。 23)各利用者ごとに個人ファイルを作成し、合わせて経過記録、モニタリング記録も作成している。ケースファイルはケアマネジャー別にまとめて鍵のかかるファイルボックスに保管している。持ち出しについてはケアマネジャーごとに「外部取扱い書類確認票」を作成し管理している。廃棄についての規程は明文化されていない。 24)週一回のチーム会議、毎朝始業前の申し送りによって利用者についての情報共有を行う一方、朝の申し送り表には、各職員の動向を記録して、欠席者は署名・捺印によって確認している。 25)モニタリング訪問時やサービス担当者会議を家族や後見人との面接機会としている。会えない場合はメールや電話等で連絡し面談、支援内容の確認や情報交換を行っている。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		26)感染症対策及び予防マニュアルを設置し、例年時宜に応じて感染症対策研修を実施し職員に注意喚起している。二次感染を防ぐため消毒、手袋、マスク等配布し、必要に応じて利用者宅にも設置している。 27)事業所内の清掃、整理整頓は職員が行っており、清潔が保たれている。事業所内のトイレ、階段、廊下等共用部分については本能特別養護老人ホームが管理し外部委託となっている。		

(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)緊急・事故対応マニュアルが整備され、職員間の緊急連絡網を事業所内の見やすい位置数力所に掲示している。利用者のほぼ全員について個々に「緊急時連絡カード」を作成し、いざという時の適切な対応と支援するための連携に備えている。 29)事故発生時には事故報告書を作成して情報共有すると共に、必要に応じてチーム会議で検討している。 30)「緊急災害時行動マニュアル」を設置し、先述の利用者個別の「緊急時連絡カード」や職員間の緊急連絡網を備えている。年一回施設が実施する防災訓練に参加する他、地域ケア会議で地域住民との話し合いも行っているが、地域との連携を意識した災害時対応マニュアルを設置するには至っていない。		

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)利用者の尊重を法人理念や運営方針に明記し、さらに年一回の法人内全体研修で倫理研修を実施して職員への周知徹底を図っている。「高齢者の虐待防止と権利擁護相談の手引き」(京都市長寿すこやかセンター)を使った地域包括支援センター主催の研修に参加し、チーム内で学習会も行っている。 32)年一回「個人情報とプライバシーについて」の学習会を行い、朝礼や社内メールにより職員全員に周知徹底を図ると共に、利用者、家族に係る資料の取り扱いについては、チーム会議等でも周知徹底を図っている。「ご利用者の個人情報取り扱いマニュアル」を設置し、モニタリング等で訪問する際の配慮を具体的に挙げて気を付けている。 33)利用申し込みは基本的に断ることはない。介護保険対象外サービスに関することや、医療的ケアの必要な利用者の相談にも丁寧に対応している。				
(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)モニタリング訪問時や家族が来所する折を利用者・家族から意向・希望を直接聞く機会としている。その他電話等においても聞きとっている。初回訪問の契約時には、苦情等相談があれば担当ケアマネ以外の相談窓口(統括マネジャー)に連絡するよう説明している。 35)受け付けた苦情については、「相談・苦情内容記録票」に記録し、職員間で共有している。さらに、「相談・苦情対応改善票」にて発生原因の検討を行い改善に努めている。また利用者アンケートの結果を集計し、機関誌やホームページ等で公開している。 36)重要事項説明書に第三者委員会の設置や連絡先、開設時間を掲載するとともに契約書締結時に口頭にて説明を行っている。同じく重要事項説明書に公的機関等の相談窓口を掲載している。				
(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。	B	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)年に一回「利用者アンケート」を実施し、結果を本部にて集計後、マネジャーを中心に職員間で共有している。さらにチーム会議で分析検討し、サービスの質の向上に役立っている。 38)統括責任者会議やエリア会議でサービス向上について検討し、それらの会議録を供覧して職員間で共有し、サービスの質の向上に活かしている。月一回の中京区事業所連絡会に参加し、各事業所の取り組みの情報を収集したり、自事業所の取り組みとの比較検討等行いながら取り入れている。 39)組織内の危機管理部による事業運営の監査によって前年度の振り返りを行い、次年度の事業計画に反映させている。ケアマネジャー業務については、それぞれに業務チェック表を作成し、細かくチェックしている。第三者評価をほぼ三年に一度受診している。				