

アドバイス・レポート

平成25年10月28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25年8月29日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「久美浜居宅介護支援事業所」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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>1. 職員間の情報共有と連携が大変よく出来ています。 【理由】 ・経営責任者以下7名の職員が勤務されていますが、法人内での介護経験を持つ方も多く、毎朝のミーティングや毎週の定例会議により、個々のケースについての情報共有や助言、経営責任者からのOJT等が行なわれて業務改善に生かされています。</p> <p>2. 医療機関や福祉機関との連携がよく出来ています。 【理由】 ・隣接する市立久美浜病院の医師や地域連携室との連携が日頃から密接に行なわれています。また市の地域包括支援センターとの連携も出来ていて、虐待などの情報交換も対応できています。</p> <p>3. 地域への貢献が大変よく行なわれています。 【理由】 ・認知症サポーター養成講座への講師派遣、介護よろず相談やコミュニティカフェの開設、認知症家族会への支援など、多様な地域活動を行なっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>1. 地域への情報発信の充実が望めます。 【理由】 ・ホームページの基本的な更新が出来ていません。事業計画や収支報告が平成21年度報告で停止しています。求人情報についても昨年までの求人情報のままになっています。 ・介護サービス情報の公表は行なわれましたが、第三者評価の結果が掲載もしくはリンクされていません。支援機構の公表に頼らず、自身のホームページに掲載し、利用者や市民、求職者の利便性の向上に配慮されますようお願い致します。それが北丹後福祉会の評価を更に高めることにつながると思います。</p> <p>2. 利用者満足度調査が中断されています。 【理由】 ・利用者やご家族から個別に意見や要望・希望、苦情を聞く努力はされていますが、アンケート形式での満足度調査は効果が無いということで現在は実施されていません。また苦情や要望の改善結果が公表されていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 地域への情報発信の充実 ホームページのメンテナンスについては業者との作業分担がうまく機能していないようです。各事業所の職員によるブログは確実にアップされており、大変親しみやすい内容で良いと思いました。法人本部がアップすべき内容をメンテナンスされますようおすすめ致します。 ・情報の公表制度や第三者評価の結果をホームページに直接アップされるようおすすめ致します。京都府や支援機構のホームページまで見に行くことは一般の方には分かりにくいと思います。また人材確保の観点からもホームページの充実が効果があると考えられます。今年度の優先課題として取り組まれたらいかがでしょう。</p> <p>2. 利用者満足度調査の実施と結果の公表 ・利用者がどのような事を期待されているか、それに対して現状は満足か否かなど、アンケートで本音を引き出しやすい形式を工夫してみてください。今回のアンケートで見ると改善が必要と思われる項目も有りました。第三者機関への返信で、且つ〇をつけるだけの方式だったので、回答しやすかったとも考えられます。 ・アンケート結果や苦情改善結果なども、施設からのお知らせやホームページで公開されることが、より一層施設への信頼向上につながると思います。介護施設におけるアンケートのやり方など、参考文献やネットでの情報入手も可能と思います。</p>

(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	2673300246
事業所名	久美浜居宅介護支援事業所
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)	
訪問調査実施日	平成25年9月25日
評価機関名	NPO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)		○組織の理念、運営方針は明確で内外に周知されています。また経営責任者以下職員全員が理念、運営方針に沿ったサービスの提供を心掛けています。 ○理事会は定期的に開催され、毎月の事業所連絡会議、主任会議など各種会議で職員の意見も聞きながら運営されています。			
(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。	B	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		○毎年事業所ごとに現状分析を行ない、課題を明確にして事業計画を立案、達成に取り組んでいます。中・長期計画は有りません。 ○職員全員が参加して現状把握や課題の設定に当り、具体的な実施目標を定めて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り組みを行っている。	B	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)		○法人としても事業所としても関係法令の最新情報の入手と組織内への周知徹底を図っています。法令遵守の研修も行われています。 ○職務分掌表によって役割分担が明確にされ、経営責任者、運営管理者は事業運営にリーダーシップを発揮しています。 ○経営責任者は同じ執務室内で勤務し、毎朝全職員とミーティングを行なって事業の実施状況を把握しています。			

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
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。	B	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)		<p>○利用者数に合わせて人員を確保し、法人内での介護の実務経験者が資格を取得してケアマネジャーになっています。</p> <p>○事業所として人材育成のための年度研修計画が有り、それに従って実施されています。採用時研修やフォローアップ研修は法人として実施されています。</p> <p>○法人として離職者向け短期職業訓練の実習生受け入れを行ない、また毎年地元高校生の受け入れも行なわれています。</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>○有給休暇は1時間単位で取得できるようになっており、有効に活用されています。勤務は時間内に終了するよう努力され、残業は殆んど無いようです。</p> <p>○毎年職員ヒアリングが実施され、上司との率直な意見交換ができています。新しい施設に移転し職場環境も整備されました。ただ共済会制度の中にメンタルヘルスの制度も有ることが職員に周知されていませんでした。またハラスメントに関する規定が有りません。</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。	B	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>○理念はパンフレットやホームページで地域への情報開示を行なっていますが、ホームページの更新が遅れています。情報の公表制度はアップされました。</p> <p>○「介護よろず相談」や「コミュニティカフェ」の開設、認知症サポーター研修、認知症家族会の事務局担当など、地域との交流を積極的に行ない「安心してらせるまちづくり」への貢献は大きなものが有ります。</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)		<p>○利用者やご家族、地域にパンフレットやホームページを通して情報提供しています。詳細な情報は「重要事項説明書」に記載しています。</p>		
(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)		<p>○サービス内容と料金について分かりやすく説明されています。</p>		

(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>○所定のアセスメント様式により、利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況などを把握しています。</p> <p>○ケアプランの策定に当っては具体的な目標が設定され、利用者やそのご家族の希望が尊重されています。</p> <p>○ケアプランの策定に当っては隣接する市立久美浜病院の「地域連携室」と密接な連携が図られ、医師、看護師やソーシャルワーカー等と相談し、得られた情報や意見をケアプランに反映させています。</p> <p>○毎月モニタリングを行ない、状況変化が認められる場合はその都度見直しされています。見直しに当っては主治医や看護師などと意見交換をしています。</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)		○主治医や介護サービス事業所、施設など関係機関との連携や支援体制が取られています。		
(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。	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>○サービス提供マニュアルが全職員に配布され活用されています。マニュアルの内容は利用者の自立支援や安全に配慮されています。ただ苦情や満足度調査の結果を分析し、それを具体的にマニュアルの見直しにつなげる仕組み作りが残る課題と考えます。</p> <p>○利用者一人ひとりのファイルには支援経過が記録され、ファイルは持ち出しを厳禁し適切に管理されています。</p> <p>○利用者の状況については毎朝全職員参加の会議で情報交換を行ない、職員間の情報共有を図っています。</p> <p>○毎月1回は利用者宅を訪問しご家族等との意見交換を行なっています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>○感染症に関するマニュアルが全職員に配布され、毎年研修も行われています。</p> <p>○事業所内の整理整頓は行届き清潔です。</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。	B	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>○事故・緊急時対応マニュアルは全職員に配布され、研修も行なわれています。</p> <p>○連絡ミスなども含めてヒヤリハット、事故報告を作成し、業務改善に取り組んでいます。</p> <p>○災害発生時の対応マニュアルが有り、責任者及び指揮命令系統が定められていますが、地域との連携については法人全体として今後の課題と考えます。</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
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>○利用者の人権や意思を尊重したケアプランになっているかを確認しあい、虐待防止にも注意を払っています。</p> <p>○毎朝ミーティング行われプライバシーへの配慮について意識付けされています。</p> <p>○ケアプラン作成が主業務であり、利用申込を断ったケースはありません。</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	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。	B	B
	(評価機関コメント)			<p>○毎月の訪問で利用者やご家族と話し合い、希望や要望を確認するとともに、施設内に相談窓口（主任）を設置しています。</p> <p>○利用者からの苦情や意見は文書で報告され、迅速に処理されるとともに支援経過にも記録されています。</p> <p>○改善状況の公開は行なわれていません。</p> <p>○公的機関の相談窓口は重要事項説明書に明記されていますが、公的機関以外の第三者は記載されていません。</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。	B	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	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。	B	B
	(評価機関コメント)			<p>○利用者への満足度調査は実施されていません。今後の改善課題と考えます。</p> <p>○より良いケアプランを作る意識は高く、毎朝全職員が経営責任者を交えて入念なケース検討会議等を行っています。</p> <p>○毎年事業計画の達成状況を把握し自己評価を行なうとともに、次年度計画への反映を図っています。第三者評価の実施は今回5年ぶりとなりました。</p>		