

アドバイス・レポート

平成30年 4月 6日

平成29年9月6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 南事務所 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14 地域への貢献</p> <p>ケアマネジャー全員が、南区の「認知症あんしんサポートネットワーク」のサポートリーダーとして、地域の学習会の講師を務めています。</p> <p>また、毎週2回、事業所の駐車場を利用して地域の皆さんとラジオ体操を行っています。そして半年に1度は、ラジオ体操の後に会議室を開放して茶話会を開き、血圧測定や健康相談、情報交換など、地域の方々に対して和気あいあいとした交流の場を提供しています。</p> <p>貴事業所（居宅介護支援・訪問介護）は、夜間対応型訪問介護や訪問看護の事業所と一体となって、地域の介護サービスの拠点として、重要な役割を担っています。</p> <p>○通番21 多職種協働</p> <p>ケアマネジャーは、常に利用者に寄り添い、親身になった利用者支援に努めています。</p> <p>医療機関とのかかわりは、利用者の受診に付き添って主治医から直接意見を聞くほか、京都府医師会が作成した各医療機関の「ケアマネタイム」を利用した情報交換、地域の医師会や薬剤師会などとの緊密な連携など、相互に「顔の見える関係づくり」に努めています。</p> <p>また、サービス担当者会議では、ケアマネジャーが中心となって関係専門家の意見交換をリードし、個別援助計画に結び付けています。</p> <p>○通番24 職員間の情報共有</p> <p>全てのケアマネジャーが、利用者全員（約180名）について、いつでも問合わせ等に対応できる体制になっています。</p> <p>具体的には、利用者全員についてPC上で検索可能な状態になっていると共に、利用者一人ひとりのファイルを作成して、必要な情報を素早く見つけられるよう一覧性を高める工夫をしています。</p> <p>また、毎週のチームミーティングで、新しい利用者や要介護度に変化のあった利用者などについて情報交換し、職員間での情報共有に努めています。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○通番35 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>改善状況が公開されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○改善事例の公開</p> <p>一般に、事故や苦情等への迅速で真摯な対応状況を公開することは、事業所に対する信頼度を向上させます。</p> <p>公開方法はいろいろありますが、例えば、貴事業所があるオフィスは、24時間365日機能する地域の重要な介護拠点になっているところから、オフィス全体として、地域に即した情報を発信する広報紙の発行を検討されては如何でしょうか。</p> <p>この中で、苦情等に対する改善点やサービス提供上の工夫点などを公開することも考えられます。</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	2670500038
事業所名	社会福祉法人 京都福祉サービス協会南事務所
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 予防訪問介護
訪問調査実施日	平成30年3月7日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都ビジネス・サポート・センター

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、「くらしに笑顔と安心を」と平易な言葉で述べられ、周知と実践が図られています。職員間では、毎週定例的に行われる朝礼において、理念と事業運営の基本方針を唱和して再確認しています。 2. 組織の運営については、職務分掌規程と組織図において、また、組織の意思決定については会議規定により、明確に定められています。		
(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. 5年間で単位とする中期経営計画を策定し、毎年度末に進捗状況を確認しています。本年度は中期計画の最終年度に当たり、5月の理事会では5年間の総括が報告されることになっています。 4. 課業一覧表を整備して、個々の業務レベルの確認とスキルアップを図っています。また、一人ひとりが役割に応じた目標を設定して、課題達成に取り組んでいます。		
(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。	B	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. 遵守すべき法令はリスト化されると共に、いつでも確認できるよう整備されています。また、京都府の集団指導には管理者が出席し、関係資料はいつでも閲覧可能な状態になっています。 6. 管理者の役割は、職務分掌規定により明確にされています。管理者及び統括責任者は、毎週のチームミーティングで職員の意見を聞くと共に、自らの行動の評価・振り返りには、職員全員のストレスチェックの分析結果を役立てています。 7. 管理者及び統括責任者は、業務の進捗状況を常に把握し、必要な指示や情報伝達を行っています。また、携帯電話で、24時間いつでも連絡がとれる体制になっています。		

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 「互学共育」の理念の下、相互に学び合う風土ができています。業務上必要な資格の取得に対しては全面的に支援する制度があり、また、自己啓発に対しては費用の半額を負担するSDS(Self Development System)制度を用意して、自主的なキャリアアップを促しています。 9. 新規採用の職員に対しては中堅の職員(3年程度の経験者)を配して教育に当たらせるプリセプターシップ研修により、新人の育成と教える側の育成も図っています。また、ケアマネージャーは、幅広い知識が求められるため、外部研修を積極的に受講させると共に、受講者には伝達研修の実施を義務付けています。 10. 京都府の介護支援専門員実務研修の指定事業所になっており、毎年、定期的の実習生を受け入れています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇の他に、年間40時間の時間年休の制度があり、2時間単位で休みを取ることができることから、職員間では好評でした。 12. 法人として産業医や保健師を用意すると共に、毎年、全職員に対してストレスチェックを受けさせています。事業所には、執務室から離れた場所に休憩室を設けています。また、年2回のお楽しみ会やバレーボール大会など、職員間の親睦の機会を設けています。		
(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. ホームページや季刊誌「きょうほのぼの」「ばあとなあ」により、法人に関する情報を広報しています。事業所は、地域の回覧板に広告を出しています。また、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に積極的に参加し、地域との連携に努めています。 14. スタッフ全員が、南区の「認知症あんしんサポートネットワーク」のサポートリーダーとして、地域の学習会の講師を務めています。また、毎週2回、事業所の駐車場を利用して地域の皆さんとラジオ体操を行っています。また、半年に1度は体操の後に会議室で血圧測定・健康相談や情報交換を行う茶話会を開いて、地域の方々に対して交流の場を提供しています。		

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
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. 事業所に関する情報は、ホームページで概要を紹介し、詳細については、重要事項説明書で個別に情報提供をしています。介護サービスを提供する事業者に関する情報は、地域の社会資源を紹介する「エリアマップ」などを用いて公平な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. 契約書説明マニュアルに従って支援サービスの内容を分かり易く説明し、同意を得ています。成年後見制度を利用した契約書も見受けられました。		
(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	A
(評価機関コメント)		17. 所定の様式に基づいてアセスメントを行い、毎月モニタリングを行っています。また、定期的又は必要に応じて再アセスメントを行っています。 18. 個別援助計画は、利用者・家族の希望を尊重して作成し、同意を得ています。 19. 個別援助計画の作成に当たっては、主治医から直接または連絡票を用いて意見を聴取しています。また、理学療法士をはじめ関係専門職と意見交換をしています。 20. 介護保険ソフトを利用して、利用者に関するすべての情報を一元管理しています。また、定期的にサービス担当者会議の結果を踏まえて個別援助計画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. 京都府医師会が作成した各医療機関の「ケアマネタイム」を活用して関係医療機関と情報交換をしています。また、医療・看護情報は、関係介護サービス提供事業者と情報共有をしています。		
(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	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. 法人本部で、職務ごとの業務マニュアルを整備し、事業所ではこれに基づいて支援業務を行っています。マニュアルの見直しは、法人内の各事業所からの意見を反映して本部で行っています。 23. 一人ひとりの利用者に関するすべての情報をPCシステム上で共有すると共に、ファイルを作成してキャビネットに保管し、施錠を徹底しています。ファイルを社外へ持出す際は、必ず、記録簿へ記載しています。 24. 利用者に関する記録はPC上で確認できると共に、新たな情報は、毎週開催するチーム会議で情報共有を図っていて、利用者・家族からの問い合わせ等については、いつでも事業所として対応できる体制になっています。 25. サービス担当者会議は、家族が参加し易い日に開催するよう、日程調整をしています。また、メールなどを利用して家族との情報交換に努めています。		
(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. 感染症に関するマニュアルがある他、本部を通じて最新の情報を入手すると共に、感染予防衛生用品を常備しています。 27. 事業所の清掃は、外部委託をして毎週1回実施しています。また、執務スペースは職員が清掃しています。		

(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	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。	A	A		
	(評価機関コメント)		28. 事件事例はありませんが、「緊急対応マニュアル」を整備しています。 29. 訪問介護では、「ヒヤリハット事例集」を作成して、事故の発生防止に努めています。 30. 「緊急災害行動マニュアル」を整備しています。事業所としては、南区の「大規模災害発生時の事業所間連携」に取り組んでいます。防災用品や水・食料の備蓄も行っています。				
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
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)		3 1. 法人理念や業務マニュアルに「ご利用者本位のサービス」を掲げ、「利用者に寄り添う」ことを心がけながら、利用者支援に取り組んでいます。 3 2. 「介護関係者の訪問であることをご近所に覚られないようにする。」など、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した行動をすることもあったとのことでした。 3 3. サービスの供給体制に支障がない限り、すべて申込みを受付けています。				
(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	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	B		
	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)		3 4. 利用者・家族に寄り添って、意見・要望・苦情等を幅広く聞き取り、親身になった支援に努めています。 3 5. 利用者・家族からの要望・苦情等に対しては、ケアマネージャー間で情報共有をすると共に、迅速に組織的な対応をしています。しかし、その対応結果についての公開は、していませんでした。 3 6. 法人本部に、弁護士や公的機関の責任者などを委員とする苦情解決のための第三者委員会を設置しており、これを重要事項説明書に明記すると共に、事業所内にも掲出して周知を図っています。				
(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)		3 7. 毎年、利用者・家族や関係事業所を対象に、居宅介護支援・訪問介護それぞれについてアンケート調査を実施して、その分析結果をサービスの改善に役立てると共に、広報紙に掲載して公開しています。また、改善内容については年度末の理事会に報告する仕組みになっています。 3 8. 質の向上に関しては、法人内の「エリア会議」や「マネージャー会議」などにおいて、各事業所の代表者が集まって検討しています。 3 9. 年2回、法人で内部監査を行っています。その結果を受けて事業所で内部総括を行い、次年度の事業計画につなげるというPDCAサイクルを回す仕組みが定着しています。第三者評価は、毎年受診しています。				