

# アドバイス・レポート

平成30年1月11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29年5月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたテイ介護保険支援センターにつきましては、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>○<b>地域への貢献</b> 圏域の地域包括支援センター主催の「認知症声かけ訓練」の委員会に参画し、徘徊声かけ訓練などのイベントに協力したり、年1回、利用者や地域住民を対象に「浄洛学区研修会」を開催し、認知症をテーマにした講座の講師を担当するなど事業所が持つ機能を地域に還元しています。</p> <p>○<b>職員間の情報共有</b> 毎日行われる終礼や介護用ソフトでの情報共有システム、月1回開催する「テイ介護保険支援センター研修会議」で利用者の情報を共有しています。また、同敷地内にある通所リハビリテーション事業所や訪問介護事業所の職員とも全体研修会などで顔をあわせる機会も多いことから、情報共有が密に行われています。</p> <p>○<b>人権等の尊重</b> 毎日行われる終礼や介護用ソフトでの情報共有システムを活用して、職員の日常業務を組織的に振り返る仕組みがあります。認知症の事例を用いて、地域包括支援センターや地域住民を交えた研修会を行うなど、高齢者の尊厳の保持について積極的な取り組みをされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○<b>法令遵守の取り組み</b> 現場責任者である統括主任が、毎月開催している「全体研修会」を利用して法令遵守に関する研修会を行っていますが、法令等をすぐに調べられるようにリスト化するなどの工夫はなされていません。</p> <p>○<b>サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 毎月開催している「全体研修会」を活用して、職員に対して個人情報保護や情報開示について研修していますが、利用者の記録の持ち出しや廃棄に関する規程がありません。</p> <p>○<b>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b> 苦情などの対応は「苦情（クレーム）・相談・事故（損壊や紛失）について」の手順に基づき迅速に対応し、改善策について検討していますが、利用者からの苦情などについての改善状況が公開されていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>当事業所の母体となる医院は、介護保険制度が開始する前からデイケアサービスを提供するなど地域に根ざした運営を行っておられます。当事業所は医院に併設した居宅介護支援事業所であり、利用者一人ひとりの特性に応じた支援を行っています。また、これまで医院が築いた地域との関係をさらに密接に築けるよう医院と在宅部門との連携を促進する取り組みを行っておられます。</p> <p>今回の受診を機に医院と居宅介護支援事業所を含む在宅部門との連携が更に強化されていくことを期待し、以下のとおりアドバイス申し上げます。</p> <p>○統括主任が中心となり、全職員が法令を遵守した業務が行えるよう、研修会や介護用ソフトを活用されていますが、職員それぞれが各種法令について自分で調べていくことは専門職として重要です。職員が業務に関わる法令についてすぐに調べることができるように、書籍を揃えたり、必要な法令ををリスト化するなどの取り組みをされては如何でしょうか。</p> <p>○サービス計画に基づいた記録は時系列に丁寧にとられていますが、利用者の記録の持ち出しや廃棄に関する取り決めがありません。記録の保管や保存、持ち出しや廃棄に関する文書については、文書を管理する規程を定め、それぞれ具体的な方法や手順を策定されることをお勧めします。文書の取り扱いのルールを作ることは、個人情報保護の観点からも重要であり、適切な管理体制を構築することにもつながります。</p> <p>○年1回の利用者アンケートや浄洛学区研修会等で利用者や家族から意見、要望、苦情をくみ取り、対応する仕組みがあります。また、「テイ介護保険支援センター研修会議」や「居宅介護部役員会議」などで改善点などについて検討され、職員に対して改善状況などを周知、報告しています。しかし、利用者や地域に対して改善状況が公開されていません。ホームページや広報誌、年1回のアンケートを依頼される際に同封するなど、改善状況について公開することをお勧めします。改善状況を公開することは、事業所として取り組んでいることを可視化させることにもつながります。</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	2610605491
事業所名	テイ介護保険支援センター
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・通所リハビリ・介護予防通所リハビリ
訪問調査実施日	平成29年11月30日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 組織の理念や運営方針は、年2回「テイ医院全体研修」により全職員に周知しています。また、医院のエントランスや事務所等にも掲示するなどして、利用者にも周知しています。 2. 「職務内容および権限規定」により、各職種ごとに委任もしくは権限を定め、責任を明確にしています。また、月1回の「テイ介護保険支援センター研修会議」や「居宅介護部役員会議」、毎日の終礼などを通して現場の意見を経営責任者に報告する仕組みがあります。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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. 「2017年度居宅介護支援事業部事業方針」を作成し、中間目標と最終目標を立てています。各職員は事業方針を意識した「ケアマネジャー個別自己点検表」を作成し、目標達成に取り組んでいます。 4. 「支援事業所事業方針」で各業務レベルの課題を設定し、10月に開催する「テイ医院全体研修」にて中間事業報告として目標の達成状況を確認し、新たな課題の達成に取り組んでいます。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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)			5. 現場責任者である統括主任が、毎月開催している「全体研修会」を利用し、法令遵守に関する研修会を行っています。しかし、法令等をリスト化するなど、法令をすぐに調べられる環境とはなっていません。 6. 事業所の運営方針を決定する際には、経営責任者や理事等が参画し意見を述べていますが、自らの行動に対し職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価を行う仕組みがありません。 7. 緊急時には「緊急時連絡先」により、経営責任者に連絡がつく体制があります。また、事業の実施状況については、WEBを経由したシステムを活用し事業の実施状況等を把握しています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		8. 「アットホームな事業所」という特色に合った人材やスキルを持った人を採用するという事業所の方針に沿って人材紹介サイトを活用した人材確保を行っています。また、資格更新にかかる法定研修は業務時間で受講ができるよう配慮しています。 9. 職員が研修の情報を入手することができるように「外部研修案内」というファイルを作り、事務所内に設置しています。また、介護用ソフトを活用し研修会の情報を閲覧できる仕組みがあります。毎月開催している「全体研修会」で、職員が交互に講師となる等、互いに学び合う機会も設けています。 10. 「実習受け入れマニュアル」を整備し、実習の受け入れに関する基本姿勢や、受け入れに関する窓口などを明文化していますが、実習指導者に対する研修会は実施していません。		
		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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		11. 事務所内の照明をLEDに変えたり、各自にパソコンを付与するなど業務が効率的に行える労働環境への配慮がありますが、就業規則の中の介護休業について、法律改正された内容に更新していません。 12. 毎月、外食行事等のイベントがあり、職員の参加率も高く職員のストレスを解消するための取り組みをしていますが、ハラスメントに関する規定を就業規則に明記していません。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. これから利用者となる方には「居宅サービス事業者の選択に関する理由書」を活用し情報の公表制度について広報したり、地域住民に対しては年1回、浄洛学区研修会でパンフレットを配布して事業所の概要等について周知する取り組みをしています。 14. 地域包括支援センターや地域福祉関係団体、サービス事業所等で構成された「認知症声かけ訓練」の委員会に参画し、徘徊声かけ訓練のイベントに協力しています。また、地域ケア会議にも参加しています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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. 医院全体のパンフレットや事業所独自のパンフレットを用いて、事業所の情報を提供しています。医院の患者からの相談や関係機関からの相談については相談者の状況に応じて対応しています。		

(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. 初回訪問時に契約書や重要事項説明書を用いて、利用者や家族に説明しています。また、成年後見制度の利用が必要な場合には、地域包括支援センターの社会福祉士や司法書士などと連携しています。		
(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)		17. アセスメント票（全社協版）を用いて、利用者のニーズを適切に引き出せるよう課題分析を行っています。初回訪問時や介護保険の更新時、状況が変化した際など、定期的にあセスメントを実施しています。 18. アセスメントにより、利用者及び家族などの要望や意向を確認し、サービス提供の内容などの決定については、サービス担当者会議で利用者や家族の同意を得ています 19. 計画の策定にあたっては、サービス担当者会議や照会状で各専門職の意見を聞くなど、計画の内容などについて確認しています。 20. 定期的にモニタリングを行い、ケアプランに変更が必要な場合は、速やかにサービス担当者会議を開催するなどケアプラン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. 医療機関との連携は、FAXや病院の窓口担当者を介しています。また、主治医が院長の場合は診療所併設事業所の強みを生かして随時、連携を取っています。		
(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	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. 各種業務マニュアルを整備し、全職員に意見を聞くなどして年1回見直しをしています。 23. 毎月開催している「全体研修会」を活用して、職員に対して個人情報保護や情報開示について研修していますが、利用者の記録の廃棄や持ち出しに関する規程がありません。 24. 毎日行われる終礼や介護用ソフトでの情報共有システム、月1回開催する「テイ介護保険支援センター研修会議」で利用者の情報を共有しています。 25. 利用者宅への訪問時には家族が同席できるよう訪問日を配慮したり、電話やメールなどを活用するなどして、家族と情報交換をしています。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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. 年1回、感染症研修報告を基に知識の習得と感染症について話し合いを行っています。感染予防マニュアルを整備し、二次感染を防ぐ対策を講じた上で受け入れる体制を整えています。 27. 事務所の掃除は週2回、トイレ掃除は毎日、職員が順番に行うなど清潔にしています。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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	B
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)		28. 事故発生時及び緊急時マニュアルを整備し、責任者及び指揮命令系統を明らかにしています。また、併設の通所リハビリテーション事業所との合同避難訓練を行っています。 29. 事故などが発生した場合は、「事故報告書」や「ヒヤリハット報告書」を速やかに作成し、月1回の「テイ介護保険支援センター研修会議」において原因の特定をし、今後の対応策を協議しています。しかし、対応策をマニュアルの見直しに活用できていません。 30. 災害発生時の対応マニュアルはありますが、職員の安否確認の内容が含まれていません。また、マニュアルが地域との連携を意識したものになっていません。		

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

<b>(1) 利用者保護</b>						
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. 毎月開催している「全体研修会」を利用し、年1回、人権権利擁護の研修会を行っています。毎日行われる終礼や介護用ソフトでの情報共有システムを活用して、組織として職員の日常業務を振り返る仕組みがあります。 32. 年1回、プライバシー保護についての研修を実施し、職員に周知徹底しています。 33. 定員超過により受け入れられない場合は「サービス依頼受付書」でその内容を記録し、地域包括支援センターなどを紹介しています。				

(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>34. 年1回の利用者アンケートや毎月の訪問時に意見や苦情を聞きとるよう努めています。苦情については必ず記録し、管理者が決裁、事業所全体の問題としての理解に努めています。</p> <p>35. 苦情などの対応は「苦情（クレーム）・相談・事故（損壊や紛失）について」の手順に基づき迅速に対応していますが、利用者からの苦情などについての改善状況については公開していません。</p> <p>36. パンフレットや重要事項説明書に公的機関などの苦情相談窓口を明記し、面談時に説明をしています。</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。	C	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	A
(評価機関コメント)		<p>37. 年1回、1月に利用者アンケートを行い、2月の全体研修会で把握した結果を分析や検討しています。分析結果などは次年度の事業方針に反映しています。</p> <p>38. 年2回の「テイ医院全体研修」でサービスの質の向上に係る検討を行っていますが、3ヶ月に1回以上の開催ではありません。</p> <p>39. 第三者評価を3年に1回受診しています。「ケアマネジャー個別自己点検表」などを用いて評価を行い、「居宅介護部役員会議」や「事業方針検討会」で次年度の事業計画に反映する仕組みがあります。</p>		