

様式 7

アドバイス・レポート

令和2年3月16日

令和元年5月9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センター きこえの森につきましては、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) 継続的な研修・OJTの実施 目標管理シートに連動し、個人ごとに年度研修計画が作成され、体系的に研修が実施されていました。外部研修に関しては、管理者等から情報提供し、積極的に研修に参加する仕組みがありました。</p> <p>(通番17) アセスメントの実施 全社協方式を利用してアセスメントが実施されていました。聴覚言語障害のある人に対しても通訳を通し、伝わり方のズレにも配慮しながら、時間をかけてサービスの導入につなげていました。</p> <p>(通番31) 人権等の尊重 法人理念に「すべての人々の社会への“完全参加と平等”」を謳い、利用者本位のサービス提供がされていました。身体拘束の外部研修に参加するなど、尊厳の保持に努めていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番4) 業務レベルにおける課題の設定 単年度事業計画は、半期で進捗状況を確認していましたが、その記録はされていませんでした。また、進捗確認をしやすい具体的な課題設定ができていませんでした。</p> <p>(通番22) 業務マニュアルの作成 業務手順書をもとに職員育成を実施されていましたが、手順書の内容の見直しは確認できませんでした。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てる仕組みや利用者満足度調査は実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

介護支援センター「きこえの森」は、社会福祉法人京都市聴覚言語障害者福祉協会が設置する居宅介護支援事業所で、1998年に設立されました。介護保険制度は開始される前、介護在宅支援センターから事業を開始し、西ノ京地域の要介護高齢者と、京都市内に在住する、聴覚言語障害のある人を対象として事業を展開しています。現在、センター全体では150名ほどの利用者がいますが、そのうち約30名は聴覚言語障害の人で、障害があっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう支援しています。地域には、聴覚言語障害のある人が日常的に利用できる資源は限られていますが、各地域にある地域包括支援センターと連携を図りながら、手話のできる職員を配置している事業所を発掘するなど、地域の受け皿的な機能を発揮しています。まだ、構想段階とのことでしたが、聴覚言語障害のある人が、安全で安心して地域に帰れるように、ケアマネジャーのネットワークを構築できるように取り組みを始めています。

事業所の職員は、手話検定を取得するために無料で講習を受ける仕組みがあり、また地域の事業所や住民に対しては、センターの機能を利用して、手話講習会を開催するなど、センターの有する専門性を発揮していました。こうした取り組みは、聴覚言語障害の人たちの利用者が、開設当初と比較して増加するなど、着実に成果として表れています。今後も、当事業所が持つ専門的な強みを活かし、地域の基幹的役割を担っていくことを期待します。

以下、今回の調査で気が付いたことを記載します。

①聴覚言語障害のある人の状況を調査し、その結果に基づき法人の10年プランとして新レインボープランを策定されていました。そのレインボープランに基づき、短中期プランがあり、実行計画として単年度事業計画が策定されていました。法人理念の具現化を調査手法により生活課題を抽出し、実行計画としている仕組みは高く評価される事項です。しかしながら、単年度の実行計画とする事業計画の進捗状況の定期的な確認がされていませんでした。年度当初に策定した計画は、社会状況の変化や利用者の状況など様々な要因により変化することが予想されます。そのことから、3ヶ月・6か月など一定期間での進捗状況により評価を行い、改善が必要な場合は適切に見直す仕組み（PDCA）が必要となります。そのためには、実行計画である単年度計画は、数値目標も含め進捗確認が実施しやすい計画にすることも有効と考えられます。検討されることを期待します。

②事業所においては、標準的な業務を統一して実施するための手順書が作成され、その基準をもとに職員育成が実施されました。しかしながら、その手順書の見直しがされていませんでした。業務手順書は、各事業所が求める一定の水準を設定し、事業所全体としてサービスの質の確保を含め統一して業務を遂行するために整備されるものと考えられます。その水準は、利用者の満足度調査や意見により、定期的に見直しを行いブラッシュアップしていくことがサービスの質向上に繋がっていきます。今回課題となった利用者満足度調査の実施を含め、検討さ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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670300033
事業所名	介護センター きこえの森
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	令和1年10月16日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク 一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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理念・行動指針を明文化し、事業所やホームページに掲載している。研修内容テーマには、行動指針の内容を取り入れるなど、日常的に職員等へ周知し、その具体化に向けて実践している。 ②職務権限規程を整備し、意思決定の方法が明確に示されている。法人理事会⇄部長会議⇄運営会議⇄各課会議が重層的に実施され、意見を反映する仕組みがあった。		
(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	B
	(評価機関コメント)			③聴覚言語障害のある人の状況を調査し、10年プランとして新レインボープランを策定している。それに基づき、短中期プランがあり、実行計画として単年度事業計画が策定されている。 ④単年度事業計画は、半期で進捗状況を確認しているが、記録は確認できなかった。数値化など、進捗確認をしやすい具体的な課題設定ができていなかった。		
(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。	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、いつでもスタッフ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各課に倫理規定を策定し、法令遵守と倫理をテーマに研修を計画し、実施している。前回課題であった日常的に必要な法令はリスト化されている。 ⑥職務権限規程により管理者の責任が明確にされている。人事に関する意向を聞く面談があり、職員意見を反映している。管理者も目標を設定し、その進捗を管理する取組みを行っている。 ⑦管理者は、日常的に携帯電話を所持している。緊急時対応マニュアルにより、事故発生などの情報伝達の仕組みがある。緊急時は、必要に応じて2人体制で対応している。		

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		⑧2019年度よりキャリア別の人事制度を導入し、本人の希望に応じた就業形態が整備されている。主任ケアマネジャーの取得や手話の資格取得について、費用負担等の支援がある。 ⑨人事制度における目標管理シートに連動し、個人ごとに年度研修計画が作成され、体系的に実施されている。外部研修に関しては、管理者等から情報提供し、積極的に研修参加している。 ⑩社会福祉士実習や介護支援専門員実務者研修を受け入れている。実習指導者研修を受講している。しかし、実習受入マニュアルなど、基本姿勢を明文化したものがなかった。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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勤怠管理及び有給取得状況は、部長が確認し労働環境に配慮するとともに、個人でも自己把握している。また、働き方改革を機会に、業務環境の見直しを実施している。 ⑫メンタルヘルスの相談窓口を周知している。また、ストレスチェックを実施し、法人において評価できる仕組みがある。休憩場所を複数設置し、状況に合わせて使用している。ハラスメントの相談窓口としては、法人の他の部署の部長が担い、相互牽制の機能が果たされている。		
(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広報誌として「聴言ニュース」「実践報告書」を発行し、地域に事業所の内容を周知している。情報の公表制度については、掲示板に掲示し情報公開をしている。 ⑭「聴言センターまつり」や「大文字を観る会」を開催し、来場者には居宅介護支援事業所としての情報を公開したり、相談の機会を設けている。		

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。	B	B
		(評価機関コメント)		⑮法人ホームページに必要な情報を掲載している。聞こえる人への周知としては十分であり、事業所特性として、さらに、聴覚言語に障がいのある人への対応として、手話通訳者やろうあ者相談員と同行し、理解を得るまで説明するなどの工夫を行っているが、それを明文化した手順書等はなかった。		
		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重要事項説明書に必要事項が記載され、それをもとに説明し、同意を得ている。成年後見制度についても、手話通訳をつけながら活用を進めている。		

(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	定期的又は必要に応じて、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アセスメントシートは全社協方式を活用している。聴覚言語障がいのある人に対しては通訳を通し、伝わり方のズレにも配慮しながら、時間をかけてサービスの導入をしている。</p> <p>⑱聴覚言語障害のある人に対応している事業所の情報を収集し、提供している。サービス担当者会議にも手話通訳が同席し、利用者、家族の要望を聞いている。</p> <p>⑲必要に応じて医師、看護師、介護職員など多職種から意見を照会し、プランに反映している。</p> <p>⑳モニタリングは毎月実施し、計画に定められた目標に基づいて計画を見直し、さらに、状態に変化があればその都度変更もを行っている。</p>		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		<p>㉑退院前カンファレンスに特に配慮して開業医、往診医と連携をとり、必要な状況を共有している。</p>		
(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、スタッフに活用されている。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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>㉒業務手順書をもとに支援を行い、職員育成にも活用しているが、内容の見直しができていない。</p> <p>㉓利用者個々の記録は適切にされている。記録の保管規程、「個人情報保護に対する基本方針」、「開示申請等に関する規程」が定められている。個人情報に係る研修も実施されている。</p> <p>㉔毎朝の朝礼、申し送り、定期的なカンファレンスなどで情報共有、意見交換を行っている。</p> <p>㉕毎月の訪問時の情報を必要に応じて家族と共有している。サービス担当者会議には可能な限り家族の出席のもとで開催している。</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、スタッフ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。	B	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	B
(評価機関コメント)		<p>㉖マニュアルは整備しているが、定期的な見直しはできていない。マニュアルを見直す部署が設置されておらず、課会議で見直しが行われていた。職員が感染症の媒介者にならないよう必要な研修を実施している。</p> <p>㉗職員への掲示物が、事業所内に貼付されていたが、対象者や種類ごとに整頓がされていなかった。</p>		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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。	B	B
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)		㉘緊急対応マニュアルは整備されているが、研修や訓練は行われていなかった。 ㉙事故報告書、ひやりはっとを作成し、課会議で再発防止策を検討しているが、マニュアルの定期的な見直しは行われていない。 ㉚介護支援専門員協会作成の災害対応マニュアルは整備されているが、研修や訓練は実施できていない。現在、法人でBCPを作成中。緊急時における指揮命令系統は明示されているが、災害時の体制に課題がある。		

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。	B	B
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法人理念に「すべての人々の社会への“完全参加と平等”」を謳い、利用者本位のサービスが提供されている。身体拘束の外部研修に参加し伝達研修を行うなど、尊厳の保持に努めている。 ㉜プライバシー保護マニュアルに基づき、外出先で話題にしないなど利用者のプライバシーに配慮した支援が行われているが、プライバシーをテーマにした研修会等が開催されていなかった。 ㉝利用者の決定に際しては、公平・公正に行われている。また、言語聴覚障害のある人は、エリア外からの要請があっても、専門性に基づき対応している。		
(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	公的機関等の窓口で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毎月のモニタリングを中心に意見を聴取している。また、手話等の技術を活用し、聴覚言語障害のある人からの意見聴取に努めている。 ㉟課会議やミーティングで共有、協議し、対応可能な意向や意見は、基本的に対応している。苦情や要望を公表する仕組みは確認できなかった。 ㊱第三者委員を選任するとともに、公的な苦情相談窓口として、国民健康保険団体連合会等の連絡先を重要事項説明書等に明示している。苦情解決要綱ならびに苦情解決体制を定めている。		
(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。	C	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スタッフ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利用者満足度調査は実施していない。 ㊳サービスの質の向上については、ミーティング（毎日）、課会議（週1回）、運営委員会（月1回）など、日々の会議の中で議題にあげて検討している。 ㊴課会議などで協議して自主点検を実施している。第三者評価の3年に1回の受診はできていない。サービスの質にかかる自己評価は実施していない。		