

アドバイス・レポート

令和 3 年 6 月 3 0 日

令和 2 年 7 月 1 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたぶどうの木につきましては、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 17～20) 個別に応じた計画策定 介護システムの様式を活用するとともに、T A I 方式を用いて、心身の状況や個人の様子をアセスメントしています。利用者家族にはサービス担当者会議の際に参加してもらい、希望を聞きとり計画書に反映しています。 専門家に対する意見照会としては、必要に応じて医師、訪問看護、O T、P T、に F A X 等で意見を聞き取り、サービス担当者会議に欠席の際には事前に照会も行っています。 モニタリングについては毎月行い、6ヶ月に1回評価見直しをしています。計画を変更する基準は、独自の業務マニュアルに基づいて行っています。モニタリング(半期に1回)時及び身体上等の変化などの際は再アセスメントを行っています。</p> <p>(通番 21) 多職種協働 従来のかかりつけ医、居宅療養管理指導の医師、病院等と連携し情報共有しています。利用者の入退院時は、退院時カンファレンスに参加するとともに、多職種と情報共有しています。また、ケース等必要に応じて地域包括支援センター、行政、関係機関との連携を図っています。関係機関・団体のリストは、すこやか進行中、エリアマップ、ハートページを用いて把握しています。</p> <p>(通番 37) プライバシー等の保護 個人情報保護、プライバシー保護関連規定を設置し、職員間で日常意識して業務にあたりると共に、「高齢者虐待、近隣への配慮の基本的流れと関連機関の役割」等研修を受けて周知徹底を図っています。具体的には利用者宅を訪問する際に公用車には事業所名を入れず、車種にも配慮しています。電話相談や来所されての相談には、相談内容等が漏れないように事業所内個室を使用し、事業所名が外から見えないようにしています。こうしたことから事業所全体が共通認識を持って、必ず利用者のプライバシーを守ろうと努めている姿勢が明確です。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が見込まれる点とその理由</p>	<p>(通番 3・4) 計画の策定 中長期計画及び年度事業計画の策定は職員と確認しながら進めています。しかし、経営課題の明確化(将来ビジョンなど)については不十分と認識しています。より具体的な目標設定を期待します。また、課題設定を行い、計画に明記していますが、具体的な取り組みにかかる年度途中の振り返りなどの確認ができていませんでした。</p> <p>(通番 14) 地域への貢献 地域ケア会議等に参加して地域ニーズの把握に努めています。しかし、地域に対する講演会などができていませんでした。災害時の連携含め地域との関係のあり方について検討し文書化されてははいかがでしょうか？</p> <p>(通番 37) 【利用者満足度の向上の取り組み】 日頃から管理者、職員が密に連携を取り、利用者の満足度を情報共有して分析・検討、改善に取り組んでいます。年に一度の利用者満足度調査は実施されていませんでした。 事業所のサービス提供をより一層向上させるためには、日頃の取り組みを組織全体の取り組みの確固たる仕組みとして位置付けることが必要です。担当者、担当部署を明確にして、把握した結果の分析、検討を行う検討会議等も設置した上で、年に一度は利用者満足度調査を実施されることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>居宅介護支援センターぶどうの木は、平成24年8月に開設され、上京区、北区を中心に、地域に根差したあたたかみのあるケアマネジメントを目指して「自ら喜び、人と共に喜ぶ。皆が実り豊かな人生を送れる。」の理念のもと、実践を積み重ねてこられました。</p> <p>当センターは独立型の社会福祉士が運営している居宅介護支援事業所で社会福祉士の介護支援専門員が専門的かつ中立・公正な立場から相談、助言を行い、必要に応じて関係機関と連携を行うとともに利用者一人一人に合わせたきめ細かいケアプランを作成しています。小規模の良さを生かし、決断や対応の早さ 柔軟に対応できることも特徴の一つです。</p> <p>今後も質の高いケアマネジメントを目指していかれるとともに、引き続き地域に根差した居宅介護支援事業所として活動されることを期待します。</p> <p>以下、今回の調査で気付いたことを記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法令順守については、各種研修や集団指導などに出席するとともに、税理士等から情報収集を行い理解を深め、職員に伝達しています。しかし、「把握すべき関係法令」のリスト化は作成されていませんでした。関係法令についてリスト化して、ハイパーリンクをつけた一覧表を作成してはいかがでしょうか。 ・業務マニュアルの作成について、マニュアルは整備され見直しはされていましたが、マニュアルの見直しの基準を明確に定めると共に、見直した時期が一目で分かる「見直しチェック一覧表」等を作成し表紙に貼るなどして、見直した時期

	<p>が分かりやすい工夫をされては如何でしょうか。</p> <ul style="list-style-type: none">・ サービス提供に係る記録と情報の保護について「個人情報規定」は整備されていますが、保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程及び個人情報保護法、開示請求について整備されていませんでした。リスク管理の観点から整備されることが望まれます。
--	--

※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	2670200720
事業所名	ぶどうの木 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	2020/11/13
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。	B	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。	C	A	
	(評価機関コメント)		1)法人理念についてホームページに記載するとともに事業所内に掲示している。職員は二人のため常に確認しあっている。利用者には契約時に重要事項説明書に基づき説明をしている。 2)経営改善会議(随時)、ケース等共有会議(会議録を記録している。)を2月に1回、朝礼(毎日)を行い、意見が反映できる仕組みとなっている。「組織体制図」に明記している。			
(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質の向上に向けた計画を策定すると共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。	C	B	
	(評価機関コメント)		3)中長期計画及び年度事業計画の策定は職員と確認しながら進めている。経営課題の明確化(将来ビジョンなど)について不十分と認識している。 4)課題設定を行い、明記しているが、具体的な取り組みができていない。年度途中の振り返りができていない。			
(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。	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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	B	A	
	(評価機関コメント)		5)法令遵守については、各種研修や集団指導などに参加するとともに、税理士等から情報収集を行い理解を深めるようにしている。職員には回覧するとともにポイントとなる内容を伝達するようにしている。しかし、「把握すべき関係法令」のリスト化は作成されていない。 6)組織体制図に役割が明記されている。各種会議に管理者が参加している。随時、職員の話や意見を聞くようにしている。日ごろの話し合いの中で評価しあっている。 7)管理者は携帯電話を所持して休みや不在の際には、連絡が取れるようにしている。緊急時マニュアルを整備している。管理者は、同じ部屋におり、常に現場状況を把握している。ケアマネ手帳、介護システム「ケアマネくん」をチェックし、確認している。毎日、申し合わせを行っている。			

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。	B	B
		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。	B	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。	C	C
		(評価機関コメント)		8) 人材に関する基本的な考え方を確立している、有資格者を配置している。キャリアパスの仕組みの構想はあるが明文化したものがない。 9) 法人として年間研修計画を計画している。外部研修については、積極的に参加している(スーパービジョン研修など)。職員からの希望を聞いたり、上司より促す場合もある。 10) 実習受け入れは行っておらずマニュアルや基本姿勢を示す資料等の整備していない。		
(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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		11) 有給取得、残業の状況把握について管理者が行っている。社会保険労務士と相談しながら労働環境の整備等を行っている。また、冷蔵庫等が置かれていて労働環境を工夫している。公用車、バイク、電動自転車がある。 12) 日本フルハップへ加入し、福利厚生制度等を完備している。ハラスメントの相談は社会保険労務士につなげている。休憩室が整備しており、職員は積極的に活用している。		
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		13) ホームページで事業所情報について公開している。情報の公表で開示している。地域ケア会議の参加している。 14) 地域ケア会議等に参加してニーズの把握に努めている。しかし、地域に対する講演会などができていない。		

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) ホームページやパンフレットで情報提供している。専門用語を使わずイラストを多用している。随時、訪問する等個別の状況に応じて対応している。		
(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、利用者にわ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) 契約時に重要事項説明書に基づき説明をし、同意を得ている。料金については、重要事項説明書に明記し、説明している。成年後見制度を活用している利用者もいる。成年後見制度等にかかるパンフレットを事業所内に置いている。		

(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)		17)介護システム「ケアマネくん」の様式を活用し、TAI方式を用いて、心身の状況や個人の様子をアセスメントしている。医療関係情報等は定まった様式で収集している。モニタリング(半期に1回)時及び身体上等の変化などの際は再アセスメントを行っている。 18)サービス担当者会議の際に利用者家族には参加してもらい希望を聞きとり計画書に反映している。計画書の同意を得ている。 19)専門家に対する意見照会として計画立案の際には必要に応じて医師、訪問看護、OT、PT、からFAX等にて意見を聞き取っている。サービス担当者会議に欠席の際には事前に照会を行っている。ケースワーカーとの連携も必要に応じ行っている。 20)毎月、モニタリングを行い、6ヶ月に1回評価見直しをしている。計画を変更する基準は、独自の業務マニュアルに基づいて行っている。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		21)従来のかかりつけ医、居宅療養管理指導の医師、病院等と連携し情報共有している。利用者の入退院時は、退院時カンファレンスに参加するとともに、多職種と情報共有している。また、ケース等必要に応じて地域包括支援センター、行政、関係機関との連携を図っている。関係機関・団体のリストは、すこやか進行中、エリアマップ、ハートページを用いて把握している。		
(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。	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。	C	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。	B	A
(評価機関コメント)		22)業務マニュアルを整備して毎年、見直しを行っている。定期的な点検を通して日頃の業務の確認を行っている。しかし、定期的な見直し及び利用者アンケートを行っておらず見直しの際に反映できていない。標準的なサービス実施を記した業務マニュアルを整備しているが、見直しの基準を定めたものやそれに基づいてサービス提供されているかを確認する仕組みはない。 23)個人の支援経過記録にサービス提供の経過、利用者の状態変化、モニタリング等を詳しく見やすく記録している。計画に記載された目標等を意識した記録となっている。また、「個人情報規定」は整備されているが、保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程及び個人情報保護法、開示請求について整備されてない。 24)日々の情報はシステムに入力している。また、毎日の申し合わせ、支援会議(毎週)、各種回覧で情報共有をしている。 25)モニタリング訪問時やサービス担当者会議を通じて家族と情報交換を行っている。利用者の前で話づらい場合など家族からの希望に応じて随時来所の上、面会相談も行っている。ネグレクトなど虐待の恐れがある家族には地域包括支援センターなどとも連携して対応している。		

(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等の作成により、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。	C	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。	B	A
(評価機関コメント)		26) 感染症予防マニュアルを整備している。最新の情報を入手し、マニュアルの更新を毎年行っている。最新の情報の入手を行い、職員に注意喚起をしている。 27) 書類、個人ファイルは鍵付き書庫で管理している。随時職員で清掃を行っている。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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。	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。	C	A
災害発生時の対応	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) 「事故緊急時対応マニュアルを整備し、緊急時の指揮命令系統を明確にして事業所内にも掲示している。職員は各自法人用携帯電話を所持し、緊急時に管理者への連絡が即時に行える体制となっている。しかし、職員への研修、訓練は行っていない。(AED、消火器の使い方など) 29) 事故等の報告については業務マニュアルに明記している。事故発生時には、家族に説明を行い、記録にも残している。利用者訪問時に緊急事態が発生した際には、緊急対応会議を開いて事故の分析・検討を行い、職員間において情報の共有を行うなど再発防止に努めている。 30) 「自然災害対応マニュアル」を整備している。しかし、災害発生時の責任者及び指揮命令系統は明示されておらず、訓練が実施されていない。またマニュアルは地域連携を意識したものにはなっていない。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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。	B	B
		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。	C	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。	C	A
		(評価機関コメント)		31) 事業所の倫理規定及び運営規程に利用者の人権尊重を明確にしている。身体拘束・虐待防止について外部研修を活用して職員全員が受講して、職員間で虐待について共通認識を持つように努めている。職員間で事例について話し合い等しているが、日常的な業務の振り返りを行うまでは至っていない。 32) 「倫理規定」、個人情報保護、プライバシー保護関連規定を策定して、相談を受ける際にプライバシーに配慮するなどの取り組みをしている。具体的には相談を受ける場合は事業所内の別室を用いたり、訪問の際はネーミングのない乗り物にするなど工夫をしている。 33) 入所の申し込みについては、原則、断わらないようにし、受け付けている。利用者一人一人に手厚い支援を提供するという事業所のコンセプトから、敢えて規模を大きくしていないため担当できる数が限られているため、依頼を受けられない場合には利用希望者へ丁寧に説明することを心がけ、他の事業所の検討を行っている。		
(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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		34) 苦情対応マニュアルを設置し苦情受付責任者を定め、重要事項説明書に記載している。事業所内に苦情受付窓口の案内を掲示している。毎月のモニタリングで利用者や家族の意向を汲み取るよう努めている。家族の希望によって随時事業所内の別室にて個別の面談を受けている。 35) 苦情処理概要を整備し、苦情対応マニュアルを設置している。苦情があった場合、「苦情受付書」に記録し、原因分析、対応策を検討して迅速に対応している。しかし、苦情等にかかる公表ができていない。 36) 苦情受付窓口、公的機関等の相談窓口について事業所内の見やすい所に掲示している。重要事項説明書にも記載して契約時に利用者や家族に口頭でわかりやすく説明している。		
(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。	C	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。	C	B
		(評価機関コメント)		37) 利用者アンケートが実施できていない。 38) 経営改善会議、事業者全体のサービス内容を検討する会議(随時)にて利用者についての課題を出し合い協議し、全職員が共有する仕組みとなっている。記録の書き方等についての改善を行っている。事業者(ケアマネ)連絡会、ケアマネ学会、ケアマネ協で他法人の取り組みを聞く機会があり、情報収集できる場となっている。 39) 三年に一度第三者評価を受診している。事業所が提供するサービスの質について基準に基づいた自己評価は実施できていない。		