

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 3 月 13 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 30 年 1 月 30 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 ナイトケアセンター山科】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>1. 利用者が、夜間安心して過ごせる体制が取れています</p> <p>○ 夜間対応型訪問介護の当事業所は、定期巡回と緊急時等の随時訪問があります。各利用者宅にケアコール端末(テレビ電話)を設置し、緊急時も音声・画像にて利用者の様子を正確に確認することが可能です。テレビ電話の操作は簡単で、パネルに触っただけでもセンターに繋がり、利用者にとっては大きな安心の拠り所となっています。また、夜間における緊急時対応の体制が、確立されています。</p> <p>○ 24 時間有人体制のオペレーターは、利用者が安心していつでも相談にのれるように、テレビ電話の前におられ、利用者との会話の様子からも、正確な状況把握に努め、指示等はメールで漏れなく迅速正確に情報伝達していることが覗われます。毎日 2 回の申し送り会議や夜勤者のカンファレンスを丁寧に行い、各利用者の状況や支援内容について意見集約し、職員間の情報共有がよくできています。</p> <p>2. 質の高いサービスが提供できるよう人材育成、体制に配慮されています</p> <p>○ 介護福祉士資格取得職員の割合が高く、資格取得支援も充実しており、キャリアアップに繋げる体制を取られています。</p> <p>○ 法人研修は体系化されており、新人研修から 3 年目、5 年目等の経験年次別研修もあります。事業所独自で精査した内容の年間研修計画を立て、毎月開催し、職員の対人援助や介護技術力を高めています。また、夜間対応という就業時間ですが、外部研修にも積極的に参加できる体制をとられています。</p> <p>○ 吸引や胃瘻注入が必要な利用者には、全職員が資格取得し支援が可能で、手薄な夜間帯援助に貢献し、重度者の在宅可能性を高めておられます。</p>
-----------------------------	--

	<p>3. 職員が安全に就労出来るよう配慮されています</p> <p>○ 勤務体制については、あらかじめ職員の公休や有休の希望を聴き取り、希望に沿うシフト作成に取り組み、職員の満足度も高く働きやすい職場環境になっています。</p> <p>○ 夜間就業になるため、職員の安全について十分に配慮し、懐中電灯、撃退スプレーや防犯ベルを携帯し、反射板を取り付けるなど安全対策が取られています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況の公開について</p> <p>○ 利用者からの意見・要望・苦情については多角的に聴取し、迅速な対応や改善をされています。しかし、その内容を、個人情報に配慮した上で公開出来る体制にまでは至っておりません。</p> <p>2. 業務マニュアルの更新について</p> <p>○ 業務マニュアルは整備され、各ヘルパーにはハンドブックや利用者毎のケア手順書が周知され活用されています。毎年、全てのマニュアルを見直し、更新されることを課題とされています。</p> <p>3. ヒヤリハットの報告がありません</p> <p>○ 事故の報告は丁寧にされていますが、事故に至らないヒヤリハットの報告がありません。ヒヤリハットの事例を集めて分析することは事故を未然に防ぐ有効な対策です。ヒヤリハット報告の実施が、より安全で質の高いサービスにつながるものと思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況の公開について</p> <p>○ 年1回利用者アンケートもとられており、機関紙などで公開することで、事業所が適切に対応していることに利用者からも理解が得られることと思います。機関紙、ホームページ等で個人情報に配慮し公開することは、ナイトケアサービスのPRにも繋がると思います。</p> <p>2. 業務マニュアルの更新について</p> <p>○ 業務マニュアルを活用するには、最新の情報に基づいて整備する必要がありますので、最低年1回見直し、マニュアルの充実をお図り願います。そのためには事業計画の1項目に入れて頂き、見直しの分担や担当を明確にし、見直し後には年月を記載しておくなど、先ずは見直しの基準を定められると良いかと思えます。</p>

	<p>3. ヒヤリハットの仕組みと職員の共通理解について</p> <p>○ 利用者への安全なサービス提供には、様々な、事故に至らなかったヒヤリハットの事例を積み上げ、種々の角度から分析することが大切です。職員でその仕組みを共通理解し、ヒヤリハットは、職員や利用者のだれもが経験する可能性があり、その報告を集積することは、事故を未然に防ぐために必要・不可欠なものとしてとらえ、積極的に、手軽に、簡単に報告されるような仕組みが必要と思われます。</p> <p>《今後に向けて》</p> <p>高齢者の在宅生活を支えるためには、今後もナイトケアサービス事業はますます重要になると思ひます。夜間従事されている職員の体調管理や労働環境を整備していく事にも十分配慮されており、運営・管理されている法人の尽力に敬意を表します。法人理念「くらしに笑顔と安心を！」を基に、高齢者の在宅生活をこれからも支えて頂きたく願っております。</p> <p>そのためにも、現在、夜間就業事業所であるため、実習生受け入れ体制が取られていませんが、同法人内研修生からの受け入れを行い、ナイトケアサービスを知って貰うことで、人材確保に繋げて行くことも可能かとも思われます。</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	2694100153
事業所名	社会福祉法人 京都福祉サービス協会 ナイトケアセンター山科
受診メインサービス (1種類のみ)	夜間対応型訪問介護
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	2018年 2月 13日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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 理念・運営方針は事業所内の職員や来所者が確認できる位置に掲げられています。毎週水曜日朝礼時に職員全員による唱和を実施し、年度末には「職業倫理研修」がヘルパー対象に実施され、理念・方針・職業倫理綱領の内容確認をしています。ご利用者向け、ヘルパー向けに機関紙も配布し、理念の周知を図っています。 ② 組織としての意志決定方法や職務権限等は「居宅部門組織体制表」で明確にされています。理事会をはじめ、法人のナイトケア3事業所会議、各種会議は定期的に行われています。その内容は事業所内会議で報告され、議事録を回覧し全職員が周知し、情報共有できる取り組みをしています。		
(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 法人の中・長期計画のもと、単年度事業計画を策定しています。顧客満足度調査から、新たに改善を要すべき事項を計画に反映しています。 ④ 全職員が業務レベルの課題に基づき各自の目標を立て、管理者による面接にて確認しながら、達成に向けた取り組みをしています。毎月の訪問介護実績と目標の管理シートを作成し取り組んでいます。		

(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 管理者や統括責任者は、地域密着型サービス協議会が開催する研修や「訪問系委員会」に出席し、運営や法令に関する意見交換、情報収集を行い、事業所内会議では職員に対して遵守すべき法令等の周知を行っています。必要な関係法令はリスト化し室内に設置、すぐに調べられるよう整備しています。法人では新人採用研修にて「倫理及び法令遵守」を周知徹底しています。</p> <p>⑥ 組織体制表で職務権限・責任が明確にされており、管理者は職員に対して年2回（4月、10月）ヒアリングを実施するとともに、自らの行動が信頼を得ているかを確認しています。事業所内ではオープンな意思疎通が図られており、個々の職員との意見交換をよく行っています。職員全員に年1回ストレスチェックを行い、管理者対象に振り返り研修をしています。</p> <p>⑦ 「夜間対応型訪問介護における緊急時マニュアル」が整備され、具体的な指示を行う体制が出来ています。管理者が不在時においても携帯電話で連絡が取れ、万一管理者と連絡が取れない場合は、総括責任者等の指示を受けられる体制が出来ています。</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 常勤職員の割合が高く、介護福祉士資格を有する職員も多く配置されています。中には看護師資格を有する職員もあり、医療に対する情報なども得やすいです。資格取得に対する支援も充実しており、費用補助、研修時間の確保などにも事業所として協力的にバックアップされています。法人として、初任者研修、実務者研修を行いキャリアアップにつなげています。</p> <p>⑨ 法人研修は体系化されており、採用時から、キャリアを重ねていく段階で3年目、5年目の研修や、毎年年間研修計画をたて毎月開催されています。夜間対応という特殊な就業時間帯ですが、外部研修に積極的に参加されています。スタッフ育成のためにできる限り同行訪問を行い、手技の向上やスタッフの悩みなどが聞き取れるようにされています。医療行為として吸引や胃瘻注入が必要な利用者には、ケアスタッフ全員が資格を獲得し支援が可能になっており、在宅介護の強力な支援者になっています。</p> <p>⑩ 夜間対応という就業時間の特性により実習生受け入れの実績はありませんが、今後法人の新採用実習など、次世代育成ができるような取り組みも検討されると良いと思います。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>⑪ 夜間対応という特殊性から「シフト勤務」になっており、あらかじめ公休や有休の希望を聞いてシフト作成され、希望する休みは取得することができていて職員の満足度も高いです。担当者会議等への出席などで時間外勤務はありますが、フレックスタイムでの出勤を取り入れ、職員の負担軽減をしています。腰痛ベルトの貸出や「いざえもん」というスライディングシートを活用し介護負担軽減に取り組み、夜勤前には全員でラジオ体操を行っています。夜間業務となるので、職員の安全のため、持ち物に反射板の取り付けや防犯ベルを携帯しています。</p> <p>⑫ 年に一度ストレスチェックを行うとともに、必要に応じて産業医による面接が受けられる制度が整備されています。メンタルヘルス研修が年に一度あり、職員への啓発が来ています。夜間仮眠場所は確保されていますが、パーティション等の間仕切りで、プライバシーが守られることが望まれます。</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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>⑬ ホームページにて、事業所の概要や法人理念の開示を行い、「きょうほのぼの」という利用者通信やパンフレットで情報公開をされています。</p> <p>⑭ 地域では自治会への参加、回覧板への広告、山科事業所と共に「山科認知症サポート連絡会」に参加し地域住民との研修会に参加するなど地域貢献されています。</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 サービス内容を記載した見やすい「しおり」を配布しています。利用者目線で利用に際して気になる費用等の説明もされています。また実際にイメージを持って頂くためケアコール端末として使用している「テレビ電話」のデモ機やキーボックスを利用者宅に持ち込み、利用方法の説明をしています。		
(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 重要事項説明書にてサービス内容や料金説明を行い、交付されています。判断能力に支障がある利用者に対しては、親族や代理人に重要事項や契約書の説明を行い、署名を頂いています。		

(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。	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)		<p>⑰ 共通のアセスメント票を利用し、利用者の生活状況がわかるように記入されています。3ヶ月に一度、モニタリング訪問により状況を確認し、必要時には記録を変更しています。別の課題が見つかった時には、再アセスメントを行っています。</p> <p>⑱ 家族、本人の希望や目標を聞き取り、夜間対応訪問介護計画書が作成されています。サービス内容の決定に当たっては利用者及び家族等の同意を得ています。</p> <p>⑲ 退院時のカンファレンスや担当者会議にはできるだけ出席し、関係者と意見・情報交換がなされています。夜間対応という時間帯での支援となるので、緊急時に関係者との連絡方法などについては密に確認されています。薬剤師との連携記録もあり、他職種連携ができています。</p> <p>⑳ 3ヶ月に一度は必ずモニタリング訪問をし、その際に生活や体調の変化、ケア方法の確認を行い、記録更新と計画改定を行っています。利用者が使用するペンダント式通報装置の電池確認なども行い、通報機器が確実に使用できるよう注意を払っています。</p>		
(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)		<p>㉑ 退院時カンファレンスには出席し、医療情報、緊急時対応について確認しています。ケアマネジャーと連携し、状況を聞き取ることもあります。救急搬送について主治医や家族の意思も確認し、手順を決めています。</p>		
(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。	B	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	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)		<p>㉒ 業務マニュアルは整備されています。利用頻度が多いオペレーターデスクの引き出しに置かれており、必要時は皆が閲覧出来るようになっています。各ヘルパーにはハンドブックも配布されており、利用者毎のケア手順書も整備されています。業務マニュアルの更新は、今後の課題としています。</p> <p>㉓ 利用者毎のファイル作成、記録はパソコン管理で職員間で共有出来ています。個人情報保護マニュアルに基づき、記録の保管や持ち出す情報については、管理が徹底しています。</p> <p>㉔ 毎日2回の申し送り会議で、情報共有されています。社内メールや各ヘルパーの業務用携帯メールにて、連絡事項が正確に伝わるよう工夫をされています。夜勤者でミニカンファレンスを行い情報共有をしています。</p> <p>㉕ 訪問時に複写式の記録用紙を利用者宅に常置しています。必要に応じて連絡ノートを作成し、家族や関係者との連携を図っています。夜間での対応になるので、家族や連携先との連絡については時間帯に配慮し、メールやFAXにて対応しています。</p>		

(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)		<p>②⑥ 感染症マニュアルは整備されており、更新も毎年されています。ヘルパー会議で年1回「感染症」をテーマに研修を行っています。二次感染予防として職員にインフルエンザ予防接種費用の補助を行っています。感染症の利用者が出た場合に備え、感染防止の為に物品が整備されています。</p> <p>②⑦ 事業所内の物品は、衛生的で使用しやすいよう整理・整頓されています。夜間お湯が必要な利用者の為にポットのお湯を持参し、清潔が保てるように準備をして訪問されています。事業所内の清掃は、外部業者に委託し、衛生管理がされています。</p>		

(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)		<p>②⑧ 事故発生時や緊急時対応のマニュアルは整備され、責任者及び指揮命令系統が定められています。各車両にはドライブレコーダーを設置し、事故の記録が残るようにされています。夜間訪問時、不審な状況があれば警察による巡回依頼を行い、安全な環境を作るようにしています。年1回ヘルパー会議で地域消防職員を招き、救急救命の研修を行っています。AEDを事業所に設置し使用方法についても研修されています。</p> <p>②⑨ 事故が発生した場合、マニュアルに従って適切に対応し、本人や家族、保険者等の関係先に報告・説明しています。事故報告書は作成されており、リアルタイムで社内メールで共有し、再発防止のために活用されています。さらに、ヒヤリハット報告の実施が望まれます。</p> <p>②⑩ 災害発生時マニュアルは整備されています。利用者に対しては家族への連絡先確認や、事業所として優先して支援が必要な利用者を順位付けし災害時に備えています。今後の課題として、自治会に加入されているので地域や他施設との連携などを模索されては如何でしょう。</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
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)		<p>③① 毎年、職業倫理研修で、利用者の人権や自尊心を尊重したサービスの提供が出来たか、確認されています。身体拘束禁止や虐待防止についての研修も実施されています。認知症ケア研修も実施し、日々のサービスにおいて適切に対応できるようにしています。</p> <p>③② 利用者の羞恥心やプライバシーへの配慮を徹底しています。夜間訪問の為、近隣や同居する家族への配慮も周知徹底されています。キーボックスでの合鍵の取り扱いは慎重に行っています。</p> <p>③③ 遠距離など運営基準上、受け入れが出来ない場合以外は、すべて受け入れを行っています。</p>			
(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	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。	B	B	
	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)		<p>③④ 最低でも3ヶ月に一度モニタリング訪問し意見、要望、苦情が無いか聞き記録しています。また多角的に意見を聴取できるよう、別の相談員が時折訪問する体制をとっています。</p> <p>③⑤ 苦情、クレーム対応マニュアルを定め、対応できる体制ができています。個人情報に配慮したうえで公開できる体制にまでは至っていません。</p> <p>③⑥ 苦情解決のための第三者委員会、公的機関への相談窓口が重要事項説明書に記載されています。事業所内掲示や利用者通信機関紙でも周知が図られています。</p>			
(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)		<p>③⑦ 年1回全利用者に向けアンケートを実施、結果をセンター会議で報告、他事業所(ケアマネジャー)からの改善要望も検討し、見直しを行っています。前年度アンケート結果との対比についての検討も行っています。</p> <p>③⑧ 地域密着型協議会、訪問系委員会に出席して他事業所との情報交換を行い、自事業所の取組みと比較検討し、サービス改善に生かすようにしています。収支改善に向けての5か年計画について検討、各職員の意見聴取を行い反映できるように取り組んでいます。</p> <p>③⑨ 2018年1月に開設され、第三者評価は初回受診となります。</p>			