

# アドバイス・レポート

平成 28 年 12 月 12 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 10 月 11 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（アムールうずまさ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<br>(※) | <p><b>1) 業務改善に向けた法人の取り組み姿勢</b></p> <p>理事会や事業会議には現場の意見を取りまとめた責任者も参加されています。また、安全衛生推進委員会や防災・災害等対策委員会、マニュアル見直し委員会、サービス評価委員会など、9つの専門委員会が定期的開催され、課題や目標を共有し、半年毎に評価をしながら一体的に展開されています。専門委員会の運営状況にばらつきがあれば、必要に応じて委員会に対する働きかけや介入支援が行われており、その柔軟性から組織の強みが窺えました。</p> <p>利用者アンケートによるサービス満足度は高く、定期的に事業所評価の機会を設けて着実に質の向上に取り組まれた結果が窺えます。「パトロール」と称された委員会活動は、自組織を職員自ら点検できる機能があり、積極的な自己評価と結果を改善につなげる取り組みの象徴的な活動と感じられました。</p> <p><b>2) 成長しつつ長く働き続けられる労働環境</b></p> <p>介護福祉士や介護支援専門員等資格習得のための支援体制がとられ、研修は階層的で計画的に実施されています。また、経験や意向に合わせた研修機会を作るよう努められています。</p> <p>労働環境においては、各種会議・研修を勤務時間内に実施できるよう見直しや工夫が図られています。有給休暇取得が呼びかけられ、勤続年数に応じた日数のリフレッシュ休暇と毎年のリフレッシュミニ休暇があります。また、育児・介護休業・短時間勤務等の柔軟な取り扱いに対応されています。</p> <p><b>3) 地域に向けた取り組み</b></p> <p>法人の運営理念や事業計画、財務諸表等がホームページにて公開され、施設の概要や運営を広報誌で開示されています。また隣接する地域密着型特養の開設により、法人発信の地域交流会やアムール祭りの実施、認知症サポーター研修の予定など、地域社会との交流を深められる姿勢を感じました。</p> |
|---------------------|---|

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p><b>1) 中長期計画の策定</b></p> <p>現場の個別会議や毎月の経過報告会議、専門委員会会議の結果をふまえながら事業計画が策定され、毎月、半期ごとに評価し、共有されています。中長期計画は各部署ごとに作成されていますが、法人がこれからどのように歩むのかを内外により明確にするために、法人全体を視野に入れた中長期計画を作成されていくことが望まれます。</p> <p><b>2) 災害発生時の地域との連携</b></p> <p>災害避難所と電源の必要な医療機器使用状況の全利用者リストを、定期的に見直し、備えとされています。また、併設施設は福祉避難所としての指定を受け、災害時に備え余分の備蓄が行われています。しかし、災害発生時に地域と事業所が連携できる具体的な関係づくりはこれからの取り組みである、と確認しました。</p> <p><b>【その他】利用者が過ごしやすい環境作り</b></p> <p>居宅介護支援事業と併せて評価を受けられた介護老人福祉施設も見学させていただきました。施設のハード面の課題から、2階3階それぞれの広さと入居者数のアンバランスがあり、また、照明や採光、職員の動線と収納スペースなどの課題もあり、空間を活用する工夫の必要性を感じました。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>           | <p><b>1) 中長期計画の策定</b></p> <p>在宅サービスに力を入れた法人の方針により、すでに地域の拠点法人としてサテライト事業を開始され、いったん中長期計画は完了し、サテライト事業立ち上げ後、次に向けて検討を進めておられるとのことでした。組織内の新任・現任職員の比率構成の変化に合わせた調和を図る取り組みや、近い将来の既存設備の大規模改修に備える必要性など、すでに準備もなされています。これまでの取り組みを基礎に、さらなる組織改革、また、先駆的な地域包括ケア展開、あるいは、より戦略的な人材マネジメントなどについて、中長期的な展望を立てて計画に反映させることを検討されてはいかがでしょうか。今後予定されているという中長期計画に期待いたします。</p> <p><b>2) 災害発生時における地域との連携</b></p> <p>地元学区の防災訓練に参加を予定されていると確認しています。すでに、隣接する地域密着型特養の開設により、法人発信の地域交流会やアムール祭り、また認知症サポーター研修の予定など、地域社会との交流があると聞いております。これまで重ねてこられた経験や関係をもって地域のネットワーク作りをさらにすすめつつ、災害時連携に活かされてはいかがでしょうか。</p> |

様式 7

|  |   |
|--|---|
|  | <p>【その他】利用者が過ごしやすい環境作り</p> <p>利用者の立場になって他部署の職員も含めて施設内をパトロールし相互に意見を出し合い利用者保護の観点からサービスの改善に取り組まれています。また特養の年 2 回の家族交流会では家族の参加が 6 割近くととても高く、日々の交流が図れていることがうかがえます。パトロール隊の活動を活用し、利用者保護の視点から快適な生活空間の視点に広げるのはいかがでしょうか。また、そのパトロール隊のメンバーに、たとえば在宅目線から居宅支援の職員も参画する、新任職員と組み合わせてパトロールする、ご家族の参画も試みるなど、課題意識の醸成にさらに有効な取り組みにな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                    | 2670700042                                   |
| 事業所名                     | アムールうずまさ居宅介護支援事業所                            |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 居宅介護支援                                       |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 介護老人福祉施設、通所介護、短期入所生活介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護 |
| 訪問調査実施日                  | 平成28年10月27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)        |     | 非常勤職員も含む全職員が基本理念や従業者3か条を記したカードを携行していることに加え、内容の説明を行い質疑応答をすることによって、職員に浸透させる工夫がなされています。運営方針や事業計画や財務諸表等がホームページや広報誌等において詳しく情報公表されています。また理事会や各種会議等の議事録が各部署で回覧できるようになっています。 |      |      |       |
| <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)        |     | アンケート結果や、現場の個別会議や毎月の経過報告会議、専門委員会会議の結果をふまえながら事業計画が策定され、毎月、半期ごとに評価し、共有されています。中長期計画は各部署ごとに作成されています。   |      |      |       |
| <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)        |     | 管理者は毎週定例会議の機会に、状況把握・意見聴取・調整・指示を行い、上部会議には現場の意見を取りまとめて参加し、各委員会も定期的開催され、達成状況の確認や課題・目標の共有、半年評価をしながら一体的に展開されています。また、管理者が定期的に職員と面談する機会が設けられています。                           |      |      |       |

| 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 |
| <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)    | 「採用基準要領」により職員の採用基準が具体的に明示され、研修計画は階層別で作成され、また職員を講師として内部研修を実施されています。各種実習受け入れに対するマニュアルは整備され、随時受け入れできる体制が取られています。                               |   |      |       |
|                     |     | 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    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    | 毎年のリフレッシュミニ休暇以外に勤続年数に応じたりフレッシュ休暇日数が付与され、育児・介護休業・短時間勤務等の柔軟な取り扱いに対応されています。  |   |      |       |
| <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)    | 法人の運営理念や事業計画、財務諸表等がホームページにて公開され、施設の概要や運営を広報誌で開示されています。地域在住の運営ボランティアや毎年開催する施設の祭りを通じて地域ニーズの把握に努められています。地域の小学校で小学生対象の認知症サポーター養成講座の開催も予定されています。 |   |      |       |

| 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 |
| <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)  | パンフレットやホームページを通じて事業所の情報を提供されています。  |   |      |       |
| <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)  | 利用にあたっては重要事項説明書、契約書により適切に説明が行われています。また、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業についての相談があれば紹介できる資料を準備されています。 |   |      |       |

| (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)        |    | 独自のケアプラン作成マニュアルが整備され、月1回以上の訪問で利用者又は家族の意向の把握がなされています。居宅介護連絡票にて、主治医の意見、電話や照会にて各事業所からの意見徴取の上、計画策定・見直しが行なわれています。  |   |   |
| (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)        |    | 入院時には書面にて連携し、退院前カンファレンスへの参加がなされています。ケアマネージャー連絡会や地域ケア会議への参加もされています。  |   |   |
| (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)        |    | それぞれ部署ごとに各種の標準的なマニュアルがファイルに整備され、誰もが目にすることができます。終礼で毎日利用者情報の共有を行い、定例会議で新規・困難事例の情報共有がなされています。また、自主点検だけでなく、毎月のケアマネジメント過程を他者点検で行われており、これは、業務の確実性を高め、チームでの共有化、効率的な相互研鑽の効果も同時に期待できるものとなっていました。     |   |   |
| (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。   | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 訪問介護と同じように訪問時の緊急時等の不測の事態にも対応できるよう感染症グッズを準備し、フローチャート化されたマニュアルを持って適切に対応できるようにされています。施設内の整理、整頓については前回の評価調査結果を踏まえて居室入り口の設えやトイレ周囲などに改善されていることが確認できました。   |   |   |
| (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 | 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)        |    | 災害避難所と電源の必要な医療機器使用状況の全利用者リストを、定期的に見直し、備えとされています。リスクマネジメント委員会が中心となり、事故やヒヤリハットの報告を受け、再発防止策策定や研修・マニュアル見直しなど、一連の事故再発防止の取り組みが機能しています。来年度地域防災協定の締結を目指しておられますが、今回は地域との連携を意識したマニュアルや訓練等は確認できませんでした。 |   |   |

| 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)            |     | 「断らない」「安心して相談いただけるよう話をよく聞く」をモットーに、利用者アンケートと研修を行い、利用者保護に努める体制作りがなされています。法人内委員会活動では、施設内をパトロールし相互に意見を出し合いサービスの改善に取り組まれています。     |      |      |       |
| <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。   | 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)            |     | 利用者アンケート結果、定期面談時の意見や苦情は、迅速に報告、対応・共有し、広報誌や施設掲示で公表されています。改善状況の評価は、「中間」「最終」の期間を定めてなされています。第三者委員からも客観的意見を得て再考機会を持つなど、意識の高さが窺えます。 |      |      |       |
| <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。  | 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。  | A    | A    |       |
|                        | (評価機関コメント)            |     | 毎年利用者および家族へのアンケート調査を行い、その結果を踏まえて9つの専門員委員会にてサービス向上に取り組まれています。   |      |      |       |