

# アドバイス・レポート

平成 30 年 1 月 9 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 10 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ ヴィラ向島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

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1) 管理者のリーダーシップ</b></p> <p>管理者が非常に丁寧に介護支援専門員全員の日々の業務を確認・指導されており、細やかな配慮がされていました。利用者・家族等に対する聞き取りでも、漏れがないように事業所独自の様式を用意され、記録に至るまで気を配っておられました。介護支援専門員からも、「とても話しやすい職場」との声が聞かれ、職員間で風通しのよい関係が築けていると思われまます。</p> <p><b>2) 質の高いサービスの実施</b></p> <p>病院からの新規ケースは必ず引き受けることや、虐待や様々な課題を抱えておられるケースについても地域包括支援センターと連携しながら支援にあたっておられました。担当の圏域から大きく離れたところに転居された方以外は断られた実績はないとのことで、どのようなケースにも対応し、かつ様々な課題を抱えておられる方にも積極的に関わり、サービスの提供に努めておられました。</p> <p><b>3) 人材の育成</b></p> <p>介護支援専門員としての実務経験の無い方を採用しておられますが、入職時から細やかな指導により、職員が成長できる環境を整えておられました。多様な課題を抱える利用者のマネジメントを行う中で、上司のスーパービジョンや同僚との情報共有の場を通じ各職員が成長されていました。その結果 4 年間離職者なしで、安定した職員育成がはかれていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1) マニュアルの整備等</b></p> <p>利用者に対するニーズの聞き取り、関係各所への連携等非常に細やかに気を配られ、かなりの高度な援助技術で実践されていると思われまます。マニュアルの整備、基準作り、関係者のリスト作り等、細やかな運営体制作りについて、不足している点がみられました。個別援助計画のアセスメントについても、再アセスメントが必要な場面などでは迅速に対応しておられましたが、なぜこのサービスを使うのか、などプロセスの記載に不十分なところがありました。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>2) 事故・緊急時対応のマニュアルと事故の再発防止の取り組み</b></p> <p>介護支援専門員としての実務経験の浅い職員に対して管理者が細やかに指導をされ、かつ業務の見直しを行いチェックする仕組みを取られていたが、ケアプランに関わる以外の場面も想定したヒヤリハットについての検討や分析が行われていませんでした。居宅介護支援事業所として、業務を行っていく中で、書類に関わることに起る様々なヒヤリハットがあることについて、書面にあげての情報共有が行われていませんでした。</p> <p><b>3) 働きやすい環境の整備</b></p> <p>管理者は年次有給休暇の取得や残業時間についても把握に努めておられ、残業が多い職員には声掛けを行っておられました。管理者の把握による残業の管理については限界があるように思われました。職員によって残業量の違いもあるとのことでしたが、システム的に出退勤が管理できる仕組みがありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) マニュアルの整備等</b></p> <p>アセスメント作成にあたっては、現在の状況の他に、なぜこのサービスを使うのかまでプロセスをつなげて記録に落としおくようにされてはいかがでしょうか。一人一人の利用者の状況とサービス利用に至る分析結果を記録に残すことにより、より詳しく利用者の変化が記録として残り、適切なサービス利用に結びつけられると思われま。</p> <p><b>2) 事故・緊急時マニュアルと事故の再発防止の取り組み</b></p> <p>事業所にとって「事故とは何を指すか」、「ヒヤリハットはどのようなことを指すか」、「緊急時とはどんな場面か」をマニュアルに落とし込んだり、会議の際に職員で話し合われる場を持たれてはいかがでしょうか。介護支援専門員が一人で訪問したり外勤をこなす事業所であるため、乗り物などに伴う事故なども想定に含め、事故対応を考えられてはいかがでしょうか。事故は起こっていないとのことでしたが、「ヒヤリハット」の定義を明確にすることで、今後も「事故」の発生を未然に防ぐことにもなると思われま。</p> <p><b>3) 働きやすい環境の整備</b></p> <p>介護支援専門員個人で利用者を担当する居宅介護支援事業所においては、個々の利用者の様子も様々であり、状態も常に変動するので一意的に有給休暇の取得や残業を規定するのは難しい面もあるかと思われま。また、管理者が常に事業所内にいるわけにもいかないので管理者による残業の把握も難しいと思われま。出退勤管理は職員による手書き申請とのことでしたが、今後はパソコンや機械を活用した出退勤の管理やタイムカード管理なども検討されることにより、法人の方向性を明確にし、職員各自の働きやすい職場への意識も高まるのではないのでしょうか。</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	2670500046
事業所名	ヴィラ向島居宅支援事業所
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29年11月18日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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)事業所内の見えやすい位置に理念を掲示しておられました。人事考課表にも理念を記載しておられ周知されていました。 2)管理者が人事考課制度に基づき年2回職員面接を行い、更に随時必要に応じて職員ヒアリングを行い、意見の吸い上げを行っておられました。内容によっては管理者会議や経営会議などに諮る仕組みができていました。			
<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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3)職員面接などを通じ、職員の意向を事業計画等に反映させる仕組みはできていたが、中・長期の計画については作成途中でまだ策定までには至っていませんでした。4)年2回の職員面接を通じ、課題の達成状況の確認、次期の課題の確認を行っておられました。			
<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り組みを行っている。	B	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	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)		5)自主点検を年2回実施し、法令遵守の取り組みをすすめてはおられましたが、自主点検表での確認以外に、各種の法令遵守への取り組みがされていませんでした。6)組織図や職員ヒアリングからも管理者が職員を牽引しておられることを確認致しました。7)緊急連絡網が整備されており、職員は緊急事態が生じた際は上司に指示を仰ぐ仕組みができていました。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 未経験者を採用し、丁寧に指導されていました。主任介護支援専門員研修受講の際は費用を法人負担し、業務での受講とされていました。9) 年2回の職員面接の際に、研修目標を確認し、経験年数に応じた研修が受けられる体制がありました。10) 介護支援専門員の実習受け入れ協力事業所として登録されており、受け入れの実績もありました。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	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、スタッフが充分に休むことができ、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) 有給休暇の取得や勤務についても職員で決定し、働きやすい環境作りにも努めておられましたが、年次有給休暇の取得数は職員によりばらつきがあり、さらなる組織的な仕組みを検討されてはいかがでしょうか。12) デスクから離れて横になれる場所も確保されていました。		
<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。	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) パンフレットやホームページを活用して情報を発信しておられました。14) 地域の祭りにも参加をされていました。地域包括支援センターも巻き込んで地域の役員の方とも繋がりを持たれていました。地域のごみ拾いの活動などもされていました。		

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) パンフレットやホームページで、事業所の情報を提供しておられました。利用の際は重要事項説明書で事業所の情報を説明されています。法人としてホームページやパンフレットを作られていますが、居宅支援事業所独自のものは作られていないとのことでした。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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) サービスの開始にあたっては、重要事項説明書で料金の説明などが行われていました。交通費等の保険外の料金の説明も重要事項説明書に記載し、説明を行っておられました。利用者が認知症等により判断能力に支障がある場合は、家族・後見人等と契約を結んでおられました。		

### (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	B
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)再アセスメントが必要な場面などでは迅速に対応しておられましたが、なぜこのサービスを使うのかなど、プロセスの記載に不十分なところがありました。18)認定更新時の訪問調査の際には事業所独自の調査票に意向確認欄を創り、漏れなく意向の確認ができるようにしておられました。19)本人を含めた関係者が全員参加し担当者会議が行われているか管理者が確認を行い、助言やアドバイスを行っておられました。20)計画書の見直しについては、管理者が毎月利用者すべてに対しチェックされており、漏れなく見直せる体制を整えられていました。		

### (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	B
(評価機関コメント)		21)医療機関からの新規依頼については、全て受けておられました。地域包括支援センターと連携して困難ケースにも対応しておられましたが、関係機関や団体をリスト化されたものがありませんでした。		

### (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	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	事業所はサービス提供にあたって、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)マニュアル類は年1回の見直しを行い、職員の採用や実習生の受け入れの際にも活用できるように工夫をされていましたが、見直しの基準について明記されたものはありませんでした。23)記録類については、持ち帰り禁止となっていました。利用者宅への持ち出し規定が作成されていませんでした。また廃棄についても規定はされていませんでした。24)事業所内での情報の共有に関しては、法人ソフトと共有フォルダで情報共有ができる体制が取られていました。週1回の会議で情報共有を行い、欠席者についても書面で共有しておられました。25)モニタリングの訪問の際は可能な限りご家族の同席を依頼されておりました。		

### (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。	B	A
(評価機関コメント)		26)法人に感染症対策委員会が設置されており、事業所からも出席しておられました。また個別の状況により対応しやすい在宅の感染症マニュアルも作成中でした。27)事業所を引越されて期間が経っていないとのことでしたが、事業所内は整理されており衛生的な状況でした。		

### (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	B
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)事故や緊急時の指揮命令系統はしっかりと決められておりましたが、「事故とは何か」「緊急時とは何か」を意識したマニュアルが作成できていませんでした。29)ヒヤリハットについて明確に定義されておらず、ヒヤリハットの記録がありませんでした。2回の自主点検表の記入により、事故防止に努めておられましたが、事故の概念も含めた予防マニュアルが不足していました。30)災害が発生した時の地域との連携を意識した災害発生マニュアルはありましたが、実践的な訓練が行われていませんでした。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<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)週1回の会議で虐待の疑いなども検証し、必要に応じて地域包括支援センターへ連絡し連携しておられました。32)年1回プライバシー保護についての研修を実施され、利用者宅を訪問する際は常に意識をもって対応されていました。33)通常サービス提供実施範囲から離れている場合以外は断ったこともなく、どのような場合も受け入れておられました。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	B	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。	B	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。	A	A
		(評価機関コメント)		34)利用者の意向の確認は各職員で行っておられ週1回の会議で共有しておられました。苦情の際には管理者が対応しておられました。35)苦情対応マニュアルがあり、苦情申し立てがあった場合は管理者にて対応し、利用者へ謝罪及び改善策を提示し、当該職員に指導されていました。が、公開には至っていませんでした。36)第三者又は公共機関等の相談窓口を重要事項説明書や事業所内の掲示等で公開されていました。		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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。	B	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)利用者満足度については、経過記録フォーマットに利用者満足度欄を設け、漏れなく記録されていました。が、利用者に対するアンケート等の満足度調査はされていませんでした。38)事業所内での会議で援助技術や対応に対して常に話し合いをされていました。話し合いでなされた内容が、以降のサービス提供にフィードバックできる仕組みを作られていました。39)サービスの内容に関しては管理者が常に運営基準に沿っているか確認が行われていました。管理者がこまめにチェックを行うことで、事業所の活動を評価されていました。年2回の自主点検表の記載、3年ごとの第三者評価の受診についても職員全員で自己評価をされていました。		