

アドバイス・レポート

平成27年2月5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26年10月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（丹後園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>○管理者等によるリーダーシップの発揮 各部署でのスタッフ会議、部門ごとの主任会議、全体主任会議、運営会議があり職員の意見を聞く機会を段階別に設けています。年2回の人事考課は、一段階上位の役職との面談を行い、上司評価を行うしくみがあります。</p> <p>○地域への貢献 網野町内の約7割の居宅介護支援事業を担当しており、地域との連携を大事にしています。認知症サポーター養成講座への講師派遣については、2014年度4回派遣の実績があります。認知症対策事業への参加協力や地域の認知症家族会（「虹の会」）の事務局を担当し、広報誌発行の支援も行っています。</p> <p>○職員間の情報共有 毎日の朝礼で各自の予定確認と利用者の変化などについての報告を行い、連絡帳により全員確認しています。担当職員が休みでも利用者の情報はPC上で確認できるため、他の職員が対応できます。また、特定事業所となっており、週1回定例会議を実施し事例検討や意見交換が行われています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○利用者満足度向上の取組み 定期的な利用者満足度調査は行われていません。</p> <p>○業務マニュアルの作成 標準的なマニュアルは作成されており、定期的に研修も実施されています。見直しも年1回事業計画策定の際に行われていますが、基準の定めがなく、苦情・事故防止策などの具体案が反映されるしくみがありません。</p> <p>○意見・要望・苦情の受付 居宅介護支援業務として、ケアマネジメントのサイクルの中で個別のケアプランに対する意向・希望については丁寧に拾い上げられ、苦情についてはマニュアルに沿って対応しています。さらに広い視点での事業所として、利用者の意向を引き出す取組みや苦情対応の公開のしくみはできていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>法人理念の「お一人お一人を大切に質の高い福祉サービスの提供により誰もが安心して暮らせる地域社会づくりに貢献させていただきます」のもと地域に根差した活動を続けています。今回、受診された居宅介護支援事業所においても京丹後市網野分室と連携し、地域のニーズに応えるなど、地域の貢献活動にも積極的に取り組まれています。今後、さらに発展していかれることを期待し、以下のとおりアドバイス申し上げます。</p> <p>○ヒヤリハットと事故、要望と苦情についての定義が曖昧でした。毎年事業報告取りまとめる際に、ヒヤリハット事例などを分析することなどで、事業所全体で共通認識を持てるようそれぞれの言葉の定義を明確にしてください。</p> <p>○利用者の意向や満足度を聞く方法として、アンケートなどの利用者満足度調査の実施や、介護者家族の会等の開催時に意見交換の場を設けるなど実施されてはいかがでしょうか。実施した結果についての分析によりさらなるサービスの改善につながりより地域へ貢献していく機会につながるものと思います。</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	2672300023
事業所名	丹後園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26年10月21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. 法人理念、運営方針についてはデイサービスセンターとの共有スペースにも掲示し、ホームページにも公開しています。1回、事業計画作成の過程で各部署の全員で確認しています。 2. 組織図・管理規定により組織としての意思決定方針や職務権限などを明確にしています。		
(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。	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. 法人全体として単年度の計画は策定していますが、中長期計画については策定していません。毎月定例で居宅ケア会議を開催し、活動報告を行っています。 4. 在宅部主任会議にて年度半ばと事業計画策定期間の年2回見直しを行っています。		
(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	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. 遵守すべき法令関係の資料を閲覧できるように事業所内に保管していますが、リスト化はしていません。 6. 運営管理者は、自己の役割と責任を明確にしています。人事考課面接において一段階上の上司面接により、部下から直属上司への評価を行っています。 7. 運営管理者は職務用の携帯電話を常時所持し、いつでも連絡が取れるようにしています。また、緊急時の連絡網、マニュアルも作成してあります。		

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。	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. 人事考課規定については今年4月に改訂も行われています。採用基準についても基準を策定しています。 9. 人材育成方針のもと、研修計画を策定・実施しており、週1回定例会議においても勉強会を開催しています。 10. 実習生の受け入れマニュアルがあり、実習担当者への研修も実施しています。		
(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)		11. 有給休暇の消化状況については組織として管理し、事業報告でも公表しています。また、職員個人でも確認できるしくみとなっています。 12. 産業医が週1回来所し、相談できる体制があります。休憩は事業所内で取っており、ハラスメントについての規定は未整備です。		
(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. 広報誌を年4回発行し、関係機関に送付しています。ホームページにも広報誌掲載があり、その他の取り組みについても情報開示しています。 14. 認知症サポーター養成講座への講師派遣や地域の認知症家族会（「虹の会」）の事務局として関わっています。		

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
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. 主にパンフレット、ホームページにて情報提供しています。		
(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. 重要事項説明書により内容、料金について説明し、同意を得ています。地域福祉権利擁護事業につないだ事例もありました。		

(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	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. 18. 事業所独自のアセスメント様式を使用し、定期的に見直しも行われ、利用者・家族の意向や希望を把握した上で計画を作成しています。 19. 20. 専門家の会議への参加や意見照会が行われ、計画の見直しも定期的に行われています。		
(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. 病院の地域連携室との連携やFAX照会等で医師との連携状況は確認できました。網野町ケアマネ会議の他、地域での各種会議に参加をし、各関係機関との連携もできています。		
(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。	B	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. 業務マニュアルは整備されており毎年見直されていますが、見直しの基準について定められていません。 23. 記録の持ち出しについての規程は整備されていません。 24. 毎日の朝礼で情報共有し、週1回定例会議を開催し意見交換、事例検討を行っています。 25. 毎月のモニタリングやサービス担当者会議等の機会を通じて家族との情報交換をしています。		
(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. マニュアルには最新の情報を追加し、研修も毎年実施しています。訪問車に感染対策グッズを常備し、二次感染の予防に努めています。 27. 事業所内が清潔に保たれるよう、職員が清掃に努めています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 事故・緊急時について、それぞれ対応マニュアルが整備し、訓練も実施しています。 29. ヒヤリハット報告、事故報告は原因・対応まで記載しており、再発防止のため研修も実施しています。 30. 大規模災害に関するマニュアルを作成し、火災訓練は年2回行われています。		

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. 法人内で人権学習会を毎年1回以上開催しています。日常業務の振り返りや虐待防止についての取り組みについては、月1回の居宅ケア会議等で検討しています。 32. プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、居宅ケア会議にて定期的に確認しています。 33. 基本的には申し込みがあれば受け入れています。件数により受け入れできない場合は他の事業所の紹介を行っています。		
(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。	B	B
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. 毎月の訪問時に利用者、家族等の意向を確認する機会としています。苦情等については全体主任会議で情報共有しています。 35. 苦情対応マニュアルに沿って対応していますが、結果等の公開はしていません。 36. 重要事項説明書に記載し説明を行っています。		
(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	C
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)		37. 個々のケアプランに対する満足度については担当ケアマネジャーが毎月の訪問で把握していますが、定期的な利用者満足度調査は行っていません。 38. 全体主任会議、在宅部主任会議、居宅ケア会議を毎月開催し、その中で検討しています。 39. 毎年事業報告を取りまとめる際に振り返り、評価を実施しています。前回の第三者評価の受診は2008年度です。		