

様式 7

アドバイス・レポート

令和5年3月22日

令和5年1月17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 小川事務所（訪問介護）様 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

| | |
|---------------------|--|
| 特に良かった点とその理由 (※) | <p>1. 地域への貢献</p> <p>年1回、近隣の幼稚園で車いすの勉強会を実施していました。上京区事業所連絡会に参加し地域の福祉ニーズの把握を行っていました。</p> <p>2. 職員間の情報共有</p> <p>サービス提供責任者、訪問介護員、登録ヘルパーとの連絡・連携をとる方法として職員一人ひとりにグループウェアソフトのアカウントを付与し、連絡が取れる仕組みを構築していました。また時間や場所にとらわれず全職員と連絡が取れる仕組みは、効率よく業務が行える取組でした。</p> <p>3. プライバシー等の保護</p> <p>職員一人ひとりが利用者に配慮できるように「気持ちの良い更衣介助のテキスト」を作成していました。実際に判断に困る事例が多く掲載され、配慮の仕方など分かりやすくまとめられていて、職員の力量向上に繋がる取組が確認できました。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由 (※) | <p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>在宅相談員業務マニュアル、在宅介護員マニュアル、契約ヘルパー業務マニュアル、ホームヘルプハンドブックといった手順書等を作成していました。内容も実用的で分かりやすい表現になっていました。手順書は年に1回見直しを実施していると口頭では確認しましたが、見直しの基準は手順として定められていませんでした。</p> <p>2. 災害発生時の対応</p> <p>緊急災害時対応マニュアルを作成し、施設全体で防災訓練を行い、訪問介護員も参加していました。また、2月に京都市主催の大規模災害訓練として大規模地震（震度6）が起きた想定で小川学区住民と協力しガレキの中を避難</p> |

| | |
|------------------|---|
| | <p>する訓練に参加していました。しかし、地域との連携を意識したマニュアルは作成されていませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>第三者評価は3年に1度受診していました。法人内で内部監査を行う体制があり、内部監査がない場合は「実施指針及び着眼点」に基づきセルフチェックで点検を実施していました。しかし、評価結果から導き出された課題は次年度の事業計画には反映されていませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>本部で作成されている文書管理規程等に見直しの時期を記載したり、もしくはマニュアル毎に「3月末に見直しを行う」等の文言を追加し、誰が対応しても必ず見直しができるように記載し、明文化してはいかがでしょうか。見直しを実施し、変更がないことも想定できるので、見直しを行った記録を残すことが必要です。</p> <p>2. 災害発生時の対応</p> <p>毎年、京都市主催の大規模災害訓練に参加し地域住民と連携を取っていました。今後は施設で実施する消防訓練にも地域住民へ声かけを行い、合同訓練を実施してはいかがでしょうか。日頃から地域住民と連携をとる事で、災害時にもスムーズに行動に起こせると思います。その為にも施設や地域住民が行う役割をマニュアルに定めてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>内部監査やセルフチェックの結果から導き出された課題を次年度の取り組みべき課題として事業計画に掲げ、点検項目に組み込むことで、実施できたか評価する事ができます。計画、実施、評価、改善の取り組みを繰り返す機会が確立できれば継続的に改善がなされ、質の向上に繋がるので検討さ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 | 2670200316 |
| 事業所名 | 京都福祉サービス協会 小川事務所 |
| 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) | 居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 令和5年2月13日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人 京都府介護福祉士会 |

| 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. 基本理念を事務所に掲示し、週1回理念の唱和を行い職員に浸透する取組みを実施していました。また広報紙「きょうほのぼの」に理念を掲載し利用者へ配布していました。 2. 理事会を年5回開催していました。ヘルパー会議で各職員の意見を吸い上げ、運営会議（居宅部）で集約していました。権限の委譲においては、「課業一覧」に規定していました。 | | | |
| (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. 事業計画においては、法人全体から自施設分まで一連の流れで期間も明確にした中・長期計画を作成していました。 4. 年度当初に「小川事務所の取り組み」を定め、その中で事業所の課題を明確にした上で半期毎に評価を実施していました。 | | | |
| (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組みを行っている。 | A | B | |
| | 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) | <p>5. 管理者は「BCP（事業継続計画）」の研修に参加していました。法令遵守の研修は実施していましたが、法令のリスト化はしていませんでした。</p> <p>6. 「課業一覧」にて役割と責任を文書化していました。人事異動ヒアリング時に各職員の意見を聞いていました。しかし、管理者を評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 日々の実施状況は介護ソフトで確認していました。緊急・事故マニュアルを策定し、緊急時は指示を仰ぐ体制となっていました。</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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | <p>8. 法人の居宅部で人員の検討し適切な配置に努めていました。また、法人内研修部で介護福祉士及び介護支援専門員の資格取得に向けて研修を実施し、初任者研修等法人で実施している研修の受講料は免除となっていました。</p> <p>9. ヘルパー会議内で年間計画を作成し実施していました。外部研修費用も法人負担としていました。今年度は、「持ち上げない介助方法」を取り組まれているほか、2ヶ月に1回「サロン小川（勉強会）」を開催していました。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルを整備していました。しかし、実習指導者に対する研修は出来ていませんでした。</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) | | <p>11. 管理者は有給休暇取得率や超過勤務の状況を把握し、安全衛生委員会で傾向分析を行っていました。育児・介護休業法は規則に定め適切に対応していました。スライディングボードの活用や腰痛ベルトの貸与を行い職員の負担軽減につなげていました。</p> <p>12. 産業医をメンタルヘルスの外部相談先として設置していました。ハラスメント防止に関する指針を規定し、相談窓口を設置していました。職員は共済会や民間の福利厚生も活用していました。</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 | B |
| 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. ホームページに運営理念を掲載し、地域へ開示・広報していました。また、「京都福祉サービス協会小川事務所通信」を毎月発行し、地域の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへ配布していました。しかし、情報の公表制度を活用した情報開示は出来ていませんでした。</p> <p>14. 年1回、近隣の幼稚園で車いすの勉強会を実施していました。上京区事業所連絡会に参加し地域の福祉ニーズの把握を行っていました。</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.パンフレットや「ご利用のしおり」に事業所概要・サービス内容等を記載し、分かりやすく掲載していました。新規の問い合わせがあった場合は新規相談受付簿に記載し、記録を残していました。 | | |
| (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.重要事項説明書にサービス内容や料金等を具体的に明記し、契約時に説明して同意を得ていました。保険外サービスについては、「ほのぼのサービス」という名称で実施し、重要事項説明書及び別紙でも説明をしていました。権利擁護については、同敷地内にある地域包括支援センターと連携を取り、必要時には活用できる仕組みを構築していました。 | | |
| (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.介護ソフト内に登録しているアセスメント様式に利用者の心身状況や生活状況を記録していました。また、専門職の意見が必要な場合は、退院時サマリー等で意見を収集し、情報を更新していました。アセスメントの更新頻度は在宅相談員業務マニュアルに基づき、定期的に更新していました。 18.アセスメントで収集した情報を元に具体的な訪問介護計画の目標を策定していました。サービス手順書を個別に作成し、計画が確実に実施できるような仕組みとなっていました。 19.訪問介護計画を立案するにあたり、サービス担当者会議に参加し、情報や意見のすり合わせを行い、得られた情報は計画に反映していました。 20.訪問介護計画で定めた計画通りにサービスが実施できているかを原則3ヶ月に1回実施し、状況の変化に気が付ける取組が機能していました。モニタリングの頻度や計画の変更基準は在宅相談員業務マニュアルに定めていました。 | | |
| (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.関係機関とはサービス担当者会議で情報や意見交換を行い連携を図っていました。利用者一人ひとりに「緊急通報時ご利用者情報カード」を作成し、一部は利用者自宅、控えを事業所でファイリングを行い、緊急時に迅速に対応できるよう体制を整えていました。また、関係機関のリストも作成していました。 | | |
| (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 | 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. 在宅相談員業務マニュアル、在宅介護員マニュアル、契約ヘルパー業務マニュアル、ホームヘルプハンドブックといった手順書等を作成していました。内容も実用的で分かりやすい表現になっていました。しかし、見直しの基準は手順として定めていませんでした。</p> <p>23. 提供したサービスは利用者宅からスマートホンに情報を入力し、介護ソフト内のサービス実施記録に入力していました。利用者の記録は原則持ち出さないと個人情報保護に係る「執務基準」に定めていました。訪問介護事業所としては毎年4月に全職員対象に個人情報チェックシートを用いて確認を行い、意識が低い項目があれば「執務基準」に基づき教育を実施していました。</p> <p>24. サービス計画の変更や利用者により状態変化があった場合は、担当している職員全員（全職員にアカウントを付与）にグループウェアのメールで情報発信や意見交換を行うシステムを構築していました。既読にならない職員には再送信を行い、確認の徹底を図っていました。</p> <p>25. サービス提供責任者が定期的にモニタリングを兼ねて自宅を訪問したり、困難な場合は電話にて状況を伝える機会を確保していました。</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. 訪問介護事業所として「新型コロナウイルスに関する感染予防着などの着脱について」というマニュアルを作成し、職員に対して研修を実施して感染を広げない知識を学んでいました。新型コロナウイルス以外の感染症（食中毒等）についても研修を実施していました。</p> <p>27. 書類は全て鍵のかかる書庫で管理し、介護用品は事務所入口のラックに整理・整頓しており、誰でも使用しやすい工夫をしていました。トイレも職員が毎日担当制で掃除をして、清潔が保たれていました。</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 | B |
| (評価機関コメント) | | <p>28. 緊急・事故対応マニュアルを整備し、採用時及び毎年の研修内容に組み込み、直近での研修は6月に新型コロナウイルス時の利用者対応方法について実施していました。</p> <p>29. 事故が発生した場合は、時系列や家族への報告内容をまとめ、事故・苦情・クレーム報告書に記載していました。内容によっては保険者へ報告もしていました。起きた事故には状況や分析内容をまとめ、チーム会議で評価を行い、再発防止策が有効に作用しているかを確認していました。</p> <p>30. 緊急災害時対応マニュアルを作成し、施設全体で防災訓練を実施して訪問介護員も参加していました。また、2月に京都市主催の大規模災害訓練として大規模地震（震度6）が起きた想定で小川学区住民と協力し、ガレキの中を避難する訓練に参加していました。しかし、地域との連携を意識したマニュアルは作成していませんでした。</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. 毎年職業倫理について研修を行い、人権や自尊心についての研修を実施していました。また、接遇研修の中で「利用者を不安・不快にさせていないかチェックリスト」を用いて振り返る機会を設けていました。高齢者虐待防止法対応マニュアルを作成し、マニュアル内に身体拘束禁止を明示して虐待防止について研修を実施していました。</p> <p>32. 利用者へのプライバシーや羞恥心に配慮したサービスを行うよう、個々のサービス手順書に配慮する内容を記載し、サービスを提供していました。職員一人ひとりが利用者に配慮できるように「気持ちの良い更衣介助のテキスト」を作成し、ヘルパー会議内で介護技術と羞恥心に配慮する方法について研修を実施していました。</p> <p>33. 基本的に依頼を断ることはありませんでした。エリア外で受入が出来ない場合は近隣事業所と連携を取る仕組みがありました。</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。 | A | A | |
| | 第三者への相談機会の確保 | 36 | 公的機関等の窓口に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. 利用者や家族からの意見を収集するために年2回「ご意見はがき」を配布していました。収集した意見は事務所会議で評価・分析を行い、サービス提供責任者へ報告した後、全職員にメールで報告し、理解出来るよう促していました。</p> <p>35. 苦情・クレーム対応マニュアルに対応方法を記載し、対応していました。収集した意見は事務所会議で評価・分析していました。内容及び改善状況については、書面にまとめ利用者に配布及びホームページに公表していました。</p> <p>36. 第三者委員相談窓口を設置し、連絡先は重要事項説明書に明記していました。現在は苦情はなく、あった場合は、苦情・クレーム対応マニュアルに基づき、対応する仕組みがありました。</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 | B | |
| | 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 | B | |
| | 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) | | <p>37. 年に2回「ご意見はがき」を配布し、意見を収集していましたが、その結果から調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか評価する仕組みがありませんでした。</p> <p>38. 上京区事業所連絡会に参加し、事業所間での情報収集、比較検討を行っていました。質の向上の取組として、事業所会議で議論できる仕組みはありましたが、その結果がサービス改善の為に具体的な取組に繋がっていませんでした。</p> <p>39. 第三者評価は3年に1回受診していました。法人内で内部監査を行う体制があり、内部監査がない場合は「実施指針及び着眼点」に基づきセルフチェックで点検を実施していました。しかし、評価結果から導き出された課題は、次年度の事業計画には反映していませんでした。</p> | | | |