

# アドバイス・レポート

平成29年1月19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18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（居宅介護支援事業所ひまわり）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><b>○事業計画の策定</b> 中長期計画を盛り込んだ事業計画「H28年度アクションプラン」を策定し、半年ごとの評価見直しを実施しています。評価はA～Dとわかりやすい指標で表し、具体的な内容が記載されています。利用者アンケートの結果や職員間の話し合いの中から課題を抽出し、次年度の事業計画に反映させています。</p> <p><b>○アセスメントの実施</b> アセスメントは、定められた様式に従い、利用者や家族の意向、要望を聞き取り、内容を詳細にまとめています。その中から課題を拾い出し、サービス計画書に反映しています。認定更新時、区分変更時の他、利用者の状態変化に伴い必要に応じて実施しています。事業所独自に「利用者基本情報」を作成し、利用者の状況が分かりやすくなるように工夫しています。</p> <p><b>○継続的な研修</b> 法人の年間計画に基づいた研修の参加や外部での研修参加のみならず、事業所内でお互いに学びあう勉強会を定期的実施しています。事業計画の中に研修計画を盛り込み評価、見直しを行い、次年度の計画に生かしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○地域への貢献</b> 法人本部が京都市北区にあり、同法人の事業所の大半が北区を中心としたエリアであるということで、法人が開催する行事等の協力は行っていますが、事業所のある乙訓地域での地域住民に向けた研修会や講演会等の開催は行えていません。</p> <p><b>○意見・要望・苦情の受けつけ</b> 毎月の訪問時や年1回のアンケート調査を実施して、意見や要望、苦情の聞き取りを行っていますが、事業所に対する直接の苦情がないとのことで公開に至っていません。</p> <p><b>○ストレス管理</b> 職員のストレス解消やメンタルヘルスを目的として、産業医が対応する仕組みがあるとのことですが、職員が直接産業医に連絡を取るための手段が不明確です。</p>

具体的なアドバイス

医療法人社団都会は、医療部門、介護部門に分かれて運営されており、介護部門として施設、通所、訪問サービスを展開しています。その中で、「居宅介護支援事業所ひまわり」は、長岡京市を中心に乙訓地域で支援を行っておられます。阪急長岡天神駅から徒歩で5分の場所にあり、駅から近いということで、利用者家族が、立ち寄り相談に訪れることもあるとのこと。在籍の介護支援専門員は2名と少人数ですが、法人の他事業所と連携を取りながら、事業所内の運営会議で勉強会を実施し、支援の内容やサービスの質について話し合う等、積極的に運営を行っておられることが伺えました。

○法人本部のある北区では、通所、訪問、施設サービスを展開していることもあり、様々なイベントを開催されていますが、事業所のある乙訓地域の住民に向けた講演会等の専門的な情報を提供する機会が持てていません。事業所の専門性を地域に還元し、乙訓地域に根差した事業所を目指す上でも、法人が持つノウハウを生かし、介護、福祉、医療に特化した講演会等を小規模からでも始められてはいかがでしょうか。

○苦情相談対応マニュアルを整備し、年1回のアンケートを行うなど、積極的に利用者や家族から要望の聞き取りを行っておられます。苦情や要望は、直接居宅介護支援事業所に向けたものではなくても、そこから利用者が求めているニーズを探っていくことも必要だと思います。他のサービスへの苦情、要望も収集し、個人情報に配慮した形で利用者に情報として公開する仕組みを考えてみてはいかがでしょうか。

○法人内の衛生委員会でリフレッシュ活動を実施するなど職員のメンタルヘルスに対する取り組みを実施しておられます。産業医に相談する体制は整えておられるとのことでしたが、職員が直接相談する方法、連絡先等の周知が不十分と思われる。どの職員にもわかるように、ポスターやチラシ等で相談先等を伝えていく方法を検討してみてください。

※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	2613001094
事業所名	居宅介護支援事業所ひまわり
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援事業所
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18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
<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. 法人の理念に沿った事業所の理念及び運営方針があり、職員は運営会議にて検討し実践しています。 2. 管理者はサービス向上委員会などに参加し、委員会会議録で他の委員会の内容も把握し、法人のWebを経由したシステムに意見を出せる仕組みがあります。		
<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。	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. 「平成28年度アクションプラン（事業計画）」作成し、中期（3年）長期（5年）の目標を掲げています。 4. 事業計画は、質の向上（研修など）・運営などの項目毎に前期・後期の中間で見直しています。		
<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。	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)			5. 管理者が参加した「法令遵守について管理者会議」の内容を運営会議で報告しています。 6. 職務規定に「管理者の役割と権限」を定めています。法人の事業マネージャーが職員と面談し、管理者の評価について確認しています。 7. 管理者と介護支援専門員は、携帯電話を所持し事業の実施状況を随時確認できる体制をとっています。日誌は法人本部に提出し、報告を行っています。緊急時には「管理者緊急連絡網」に沿って、速やかに連絡が取れる体制にあります。		

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
<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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 中期目標に次期体制（3名体制）を掲げ、質の高いサービスを目指しています。採用後、更新研修の費用は法人が全額負担しています。 9. 毎月事業所内での勉強会を行い、外部研修にも参加しています。3か月に1回「研修参加状況一覧表」で法人に報告しており、事業所の研修内容を把握する仕組みがあります。 10. 「研修生・実習生の受け入れについて」作成し体制を整備していますが、実習依頼がないとの事で指導者に対する研修などは実施していません。		
<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。	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. 就業状況については、法人本部で管理し、分析・検討しています。現在、職員は2名ですが、有給消化率を把握して取得するように努めています。「介護休業及び介護短時間勤務等に関する規定」を設けています。 12. 職員の悩みやストレスなどについては、産業医が相談を受ける体制がありますが、職員が直接相談できるような方法を周知していません。		
<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	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	B
		(評価機関コメント)		13. 事業所のチラシに理念を記載し、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が、地域に向けて広報をする仕組みがありません。 14. 「おでかけ あんしん 見守り隊」や市民フォーラムへの参加や、療養手帳委員会に参加し、関係機関と連携を取りながら、地域住民のニーズの把握努めていますが、研修会の開催等、事業所が持つ専門的な技術や情報を提供するまでには至っていません。		

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. ホームページやチラシを作成して、事業所の情報を提供しています。利用者からの問い合わせは、サービスにつながらない場合も相談記録に記載しています。		

(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. 重要事項説明書にサービスの内容、料金について明示し、利用者および家族に説明しています。利用者の権利擁護のため、必要に応じて成年後見制度、地域福祉権利擁護事業のパンフレットで説明し、利用に繋げています。		
(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. 定期的なアセスメントを行い、必要に応じて計画の見直しを行っています。事業所独自で「利用者基本情報」を作成し、わかりやすくしています。 18. サービス計画書作成は、利用者及び家族等の意向を尊重して策定しています。サービス担当者会議には、利用者または家族等が参加しています。 19. 入退院時は所定の書式を用いて医師と情報交換を行い、退院前のカンファレンスにも参加しています。 20. 毎月モニタリングを行い、必要に応じてサービス計画書の内容を変更しています。その際には、医師等の専門家に意見照会をしています。		
(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. かかりつけ医とは、電話や直接訪問を行い、連携を図っています。虐待対応等の支援が必要な場合は、地域包括支援センターと支援検討会議等を行い、対応しています。入退院時には、医療機関と情報交換を行い、カンファレンスに参加し、支援に繋がっています。		
(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	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. 各種マニュアルを整備しており、見直しチェックリスト表を使用して時期等を確認し、見直しています。 23. サービスの記録は経過記録やモニタリング表に記載し、文書管理規定に基づき管理しています。プライバシー保護の研修時に、個人情報保護、情報開示についての研修を行っています。 24. 利用者ファイルや経過記録はパソコンで常に見ることができます。運営会議で利用者の報告したうえで、カンファレンスを行い、情報共有しています。 25. 月一回、本人や家族との面談の機会を持っています。また、必要に応じて自宅訪問、電話、メールなどで家族に利用者の状況を伝えています。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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. 感染防止対策マニュアルを整備し、年1回見直しをしています。事業所内で定期的に勉強会を行い、利用者訪問時には、マスク、ゴム手袋、靴下の履き替え、消毒薬を常備しています。 27. 事業所内の書類、および備品は整理整頓ができています。外部業者等の委託はしていませんが、掃除当番を決めて、定期的にフロアー、トイレ等の清掃をしています。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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. 緊急時対応マニュアルを整備し、管理者緊急連絡網を作成しています。事業所内で、マニュアルに基づき勉強会をおこなっています。 29. 事故発生時対応マニュアルを整備し、定期的に見直しをしています。保険者に報告する事故は発生していませんが、報告する体制は整えています。 30. 災害緊急時マニュアルを整備しています。緊急時、事故、災害時の対応について勉強会を行っています。長岡京市ハザードマップを準備し、福祉避難場所、避難帰路を確認しています。		

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	
<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. 事業所内で「身体拘束防止法」や「高齢者虐待防止法」に関する勉強会を行っています。 32. プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、勉強会を行っています。自宅訪問時は、不必要な場所への立ち入りや興味本位の聞き取りにならないように努める等、プライバシーに配慮しています。 33. 新規受け入れ基準を設けています。申し込みで受けられない場合でも地域包括支援センターに相談し、他事業所を紹介する仕組みがあります。					

(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	B
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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)		34. 月1回の自宅訪問時に面談を行い、利用者や家族から希望を聞き取っています。 35. 苦情・相談処理マニュアルを整備し、苦情相談報告書を作成して対応する仕組みはありますが、報告書を作成するような苦情がほとんどないとのことで、公表等は行っていません。 36. 重要事項説明書に第三者の相談窓口を掲載していますが、受付時間等の記載がありません。		

(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	B
(評価機関コメント)		37. 年1回、利用者、家族にアンケート調査を実施しています。運営会議で内容を検討し、アンケートの方法や内容について見直しをしています。 38 法人のサービス向上委員会に所属し、月1回の会議に参加しています。接遇マナーチェックシートや環境設備チェックシートをを利用して、サービス改善について取り組んでいます。 39. 事業計画に基づき自己評価を実施しています。運営面と質の向上についての項目で、AからD評価を付けて課題を明確にしています。今回、第三者評価の受診は今回が初めてです。		