

アドバイス・レポート

平成29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28年8月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた渡辺西賀茂診療所居宅介護支援事業所 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>○継続的な研修・OJTの実施 法人の教育委員会が研修計画を立てるなど、法人内の研修を充実させています。職員それぞれが個別に研修計画を立案し、積極的に外部研修に参加したり、研究大会で研究発表したりするなど研鑽しています。また、仲間同士でそれぞれが講師となって「ピア研修」を行うなど互いに学び・気づく機会を設けています。</p> <p>○地域への貢献 圏域にある中学校などの教育機関や地域行事である地蔵盆などに出向き、認知症サポーター養成講座を開催しています。また、御園橋まつりや都会まつりなどで相談コーナーを設けるなど、事業所が持つ機能を還元しています。地域住民の居場所として「おせっかいカフェ」を月1回運営しています。</p> <p>○意見・要望・苦情等へのサービスの改善 年1回、利用者や家族にアンケート調査を実施し、運営会議で調査結果を分析しています。改善事項については改善策を迅速に検討し、利用者や家族全員に改善事項について公開しています。苦情については、「苦情相談処置・対応マニュアル」に基づく対応方法で組織として対処しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 経営責任者は自らの役割と責任について、職務分掌表やホームページなどで周知していますが、経営責任者や運営管理者の行動に対し、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。</p> <p>○業務マニュアルの作成 「ケアマネジャーの業務マニュアル」や「新人指導マニュアル」など各種のマニュアルを整備し、年1回は見直していますが、苦情や利用者アンケート調査から分析をして改善した事柄について、マニュアルに反映していません。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 サービス提供による利用者の状態の推移などについて、支援経過記録やモニタリング票で記録し、利用者ファイルは施錠ができる書庫で保管していますが、持ち出しについての規程がありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>当事業所は、強化型在宅療養支援診療所に併設した居宅介護支援事業所であり、医療ニーズの高い利用者を多く支援しています。また、御園橋の商店街の一角に事業所があることから、商店街の「801広場」の一員として、「おせっかいカフェ」の活動に参画するなど地域に開かれた事業所として取り組んでおられます。</p> <p>今回の受診を機に、さらに地域に開かれた事業所となっ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>○年2回の職員面談や運営会議で現場の意見を吸い上げ、管理者会議で経営責任者などに対して意見や事業所の課題などを伝える機会があり、事業所の運営方針に反映させています。しかし、経営責任者や運営管理者の行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価する仕組みがありません。まずは、運営管理者などの行動評価を行うことができるシートを作成してはいかがでしょうか。評価については、法人本部で集約する、もしくはコンサルタントを導入することで、管理能力を分析し、管理者自らが見直しする機会とされることをお勧めします。</p> <p>○「ケアマネジャーの業務マニュアル」や「新人指導マニュアル」などを整備しています。それぞれが実用的なマニュアルとなっていますが、見直しが機械的に行われているため、苦情や利用者アンケート調査等を通して改善した事項について反映していません。年度当初に機械的に見直しするのではなく、利用者アンケートを分析した後や介護保険改正の施行のタイミングなどで見直しされては如何でしょうか。見直し時期を考えることで、業務マニュアルに最新情報が追加できるなど、さらに実用的なマニュアルになると思います。</p> <p>○記録の保存については、利用契約書に明示し、利用者ファイルなどは施設ができる書庫で適切に保管していますが、利用者の記録の持ち出しについての規程がありません。持ち出しについては「カルテ等持ち出し管理表」という書式を作成し、記録をつけていく準備をしています。持ち出す記録や書式の使い方などをこれから決めていかれるとのことでしたが、管理者など一部の職員で決めるのではなく、事業所の全職員で検討されては如何でしょうか。職員全員で検討することで、職員全員に対する周知や事業所間での認識について統一されると思います。</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	2610105278
事業所名	渡辺西賀茂診療所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28年11月25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
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. 組織の理念は運営方針である「平成28年度アクションプラン」により明確にしています。また、理念や運営方針が職員全員に浸透するよう名刺サイズで作成し、常時携帯しています。 2. 「都会メディカルケアシステム管理者職務規定」により、案件別の意思決定方法を明確に定めています。運営会議で現場の意見を吸い上げる仕組みがあり、月2回開催している「管理者会議」で報告しています。		
(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. 組織理念や目標の実現に向けた「平成28年度アクションプラン」を作成しています。長期目標は10年、中間目標は3年、年間目標は1年とそれぞれで達成できる具体的な目標を立て、職員全員で取り組んでいます。 4. 「個人別年間研修計画目標」を職員一人ひとりが作成し、四半期ごとに達成状況を確認する仕組みがあります。また、職員全員で「平成28年度アクションプラン」を作成し、事業所全体の課題に対して取り組んでいます。		
(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。	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. 運営管理者は法令遵守に関する内部研修会に参加し、運営会議や「居宅ミーティング」で全職員に周知しています。「自主点検表」を全職員で行う、また「法令遵守マニュアル」を活用するなどし、全職員が法令などを正しく理解する取り組みをしています。</p> <p>6. 経営責任者は自らの役割と責任について、職務分掌表やホームページなどで周知していますが、経営責任者や運営管理者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。</p> <p>7. 運営管理者は、常時携帯電話を携行し、緊急時には「緊急時・事故発生時連絡網」や「都会メディカルケアシステム管理者緊急連絡網」により、連絡がつく体制をとっています。</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

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)		<p>8. 常勤職員として採用するという法人の方針に沿っ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や主任ケアマネジャーの資格取得支援などに取り組んでいます。</p> <p>9. 職員それぞれが立てた「個人別年間研修計画目標」に沿って研鑽に励んでいます。法人独自の研究大会を年1回開催し、各部門ごとに研究した内容を発表しています。また、職員が交互に講師となる「ピア研修」を行い、互いに学び合う機会があります。</p> <p>10. 介護支援専門員実務研修の実習の受け入れを「実習受け入れ表」を用いて積極的に行っています。「研修生・実習生等の受入について」を作成し、受け入れ目的などの基本姿勢について明文化しています。</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)		<p>11. 就業規則に育児休暇の取得などについて記載があります。就業状況については管理者が把握し、法人本部で分析や検討しています。各自にパソコンを付与し、業務が効率的に行える労働環境を整えています。</p> <p>12. 福利厚生委員会が年間計画を立て、バーベキュー大会やヨガ体験教室などの福利厚生があります。職員は事務所やコミュニティ室などで休憩できるスペースはありますが、同敷地内にある訪問介護事業所などの職員との共用であることから、リラックスできる休憩場所はありません。</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。	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)		<p>13. 機関紙を年4回発行し、商店街の中にある自由スペース「801広場」で配架したり、事業所連絡会や利用者のモニタリングを通じて配布するなど広報しています。法人のホームページから情報の公表制度などが閲覧できるようにしています。</p> <p>14. 地域ケア会議に積極的に参加しています。また、御園橋まつりなどで相談コーナーを設けたり、地域住民や教育機関に対して、認知症サポーター養成講座を開催するなど、事業所の機能を還元しています。</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)		15. ホームページや法人全体のパンフレットを用いて、見やすく情報提供しています。事業所独自のパンフレットも作成中です。全ての相談について「新規相談受付書」で記録しています。			
(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. 契約時に重要事項説明書を用いて、丁寧に説明しています。成年後見制度などが必要な場合は、法務省民事局などのパンフレットを活用し、制度の説明や利用の支援を行っています。			
(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. 事業所独自のアセスメント票を用いて、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。意見交換にはWebを経由したシステムを活用し、同法人の事業所との連携が日常的に行われる環境を整備しています。 18. 定期訪問により、利用者及び家族などの要望や意向を確認し同意を得ています。 19. 計画の策定にあたっては、各専門職の意見を聞き、担当者会議には出来る限り主治医に出席してもらう為、往診日に会議の日程調整を行うなどの工夫をしています。 20. 定期的及び必要に応じて見直しを行うとともに、経過記録とは別に各利用者毎の「モニタリング票」を毎月記録しています。			
(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. 毎朝行われる系列の医療部門とのミーティングやWeb経由で情報共有出来るシステムを活用し、支援体制を確保しています。また「生活圏域事業所世話人会」に参加し、地域の社会資源の情報交換を行うなど積極的に連携を図っています。			
(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	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	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について、毎年4月に見直しの記載は確認できましたが、機械的な見直しに留まっています。利用者の負担割合証についての記述がないなど、記載すべき最新の情報をマニュアルに反映していません。 23. 計画に基づくサービスの実施状況や利用者の状態の推移などについては、支援経過記録やモニタリング票に記録しています。利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程はありますが、持ち出しに関する規程がありません。 24. 毎朝行われる事業所内の「多職種連携ミーティング」、週1回開催の「ガン末期ケースカンファレンス」や「居宅ミーティング」、Web経由での情報共有システムの活用などを通じて、タイムリーな情報を職員間で共有しています。 25. 利用者の面談時には家族が同席できるよう訪問日の調整を工夫したりするなど、こまめに情報交換をしています。また、24時間電話連絡可能な体制を整えています。			
(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. マニュアルを整備し、定期的に研修を実施しています。マニュアルの更新について「感染予防対策委員会」で見直しを行っています。 27. 毎日の掃除は法人内の複数事業所が当番制で行い、清潔に保たれています。		
(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。	B	B
	(評価機関コメント)		28. 事故緊急時の対応マニュアルを整備し、フローチャートで指揮命令系統を明らかにしています。マニュアルを活用した研修も定期的に行っています。 29. 事故などが発生した場合は「インシデント・アクシデントレポート」を作成し、事業所内で分析検討し、事故防止対策委員会で情報共有を行っています。 30. 法人本部が作成したマニュアルはありますが、情報が最新のものとなっていません。現在、圏域の地域包括支援センターなどから情報を入手し、地域との連携を意識した事業所独自のマニュアルを作成し始めています。		

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)		31. 人権などの尊重について、法人の理念や運営方針で明文化しています。毎週のミーティングや定期的な研修、事例検討などを通じて、職員間で互いに繰り返し利用者の人権尊重について確認をしています。 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. 特定事業所加算を取得している事業所であり、どのようなケースも断らずに受け入れています。問い合わせに対応した内容について記録しています。			

(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	A
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. 年1回のアンケートや毎月の訪問時に意見や苦情の集約に努めています。苦情などは、受け付けた職員が迅速に管理者に繋ぐシステムを構築しています。 35. アンケート結果は運営会議で分析し、利用者や家族などに改善事項の公開をしています。必要時には「苦情相談処置・対応マニュアル」に沿って適切に対処しています。 36. 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ています。アンケート結果をお返しする際、管理者の挨拶状とともに、窓口がわかりやすいよう「相談・苦情はこちらをお願いします」を改めて記載するなどの配慮をしています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		37. アンケート結果は運営会議で分析し、よりわかりやすいようカラー表示でグラフ化するなど工夫し、全職員で共有しています。 38. 月1回の「サービス向上委員会」で検討した内容を職員へ通知し、「接遇・マナーチェックシート」などを活用してサービス向上に取り組んでいます。利用者アンケートも毎回、他法人の情報などを参考にしながら、アンケート用紙を作成しています。 39. 定期的に第三者評価を受診しています。事業所独自の自己評価としては職員全員で作成する「アクションプラン」や「個人別年間研修計画目標」によって課題を設定し、定期的に達成状況を確認しています。		