

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 11 月 30 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 30 年 7 月 31 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護支援事業所 今宮）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>通番 9 継続的に研修・OJT の実施</p> <p>法人の研修計画に基づき、人材の育成を丁寧に行っています。個人の研修計画と研修目標の達成に向けた研修が、経験に応じて、段階的に必要な知識と技術、経験が積まれるような仕組みとなっています。特に地域の関係機関と連携を取りながら、職員一人ひとりの地域貢献意識を向上させ、スーパービジョンの機能を活かした OJT に取り組んでおられます。</p> <p>通番 12 ストレス管理</p> <p>職員一人ひとりに配慮した職場環境が工夫により保障されています。事業所以外にゆったりした休憩場所を確保し、又、フレックス制の導入や、K P C(京都中小企業振興センターの福利厚生事業)への加入、京都産業保健推進センターのメンタルヘルスを活用される等、職員の心身両面の健康管理に留意されています。中でも外部のキャリアコンサルタントによる全職員カウンセリングの取り組みは、管理者による「個別面談」とともに、職員の意向を吸い上げ、モチベーションを高めていると思われまます。</p> <p>通番 14 地域への貢献</p> <p>地域への貢献を理念に掲げ、地域住民や地域包括支援センター、各関係機関などと連携しながら、事業所が有する機能を地域に貢献する積極的な活動を行っておられます。地域の商店街や銭湯、学区小学校等を対象に、認知症サポーター研修や「なんでも相談会」の開催等、地域を大切に、地域といっしょに住民福祉を積極的に推進されている姿が随所に見受けられました。</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>通番 36 第三者への相談機会の確保 行政などの相談窓口は利用、家族に分かりやすく周知されていましたが、第三者委員が設置されていませんでした。</p> <p>通番 37 利用者満足度の向上の取り組み 利用者満足度のアンケート結果をホームページに掲載されていましたが、職員の感想のみになっており、サービスがどのように改善されたのか等を確認することができませんでした。</p> <p>通番 39 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を3年に一度の頻度で受診されていませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>通番 26 第三者への相談機会の確保 今後将来的展望を見据えて、第三者委員に弁護士などを検討されておられると伺いました。事業所が今より一層、地域やサービス利用者・家族等の信頼を得られる様、設置を期待しています。</p> <p>通番 37 利用者満足度の向上の取り組み アンケート結果の分析と課題の抽出を行い、ホームページに公開されていますが、改善策と改善された内容も公開されることを望みます。今後、アンケートの設問を見直し、更新される予定とお伺いいたしました。アンケートの結果を、さらなるサービスの質の向上につなげていかれることを期待しております。</p> <p>通番 39 評価の実施と課題の明確化 今後は3年毎に第三者評価を受診し自らの達成状況を確認していかれるとお伺いしています。3年に一度の受診で、さらにより良いサービスの提供に、お務めされることを期待しております。</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 | 2670100896 |
| 事業所名 | 介護支援事業所今宮 |
| 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30年10月25日 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会 |

| 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 |
| 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. 法人理念である「創造・貢献・育成」を明文化し、ホームページ、パンフレット、事業所玄関に掲示している。また、月1度発行の機関誌「京都福祉ネット」に記載し、利用者などへの周知を図っている。職員は名刺の裏や名札に理念を印刷しいつでも確認できるようにしている。年1回開催する「総括会議」で全員で理念の再確認をしている。 2. 「役職会議」「あり方会議」「職場会議」などを毎月開催し、また、週1回の「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達などを目的とした会議」と日々のミーティングにおいて様々な事項を検討し公正・適切なプロセスを経て意思決を行っている。 | | |
| (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. 4月の「総括会議」で、職員の意見を反映した中長期計画と単年度計画を策定している。 4. 「総括会議」で始業計画をもとに「自己管理目標シート」を各職員が作成し、キャリアに応じて自己目標を立て、年2回、管理者との面談で達成状況を振り返っている。 | | |

(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。 | 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 | 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) | | <p>5. 遵守する法令を京都市情報館の情報、ワムネットの検索、京都市介護保険サービス事業者集団指導への参加と伝達研修などで周知徹底している。法令をリスト化し、インターネットや書籍等で職員がいつでも調べられる環境を整えている。行政通達等は、毎日、担当者が確認し、随時、職員に回覧し又は会議で周知している。</p> <p>6. 管理者は日々のミーティング、毎木曜日の「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項を目的とした会議」、「職場会議」などの各種会議に出席し、運営状況を確認している。管理者は日常的に職員の相談に対応している。また、年2回職員面談で職員の意見や要望を聴取している。3か月に1度、セルフキャリアドック制度で専門職によるカウンセリングで管理者や上席を評価する仕組みがある。</p> <p>7. 緊急時対応マニュアル、緊急時連絡網を作成し、事業所玄関に掲示し、緊急事態に備えている。管理者は、常時、携帯電話等で常時職員と連絡が取れるようにしている。業務日誌を毎日確認し、太字で印字された伝達・注意事項をチェックしている。別に書面にて管理者業務を定め、緊急時の連絡先は運営規定、重要事項説明書にも明記している。</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. 職員は、常勤職員5名と非常勤職員1名である。内3名が主任介護支援専門員資格を有し、地域の事業所連絡会の運営委員やその他、講師などで地域の関係機関において、指導的役割を担っている。法人代表と管理者で構成する「介護支援事業所管理委員会」で人事管理を行なっている。教育訓練制度を設置し、社会福祉士など上位資格取得を支援している。</p> <p>9. 年度初めに、職員一人ひとりに定めた年間研修計画と個人目標に沿って、研修を受講している。研修企画担当の職員が中心となって、週1回開催の職場内事例検討会や、月1回開催の職場研修を実施している。「セルフ・キャリアドック制度」「教育訓練休暇制度」を設け、外部研修の費用を補助する等、社会福祉士などの資格取得を支援している。</p> <p>10. 実習の請け入れ体制を整備している。実習受け入れマニュアルを整備するとともに、京都市の介護支援専門員実習受け入れ講習に参加し、社会福祉士実習指導者研修を受けた職員を配置している。</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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 11. フレックス制度を導入し、休暇に夏季・年末年始休暇、育児・介護休業等も設けている。介護休業の取得実績がある。電動自転車のバッテリー交換費、バイクガソリン代、自転車等パンク修理費補助等があり、職員小労働環境に配慮している。 12. 福利厚生制度KPCに加入している。職員のメンタルヘルスケアは京都産業保健推進センターを利用している。 | | |
| (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) | | 13. 事業所の運営理念をホームページ、パンフレット、機関誌「京都福祉ネット」に開示し、利用者や地域住民などに配布している。地域住民が気軽に相談等に立ち寄れる様、通りに面したガラス窓に、「介護相談所」と大きく明るい色遣いで表示している。 14. 地域の事業所が組織する「きたくのわ」「きたく介護者のわ」に参加している。また今宮事業所が立ち上げた「北区の福祉・介護・医療に従事する仲間の連携をすすめる会」で、地域対象に福祉相談や学習会を開催している。また、認知症サポーター養成講座を開催し、新大宮商店街の役員に呼びかけている。北区認知症サポートネットワークの委員として、包括支援センターと協力し近隣の小学校で徘徊模擬訓練や声掛け訓練、寸劇などを予定している。事業所近くの借家を利用して、貸し出しも含め各種研修や地域の会合を行っている。熊本地震のDWA Tへ参加し、日本各地の被災地に義援金を贈るなど、多角的に地域貢献活動を行っている。 | | |

| 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ホームページやブログ、パンフレット・機関誌「京都福祉ネット」により利用者等で事業所の情報を発信している。サービス利用に繋がらない方の問い合わせの内容も、相談記録に書き留めている。 | | | |
| (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. 重要事項説明書で利用料金等の説明を解りやすく行っている。介護保険の法の改正に際して、重要な確認事項を説明し同意を得ている。成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用者に対して、毎月、担当後見人等と連携し同行訪問等で情報を共有している。必要に応じて後見人等に橋渡しをする体制となっている。 | | | |

| (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. 新規・更新・区分変更・サービス追加・増回、退院・著しい状態の変化等の時、再アセスメントを行っている。事業所独自のアセスメント様式を使用し、必要項目全てアセスメントしている。 18. 本人や家族の希望をケアプラン第1表に書き留め、両者の思いを尊重したケアプランを作成している。サービス事業所の選定には、本人や家族に複数の情報提供をした上で、自己決定を支援している。サービス担当者会議に参加した本人・家族に、ケアプランを説明し同意を得ている。 19. ケアプラン原案の作成は、サービス担当者会議や事前調整の段階で、医療・福祉・介護などの関係機関にファックス等で照会を取り行っている。サービス担当者会議では本人や家族の意見や思いを尊重し、各サービス事業所が専門的な意見を述べ合い、合意の上で本ケアプランを策定している。 20. 新規・更新・区分変更・サービス追加・増回・入退院・著しい状態の変化時において、アセスメント同様、ケアプランの見直しを行っている。 | | |
| 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. 医師や各事業所と、所定のファクス連絡表や電話、モニタリング票等で頻繁に連絡を取っている。入院時情報提供、退院・退所情報記録書で医療機関の医師と情報を共有している。職員は地域包括支援センターや関係機関のリストを常時持参している。事務所倉庫に、社会資源である各関係機関やインフォーマルサービス等の資料を整備している。地域包括支援センターと連携し、要支援者の介護予防ケアプランを作成している。 | | |
| (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 | 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) | | 22. 「業務チェックシート」を作成し、業務に抜け落ちがないようにしている。各種マニュアルを作成している。年に1回、見直しを行い、改訂履歴を記し、改定項目を朱書きして周知を図っている。 23. 毎月のモニタリング訪問や、電話でのやり取りで得た情報を支援経過記録に記載している。個人ファイルにサービス事業所の介護や看護の計画書と、事業所のモニタリング訪問記録、経過記録等を纏めている。個人情報保護の研修は1月に実施予定している。書類は、キャビネットにて施錠管理している。 24. 日々のミーティング、毎木曜開催の「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達などを目的とした会議」、業務日誌などで、全職員が情報を共有している。議事録・回覧板の閲覧印で全職員の周知状況を確認している。 25. 毎月のモニタリング訪問で家族等と面会し、サービス実施状況を伝えている。面会が叶わなかった家族には、利用者宅の連絡ノートを活用し、必要に応じてメールや電話で連絡を取り合っている。 | | |

| (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. 毎年、感染症の対策及び予防に関する研修を感染症マニュアルを活用して行っている。今年度は3月に予定している。特に流行シーズンには、訪問時に、マスク・ビニール手袋・手指消毒液を持参し二次感染予防に努めている。 27. 木曜日は一斉清掃の日としている。特に、水回りやトイレは、日々行っている。業所内は清潔で整理整頓されていた。 | | |
| (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 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | 28. 事故・緊急時マニュアルを作成し、緊急連絡網を使った緊急対応訓練を実施している。ハザードマップに基づき、徘徊者の探索や災害時・災害後の利用者安否確認等の対応を、地域包括支援センターや圏域の事業所と検討している。認知症サポートネットワーク連絡会の活動の一環として、徘徊模擬訓練・声掛け訓練などを民生委員や老人福祉委員に呼びかけ共同で実施している。 29. 行政提出の事故報告はない。ヒヤリハット事例の分析や検討を「職場会議」で行い、改善策を検討し、事故を未然に防ぐことに努めている。 30. 行政から配布されたハザードマップや、紫野学区の指定避難所を事業所内に掲示し、有事に活用できるようにしている。緊急時連絡網に沿って、防災メールの送信訓練をしている。毎年、地域の居宅事業所連絡会で防災研修を実施している。利用者の個人ファイルを、独居・認知症・医療ニーズの高い利用者の個人ファイルを識別できるようにシールで色分けしている。ミネラルウォーター、簡易トイレ、軍手などを備蓄している。 | | |

| 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・身体拘束・虐待をテーマにした研修を事業所内で行っている。地域包括支援センターと連携し「気になるコール」を通じて身体拘束や虐待の早期発見を目指している。身体拘束や高齢者虐待の防止に関するマニュアルを策定している。虐待事例は地域包括支援センターと協働で対応している。 32. 31年1月に個人情報保護に関する研修を行う予定である。マニュアルを作成している。利用者満足度アンケート調査の設問に、ケアマネジャーの言動にプライバシーや尊厳を損ねる内容の有無を問う項目を設けている。 33. 事業所の人員体制で受け入れ可能であれば、困難事例であっても公平に受けている。 | | | | |

(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てている。 | 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 | B |
| (評価機関コメント) | | <p>34. 利用者や家族に対して、月一度の訪問や利用者満足度アンケートで忌憚のない意見や要望・苦情を求めている。ヒヤリハットの報告書を検討・評価し、会議で改善策を話し合っている。利用者・家族の意見や要望を機関紙に掲載している。玄関に苦情受付の電話番号などを掲示し、意見箱を設置している。</p> <p>35. 現在苦情はないが、利用者や家族の意見は会議で検討し機関誌に掲載している。急を要する内容は迅速に対応している。玄関ガラス窓に事業所名と電話番号を大きく書き、相談者が事務所に気軽に立ち寄り易いように工夫している。</p> <p>36. 重要事項説明書や事業所の玄関に、苦情を言える機関や窓口の電話番号を解りやすく大文字等で明示している。第三者委員の設置がなかった。</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てている。 | 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>37. 年1回の利用者満足度アンケートを6月に実施し、利用者の意向を確認している。毎年、同じ設問内容のアンケート様式を使用し、利用者の意向の推移を年度を追って比較している。来年度は設問内容を見直し、変更する予定にしている。アンケート結果で改善を必要とする課題について、検討会議で分析・評価し、結果をホームページに掲載しているが、具体的な改善策掲載されていなかった。また、アンケート結果が、その後、具体的に運営に活かされたかどうかを確認することができなかった。</p> <p>38. 「職場会議」やミーティング、毎木曜の「利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項を目的とした会議」で、サービスの質や支援方法について振り返り、方向性を共有している。地域包括支援センターの事例検討などで、他事業所の取り組みを学び知ることが出来る。北区事業者連絡会、生活圏域の事業所と連携した学習会「きたくのわ」「きたく介護者のわ」等との活動を通して、他事業所と情報交換をしている。</p> <p>39. 今年は第三者評価受診のための「職場会議」を持ち、課題の明確化に取り組んだ。第三者評価を受けなかった年は、「統括会議」等でサービスの質などについて話し合ってきたが、検討体制が十分だったとは言えない。</p> | | |