

アドバイス・レポート

令和4年10月7日

令和2年11月19日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（福）京都福祉サービス協会 高齢者福祉施設紫野 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 法人において人事考課（DOCAP）の仕組み及びキャリアパス制度をもとに年度研修プログラム（「職員教育計画」）が立てられています。それ以外に法人全体研修、職員研修（内部研修）、外部研修の参加の仕組みもあります。職員がそれぞれの実践の取り組みを発表する場（事例研究）もあります。施設内においては、研修担当者を配置して研修の計画や調整を行っています。新人職員にはマニュアルに基づいて教えるOJTの仕組みがあります。また、夢をかなえるプロジェクトなど部署を越えて横断的に利用者について考える場もあります。総合施設としてスケールメリットを生かした取り組みとして評価できます。</p> <p>(通番 12) ストレス管理 こころの健康相談室と法人が契約をし、職員に案内をしています。事業所内においては、安全委員会を設置し、日ごろの悩みを聞く機会を必要に応じて設けるとともに、年1回ストレスチェックを実施し、専門職（産業医等）につなげる仕組みがあります。福利厚生としては、共済会に加入するとともに、親睦会などがあります。事業所内には食堂や宿直室以外に休憩スペースを設けています。また、法人内に内部通報制度の仕組み及びハラスメント防止に係る指針が定められ、相談窓口も明示されています。</p> <p>(通番 17-20) 個別状況に応じた計画策定 業務支援ソフト「ほのほの」のフェイスシートと課題整理総括表を活用してアセスメントを行っています。アセスメントは、主治医の意見書をもらうほか、きょうと安心ネットを活用し、医師、家族との情報交換を行っています。ケアプラン更新時、課題変更時には再アセスメントを行っています。 利用者・家族の意向や希望は、本人も原則参加するサービス担当者会議や毎月の訪問モニタリング時に確認を行い、ケアプランに反映しています。 計画の策定にあたっては、サービス担当者会議において医師の意見照会を求めたり、訪問診療（医師及び看護師、訪問リハビリ、福祉用具等との連携を図り意見を計画に反映しています。計画の評価を毎月の訪問時に行っている。利用者の状態に合わせてモニタリングを行い個別援助計画の見直しを行っています。ケアマネジャー業務マニュアルを整備し、変更する基準も定めています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番6番) 管理者によるリーダーシップの発揮 管理運営規程に権限の範囲、役割が明文化され職員に周知されています。職員の意見を聞く機会として毎月開催される部署ごとの会議や年2回の面談、管理者による面談を行っています。しかし、管理者自らの行動が職員に信頼を得ているかどうかを把握する明確な仕組みはありませんでした。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 「相談・苦情対応マニュアル」及び「利用者の意見・要望等の相談解決実施要項」を整備して、利用者の意見・要望・苦情に対する対応方法が定められています。利用者からの意見・要望等については事業所内の安全委員会で対応を検討しています。しかし、改善状況については、苦情報告書を作成していますが公表は出来ていませんでした。</p> <p>(通番39) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は定期的を受診しています。しかし、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等について定められた評価基準に基づく自己評価の実施が行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人京都福祉サービス協会は、1986年6月に「京都ホームヘルプ協議会」が発足し、8月にホームヘルプ事業が開始されました。その後、1993年に社会福祉法人の認可を受け現在に至りますが、増加する利用ニーズに応えるため、今では100事業を越える介護サービス事業や障害者総合支援や児童館など幅広いサービス提供をされている大規模な法人です。</p> <p>その拠点の一つである高齢者福祉施設紫野は、2005(平成14)年5月に開設された比較的新しい高齢者福祉施設で居宅介護支援事業所のほか同建物内には特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、地域包括支援センターを併設しています。</p> <p>立地は、北大路通りに面しており、交通の便もよく、船岡山公園、大徳寺、金閣寺に隣接した風光明媚な環境にあります。「いつまでも“わたし”らしく」をモットーに、部署を超えてケア向上委員会を設置するとともに利用者一人ひとりの思いを実現することを目的にして「夢をかなえるプロジェクト」などに取り組まれています。事業所間の連携も大変良好で、サイボウズ、インカムの活用や十数年にわたって受け継いで来られている2分間スピーチなどを通じて、コミュニケーションを図っています。また、障害者雇用にも積極的に取り組まれており、事務職をはじめ障害特性に応じた配置がなされていました。</p> <p>今回メインで評価を受診 された居宅介護支援事業所では、困難ケースを積極的に受け入れるとともに事業所内で話しあう時間を大切にしながら常にサービスの質の向上を目指し支援に取り組んでいます。</p> <p>地域との関係も良好で集会室や展示スペースを開放して日常的に交流を図っています。</p> <p>今後も、地域住民との連携の中で、互いに支え合う関係構築を継続し、多様な人材が関わる事業所運営や地域づくりを推進していかれることを期待します。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670100433
事業所名	高齢者福祉施設紫野
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)	介護老人福祉施設、通所介護(予防、認知症対応型)
訪問調査実施日	2021年3月24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)法人理念及び事業所理念は、ホームページ、広報誌に記載され、事業所内にも掲示している。それをふまえ職員の行動規範となる5つの心得を作成している。新規採用者には理念を説明するための研修を行っている。利用者及び家族には契約時に重要事項説明書に基づき説明をしている。 2)組織図、管理運営規程が整備されている。理事会、法人施設居宅部会(2回)、運営会議(毎月)、各委員会(定期的)、部署ごとの職員会議(月1回)、全体会議(年1回)、など階層別の会議があり、現場の意見が反映される仕組みがある。		
		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)法人第2期中期経営計画(2019から2023)に基づき事業所単年度計画を策定している。単年度計画策定にあたっては職員会議で出された意見等を反映して事業計画を立てており、中間振り返り及び期末時のまとめも行っている。事業計画は年度初めに職員に伝えたり、サイボウズを活用して文書でも供覧する仕組みとなっている。 4)委員会及び部署ごとに年度当初に年間の目標を立てて中間振り返り、期末時のまとめを行っている。居宅支援会議等のレジュメに常に記載されており、職員に対して意識付けを行っている。		
(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。	A	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)管理者が集団指導や圏域の地域包括支援センターなどの開催する研修に参加している。WAMNETの閲覧を定期的に行っている。自主点検の読み合わせ、資料の閲覧もできるようにしており、職員にも周知している。法人全体研修(権利擁護・倫理、ハラスメントなど)に参加している。関係法令の書類での整備及びサイボウズでリスト化されており職員は閲覧できるようになっている。 6)管理運営規程に権限の範囲、役割が明文化されている。職員の意見を聞く機会として年2回の面談、管理者による面談を行っている。しかし、上司が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みはない。 7)管理者は、業務日誌で日々の状況を確認している。居宅会議(月1回)、運営会議に参加して現場の状況把握を行っている。非常時については、緊急連絡網を整備するとともに、管理者は携帯を所持しいつでも連絡できるようになっている。また、役職者のいずれかが必ず勤務している。		

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 法人にて採用にかかるハートメッセンジャー(チーム)を立ち上げ、パンフレットの作成、動画の作成、就職フェアなどで人材確保等を計画的に進める仕組みがある。入社してから資格(実務者研修)を取得できる仕組みあり、研修参加及び費用の負担や入社後の資格取得者にお祝い金などがある。 9) 法人において人事考課(DOAP)の仕組み及びキャリアパス制度をもとに年度研修プログラム(「職員教育計画」)が立てられている。それ以外に法人全体研修、職員研修(内部研修)、外部研修の参加の仕組みもある。施設内においては研修担当者を配置して研修の計画や調整を行っている。新人職員にはマニュアルに基づいて教えるOJTの仕組みがある。職員がそれぞれの実践の取り組みを発表する場(事例研究)もある。夢をかなえるプロジェクトなど部署を越えて横断的に利用者について考える場もある。 10) 法人に実習担当や部会があり受け入れ窓口となっている。「実習受け入れマニュアル」が整備されており、基本姿勢の明文化等を行っている。事業所については、社会福祉士の受け入れを行っている。実習指導者の研修も受けている。		
(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) 有給休暇の取得状況等は事務部門において把握している。そのデータをもとに声をかける等必要に応じ対応をしている。育休、産休、介護休暇等職員が取得しており、働きやすい環境を整えている。外勤用の電動自転車、一人一台のパソコン、携帯電話を配布、リフト浴やスライディングシートを活用し、職員の負担軽減を図っている。 12) 日ごろの悩みを聞く機会を設けている。こころの健康相談室と法人が契約をし、職員に案内をしている。事業所内に安全委員会を設置するとともに年1回ストレスチェックを実施し、日にちを設定し専門職(産業医等)につなげる仕組みがある。共済会に加入するとともに、親睦会など福利厚生制度を整備している。法人内に内部通報制度の仕組み及びハラスメント防止に係る指針が定められ、相談窓口も明示されている。事業所内には食堂や宿直室以外に休憩スペースを設けている。		
(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) 事業所の理念や取り組み、情報の公表にかかる情報などはホームページに掲載している。玄関入り口に地域の情報の掲示や利用者の作品の展示等を行っている。(以前は、地域とのかかわりとして書道ボランティア、縫物ボランティアなどの受入も行っていたがコロナ禍で現在は受け入れていない。) 14) 車いすの貸し出しやスペースを地域に開放している。また、コロナ禍において行えていないが、圏域内のヘルパー事業所を対象に毎月、研修会を行っていたり、中学校等に認知症サポーター養成講座で職員が出向いていた。福祉避難所の指定も受けており、地域と連携して訓練もしている。		

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
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)ホームページやパンフレットでの情報提供を行っている。パンフレットは写真を多用することで、誰にでもわかりやすく、見やすい内容になっている。施設見学、体験利用等に随時対応している。見学簿により対応記録の記載を行っている。		
(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)重要事項説明書に基づき説明をし、同意を得ている。成年後見制度等の活用については、事業所内に居宅介護支援事業所があり、連携をし必要に応じて情報を提供している。成年後見人との契約締結、日常生活自立支援事業の実績がある。法人内に弁護士を配置し、成年後見制度等々について相談する仕組みがある。		
(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)業務支援ソフト「ほのほの」のフェイスシートと課題整理総括表においてアセスメントを行っている。主治医の意見書をもらうほか、きょうと安心ネットを活用し、医師、家族との情報交換を行っている。サービス担当者会議を通じて専門職との連携を行っている。毎月、訪問をし情報収集、アセスメントを行っている。ケアプラン更新時、課題変更時には再アセスメントを行っている。 18)訪問時に利用者・家族の希望は確認を行い、ケアプランに反映している。また、毎月の訪問モニタリング時に意向の確認をしている。本人も原則、サービス担当者会議に参加している。 19)計画の策定にあたり、サービス担当者会議において医師の意見照会を求めたり、訪問診療(医師及び看護師、訪問リハビリ、福祉用具等との連携を図り意見を計画に反映している。 20)計画の評価を毎月の訪問時に行っている。利用者の状態に合わせてモニタリングを行い個別援助計画の見直しを行っている。ケアマネジャー業務マニュアルを整備し、変更する基準を定めている。		
(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)利用者がかかっている主治医や入院時の医療機関との連携を図っており、サマリーの提供を受けたり、退院前カンファレンスには参加し、情報共有に努めている。サービス担当者会議を通じて関係者との情報共有を行っている。行政発行の冊子「ハートページ」「すこやか進行中」を整備して、職員がいつでも閲覧できるようになっている。		

(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	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)		<p>22)「ケアマネジャー業務マニュアル」を整備するとともに各職員に配布している。年に1度、4月を基準月として見直しを確認する仕組みがある。利用者アンケートを行い、マニュアルの見直し及び業務にも反映している。</p> <p>23)利用者の状況は業務支援ソフト「ほのぼの」にて記録している。記録の保管、保存、持ち出し、破棄、情報開示に関しては「特定個人情報取り扱い規程」に明記されている。「個人情報の保護に関する基本方針などについて」にて開示請求の仕組みも含めて明記されている。事務分掌、専決及び文書・公印に関する規程に保管・保存は文書に関する規定がある。</p> <p>24)利用者の情報は毎朝、ミニカンファレンスを行っている。パソコンのネットワークシステムを活用して利用者への支援等について職員間で情報共有を図っている。職員会議(月1回)を毎月開催し、職員間の意見集約を行っている。</p> <p>25)家族との情報交換は、毎月の訪問時や電話にて行っている。ヘルパーが活用しているノートを共有して家族との情報交換を行っている。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>26)「感染症マニュアル」を整備し、常に最新の情報を更新している。職員が常に関覧できるようにしている。感染予防用品を準備している。随時、研修を行い、感染症に関する知識の向上を図っている。</p> <p>27)施設内(厨房含む)の清掃に関しては、障害者施設へ業務委託をしている。あわせて、宿直の職員が定期的に清掃している。トイレなど清掃点検表によるチェックも行っている。臭気対策においては、各所(5台)にオゾン発生器を設置している。備蓄等も整理整頓されている。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>28)想定される緊急時ごとの「緊急時対応マニュアル」を整備している。職員がいつでも見られるようにしている。マニュアルに責任者及び指揮命令系統を明確にしている。</p> <p>29)「緊急時対応マニュアル」を作成している。毎月開催する月1回の居宅会議で報告するとともに法人内事業運営会議において事故・ヒヤリハットの報告を行い、再発防止会議事故防止策を検討した上で職員に周知を図っている。発生した事故に対して、状況や対応した方法を家族等に説明している。</p> <p>30)「災害マニュアル」「消防計画」を整備している。避難訓練(年2回)、消防署との合同訓練及び救急救命講習を実施している。福祉避難所の指定を受け、福祉避難所訓練を地域と合同の訓練を行っている。</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
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)人権等の尊重については、5つの心得に記載されている。重要事項説明書にも明記して契約時等に説明をしている。権利擁護にかかる法人全体研修を年1回実施している。また、身体拘束廃止に関する指針を設けるとともに研修を行っている。虐待防止に係るチェックリストを定期的に実施している。 32)法人内事業運営会議でプライバシー保護等の研修を年1回実施している。また、相談時にはプライバシー保護に配慮して取り組んでいる。 33)利用申込については、原則断らない。(困難事例を積極的に受け入れている。)		
(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。	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)		34) 毎月の訪問時に確認をしている。利用者との普段の会話から聞き取るようにしている。アンケート調査を実施している。苦情窓口は事業所内に掲示している。意見箱の設置もしている。 35)「相談・苦情対応マニュアル」及び「利用者の意見・要望等の相談解決実施要項」を整備して、利用者の意見・要望・苦情に対する対応方法が定めている。利用者からの意見・要望等については事業所内の安全委員会に対応している。改善状況については、苦情報告書を作成しているが公表は出来ていない。 36) 第三者又は公的機関等の相談窓口の電話番号等が事業所内に掲示するとともに重要事項説明書に明記している。		
(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。	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) 利用者の満足度については、アンケートを行い、居宅会議で分析を行うとともに改善している。具体的には、電話がつながりにくい声をいただき複数配線を行った事例などがある。 38) 居宅会議で議題をあげて検討している。幹部会議や運営会議を毎月開催してサービス改善に努めている。圏域内の居宅介護支援事業所や、法人内居宅部門会議(年2回)で各施設の取り組みなど情報を収集している。(利用者のやる気を引き出す取組) 39) 第三者評価を定期的に受診している。しかし、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等についての定められた評価基準に基づく自己評価の実施が行われていない。		