

様式 7

アドバイス・レポート

2020年1月17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

2019年11月7日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【渡辺西賀茂診療所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

1. 利用者や家族の思いを尊重し、利用者の望む暮らしを支援しています

- 事業所の特徴である「在宅での看取り支援」では、本人の状態の変化に直ぐに対応できるよう24時間365日の連絡体制をとるなど、利用者・家族が安心できるサービスを提供しています。
- 行政・病院等他機関と連携するとともに、施設の全職員（医師・看護師・機能訓練士・事務職員等含む）の参加による多職種ミーティングを実施し、利用者の状況にいつでも対応できるよう、情報・意見の交換を行っています。
- サービス向上委員会は、毎月「マナー向上のための声のカード」を提出し、些細な出来事も利用者や家族の声として受け止め、法人全体の課題を把握し、業務の改善に繋げています。

2. 事業計画に基づきPDCAサイクルが実施され、サービスの質の向上に繋がっています

- 定期的実施するアンケート調査やモニタリング等で利用者ニーズの調査分析を行い、サービス内容の課題や問題点を明確にした上で事業計画が策定されています。
- 事業計画は全職員が参加して策定し、中間評価、年度末評価の中で課題達成の進捗状況が確認されています。未達成の課題についてはさらに見直しが行われPDCAサイクルが実施されています。
- 職員は事業計画に基づき「自己管理目標シート」等を作成し、中間評価、年度末評価が管理者面談によって実施されています。職員はその結果を踏まえ自らの課題が達成できるよう業務の改善に取り組み、次年度の目標設定に繋がっています。
- 事業所全体でサービスの質の向上に取り組まれていることが、今回の第

	<p>三者評価アンケート結果からも分かりました。</p> <p>3. 地域との連携に努め、事業所情報を提供されています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○パンフレット・ホームページ・フェイスブック・インスタグラムを活用するとともに、機関誌を年4回、利用者や地域等に配布し、法人理念をはじめ、職員紹介や講演・研修報告を掲載するなど事業所情報を地域に開示しています。 ○おせっかいカフェ（地域の商店街での介護予防・相談・交流）・オレンジカフェ（認知症の方と家族のための）・ほっとかへんでカフェ（人との交流の場の提供）を企画し、商店街や地域の社会福祉協議会と協力して、介護相談など様々な専門的な技術や情報提供を積極的に行っています。また、施設のコミュニティルームを地域活動に開放し、地域の人との協働作業を通じて地域との連携に取り組まれています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 休憩室の確保について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○労働時間や有給休暇の管理は適切に行われており、業務上の悩みやストレスをサポートするためのストレスチェックの実施や産業医の配置が行われています。また、職員の福利厚生についても、旅行やイベントなどが企画・実施されていますが、日常の業務の中で職員が休憩しリラックスできる専用の場所がありません。心身を休めることができる休憩場所の確保が必要と考えます。 <p>2. 感染症等マニュアルの見直し方法について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○各種の業務マニュアルが整備され、見直しも定期的にも実施されています。感染症対策においては、常に新しい情報を収集し適切な対策を実施されていますが、マニュアルの更新日がなく、見直し内容が確認できませんでした。 <p>3. 利用者の人権に関する取り組みの充実について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○利用者の人権や自尊心を尊重したサービスを提供出来るよう、身体拘束や虐待について防止マニュアルが作成されています。また、毎年事業所で研修会を開催し、利用者保護に対する共通理解を深めています。法人全体としての取り組みが望まれます。

具体的なアドバイス

1. 休憩室の整備について

- 一日の勤務時間の中で、昼休みも含め休憩時間は適正に運用されていますが、決まった休憩場所がなく、会議室やコミュニティルーム等を空室時に利用し、男女共に適宜休憩時間を過ごされています。現状では、職員が充分にくつろげる場所がなく、心身を休め業務の効率化を図るためにも、職員がリラックスできる環境等の整備が望まれます。

2. 感染症等マニュアルの見直し方法について

- 感染症予防については、訪問時のマスク・消毒液の携帯や出前研修の実施など事業所の意識が高いことが窺われますが、業務マニュアルの見直しについては、完全ではありませんでした。他の業務についても、基本となるマニュアルの見直しはサービスを改善していく上で重要です。感染症マニュアルだけでなく、マニュアル全体について見落としが起こらないように、統一した見直し方法を検討され、すべてのマニュアルの見直し、点検が、確実に行われることを提案いたします。

3. 利用者の人権に関する取り組みの充実について

- 理念に基づいたサービスの提供が出来るよう、研修会を開催するなど熱心に利用者保護に取り組まれています。さらに、法人全体で共通理解を持つために、高齢者虐待防止等に関する委員会や全体研修計画への位置付け等に取り組まれ、利用者保護に関する理解が一層図られることを期待します

「所感」

当事業所は、強化型在宅療養支援診療所がある複合施設であるため、在宅での看取り支援の関わりが多く、本人の状況変化に直ぐに対応できるよう、医療と連携した体制が敷かれています。

職員の多くは在職年数が長く、業務に精通され、計画的に業務を遂行されています。PDCAサイクルが実施されサービスの向上に繋がっています。

今後、事業計画に基づき、3年、5年の中長期目標達成に向け、業務を推進していくこととなりますが、限られた人数で、多忙な日々の中、各自の業務量が気になるようです。運営計画の下に、将来に向けた人材育成・増強を図られ、事業所の特徴を堅持して、より一層高い水準のサービス提供に務められることを期待します。

※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	2610105278
事業所名	渡辺西賀茂診療所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	2019年11月22日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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 法人の理念、運営方針が法人パンフレット、季刊誌、HP等で明確にされています。年初の訓示や理念が記載された身分証を携帯することにより、職員には理念が浸透しています。毎年実施されるアンケートにも法人理念等が記載され、利用者への周知を図っています。 ② 本部長をトップに構成される管理者会議や各事業所の主任・副主任会議、医師・看護師等の他職種連携会議等が定期的で開催され、決定内容は速やかに指示系統に従って伝達されています。また、各種委員会の検討結果は、速やかに管理者会議等に報告され、業務に活かされています。		
(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。	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 年間目標と3年、5年の中・長期目標を設定し、それを達成するための事業計画を策定しています。また、利用者アンケートや毎月のモニタリングなどから利用者ニーズを把握するなかで課題や問題点を抽出し、年間計画に反映されています。 ④ 職員全員で現状把握や課題設定を行い、具体的に課題を解決するための年間計画を策定しています。中間評価、年度末評価で達成状況を全員で確認し、必要に応じて見直しています。		

(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。	B	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 管理者等は京都府集団指導に参加し、その内容は管理者会議・運営会議等を通じて全職員に伝達されています。業務に直接関連する介護保険法等は常備されており、関連法令のリスト化に向け順次取り組まれています。</p> <p>⑥ 法人規程に管理者等の責任と役割が規定されており、運営方針策定に管理者を含む職員全員が参画しています。年2回管理者との職員面談が実施されています。ストレスチェックの分析結果は管理者会議で公表されています。</p> <p>⑦ 管理者は常に業務状況を把握出来る場所において、事業所を離れる場合も業務用携帯電話で全員との連絡が取れる体制にあります。日々の業務は、業務日誌でも確認しています。緊急時には直ちに上司に連絡し、指示を仰ぐ体制が来ています。</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 資格や経験を勘案した法人の採用方針に基づいて、採用活動委員会が人材確保等を行っています。資格取得や資格更新等について、受講費用等の補助や勤務扱いの支援があります。</p> <p>⑨ 法人に職員研修を担当する部門があり、法人全体の年間研修計画を策定し、実施されています。研修情報を基に、職員も各自が年間研修計画を立てています。各委員会では、職員任意の学習会（ぴあ研修）を開催し、互いに学び会える環境が出来ています。</p> <p>⑩ 実習生を受入れるための規約・マニュアルが整備されており、毎年実習生を受け入れています。実習生受入協力事業所指導者講習会に参加しています。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>⑪ 法人本部が管理している有給休暇、時間外労働のデータを毎月管理者が確認し、休暇残日数は定期的に職員に提示し、利用を勧奨しています。育児休業、介護休業は、就業規則に規定されています。</p> <p>⑫ 産業医が常駐し、ストレスチェックの結果は法人内で公表しており、ハラスメントに関する規程もあります。衛生委員会、福利厚生広報委員会が親睦旅行を企画するなど職員の福利厚生が充実していますが、職員がリラックスできる休憩室がなく、整備の検討が必要です。</p>		

(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)		<p>⑬ パンフレット・広報誌の配布やホームページ等で事業所情報を開示し、利用者・地域との関わりを大切にしています。</p> <p>⑭ 「おせっかいカフェ」等を商店街で開催するなど、法人の持つ医療・介護等の専門的技術や情報を地域に提供しています。また、施設のコミュニティルームを地域の活動に開放し、地域の人との協働作業を通じて介護・医療等の地域ニーズの把握に努めています。</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

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)		<p>⑮ パンフレットは法人全体の事業概要が掲載され、ホームページでは事業所情報がわかりやすく表示されています。事業所に問い合わせがあった場合は、受付票に記入し、速やかに管理者に報告されています。</p>		

(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)		<p>⑯ 重要事項説明書には、利用料金や保険外費用等が記載され、丁寧に説明されています。自由に閲覧できるよう成年後見制度や権利擁護事業のパンフレットを入口に設置し、利用者の支援をしています。</p>		

(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)		<p>⑰ アセスメント様式は独自様式を使用し、課題が明確にされ、アセスメントが随時できるように改善、工夫されています。利用者の生活状況や状態の把握は、定期的に行われ、必要に応じた支援が行われています。</p> <p>⑱ サービス担当者会議には必ず利用者が参加し、個別のニーズを尊重した援助計画等が策定されています。</p> <p>⑲ 計画の策定にあたり関係事業所・主治医がサービス担当者会議に出席し、意見交換が行われています。また、各事業所からの意見と計画との整合性を図っています。</p> <p>⑳ モニタリングは毎月行われ、計画評価は3ヶ月ごとの短期目標期間で行われています。家族と情報交換するなど利用者の状況の変化を随時確認し、必要時は個別援助計画を見直しています。</p>		

(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)	⑳ 利用者の主治医をはじめ、他の事業所・地域包括支援センター・行政等と有機的な連携が取れています。退院・退所時のカンファレンスにも積極的に参加し、支援しています。			
(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)	<p>㉑ ケアマネジャー業務、接遇、苦情対応等各種業務マニュアルが整備され、利用者アンケート調査結果から業務内容を分析するなどし、マニュアルに反映されています。毎年定期的にすべてのマニュアルの見直しをされていますが、感染症防止マニュアルについて、見直し日の記載がありませんでした。</p> <p>㉒ 利用者一人ひとりの支援経過記録、モニタリング票があり、具体的なサービス提供状況が記載されています。利用者記録の取扱規程が整備され、記録の管理や個人情報保護について毎年職員研修等で周知されています。</p> <p>㉓ 毎日の多職種ミーティング、毎週の居宅ミーティング、運営会議等で職員全員が利用者情報を共有し、訪問時の状況についても迅速に伝達し、対応しています。</p> <p>㉔ 一人暮らしの利用者の家族には、月1回のモニタリング時に面会できるよう調整しており、遠方の家族には電話で状況を報告しています。</p>			
(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	B
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)	<p>㉕ 感染症対策マニュアルがあり、常に最新の情報を取り入れた研修の実施や訪問時の消毒液等の携帯など感染予防対策委員会を中心に取り組んでいますが、マニュアルの更新が確認できませんでした。</p> <p>㉖ 朝夕2回の事務所清掃が当番制で実施され、専属の清掃スタッフがトイレや廊下等共有スペースの衛生管理を行っています。</p>			

(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)		<p>⑳ 事故発生時対応マニュアル、事故予防対応マニュアルがあり、事故防止対策委員会が法人内で毎月開催されています。リスクマネジメント研修を年間研修計画の中に位置づけ、全職員対象に実施しています。</p> <p>㉑ 小さな出来事も「ヒヤリハット」報告書に記載するように周知し、常に事故対応意識の啓発に努めています。事故の内容は事業所内で分析し、事故防止対策委員会で全体の情報共有を速やかに図ることで、再発防止に取り組んでいます。</p> <p>㉒ 安否確認シートの見直しを常に行っています。災害対策委員会は、研修や年2回の避難訓練を実施し、地域での防災訓練や災害対策会議に法人として参加しています。地域との連携を意識したマニュアルは、作成中です。</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
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)		<p>㉓ 事業所理念に基づき高齢者の尊厳を保持したサービスが提供できるようにしています。身体拘束や虐待について防止マニュアルを作成し、事業所で毎年研修会を開催し、職員全員で共通理解を深めています。さらに、法人の全体研修への位置付けや対策委員会の設置等を提案します。</p> <p>㉔ 業務マニュアルには、家族への配慮や話し声、肖像権などについて具体的な事例が明記され、毎年プライバシー保護に関する勉強会を開催しています。</p> <p>㉕ 現職員体制でのサービス利用者定数を超える場合や受入れ対象地域以外等やむを得ない理由を除いては、困難ケースなど全ての利用者の受け入れに対応しています。</p>			
(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	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)		<p>㉖ 重要事項説明書や毎年のアンケート調査の依頼文に苦情・相談窓口を記載し、契約時にも説明をしています。また、毎月のモニタリング時に直接意向を聞く機会を作り、些細なことでも拾い上げる工夫をしています。</p> <p>㉗ 苦情等対応マニュアルに基づき「苦情・相談記録報告書」で管理者に報告し、職員で検討、サービス向上検討委員会を通して法人全体のサービス向上に繋げています。利用者からの意見・要望・苦情については、訪問時に改善策等を文書も提示して報告し、個人情報保護に留意して、機関誌で公表しています。</p> <p>㉘ 第三者への相談窓口を設置し、連絡先や連絡方法を重要事項説明書・契約書、ホームページ、機関誌等に明記し周知しています。</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。	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)		<p>③⑦ 利用者満足度調査を毎年実施し、居宅ミーティングで分析・検討を行い、結果は利用者に公表されています。改善すべき業務課題は、各委員会において対応策を協議・検討しています。</p> <p>③⑧ 毎月のサービス向上検討委員会に居宅職員が参画し、その内容について全員で意見交換をしています。研修や接遇マナーチェックシートで毎年接遇内容の確認をしています。職員は、他事業所との情報交換や情報収集に努め、比較検討をしています。</p> <p>③⑨ 年間事業計画（アクションプラン）は毎月運営会議でチェックされ、中間評価・年度末評価が行われています。抽出された課題は次の計画に反映し、PDCAサイクルが実施されています。第三者評価を3年ごとに受診しています。</p>		