

様式 7

アドバイス・レポート

2021年7月28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

2021年4月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「宇治明星園介護サービスセンター」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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 利用者やその家族の思いを尊重したサービスの提供を心がけています</p> <p>○ 事業所には、経験豊富なケアマネジャーが配置されており、利用者や家族に寄り添った対応をモットーに、利用者の身体の具合や気持ち等色々なことに配慮したサービスの提供を心がけておられることが、調査の際に行ったアンケートからも伺えます。</p> <p>○ 利用者の主治医と連携し、リハビリを加えた在宅でのケアプランで自立支援の実効を上げたケースやターミナル期の利用者に対して、在宅で最期まで過ごせるよう訪問診療と訪問看護を加えたプランを作成するなど、利用者や家族の思いを尊重したサービスの提供を心がけています。</p> <p>2. 同一法人内の事業所が合同で課題解決に取り組まれています</p> <p>○ 法人内の3つの居宅事業所と2つの地域包括支援センターで構成する「3居宅2包括事例検討会議」が、毎月開催されており、困難事例などを中心に様々なケースがその場で検討され、日常業務の改善に生かされています。</p> <p>○ 隣接する地域包括支援センターのセンター長が、居宅事業所の経営責任者を兼務しており、お互いに密接に業務連携しながら在宅ケアの検討や地域貢献活動に取り組まれています。</p> <p>3. 認知症の方への支援を通して地域に貢献しています</p> <p>○ 包括支援センターと連携しながら「脳活性化教室」（認知症予防教室や脳トレ教室など）を毎月開催し、認知症の予防やケアに努めています。</p> <p>○ 全国規模で行われている「RUN 伴」イベントに、宇治地区担当として参加し、認知症の方への支援に取り組んでいます。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 業務マニュアルの定期的な見直しが望まれます</p> <p>○ 各種業務マニュアルは、見直しの基準を定め定期的にチェックすることが必要です。</p> <p>○ また、業務マニュアルに従ってサービスが提供されているかどうかを確認する仕組みが、サービスの質の向上のためにも是非とも必要です。</p> <p>2. サービスの質の向上のための自己評価の仕組みが不十分です</p> <p>○ 毎年、自主点検は実施され、定期的に、第三者評価は受診されていますが、「自己評価」の仕組みが不十分です。自己評価の仕組みが機能することにより、サービスの質の向上につながると考えられます。</p> <p>3. 感染症対策にかかわる研修が不十分です</p> <p>○ 感染症予防に関するマニュアルは整備され常に最新の情報も整備されていますが、職員の研修体制が不十分です。利用者や同居する家族、サービス提供者が感染する場合も考えられるため、様々な場面を想定した研修が必要です。</p>
<p>具体的なアドバイ</p>	<p>1. 業務マニュアルの見直しについて</p> <p>○ 業務マニュアルは、毎年制度改定や社会情勢の変化等を基に必ず見直し、改善を加えて実用的なものとしてください。</p> <p>○ また、業務マニュアルに従ってサービスが提供されているかどうか確認するために、「利用者満足度調査」を定期的の実施されてはいかがでしょうか。調査の対象を不作為抽出法により絞り込み、内容も答えやすいものにするなど工夫されることにより定着を図ることは可能と考えられます。</p> <p>2. 自己評価の仕組みについて</p> <p>○ サービスの質の向上のためには自己評価の仕組みが必要です。しかし、特別に仕組みを作ることは、業務負担を増しますので、毎月の職員会議のテーマ(議題)に入れておかれては如何でしょうか。評価項目は、あらかじめ1年を通して定め、また、事業計画と連動することにより、効率的に評価を実施することができるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 感染症対応についての研修</p> <p>○ 居宅支援事業所のケアマネジャーは、利用者の在宅生活を支えるためには欠かせない存在です。利用者やその家族等が感染症に罹患した場合、サービスを提供している事業者が感染が判明した場合等には、利用者の生活を継</p>

	<p>続するための対応が必要と考えます。その際、適切な対応がとれるよう現場で起こりうることを想定した研修を行うことで、利用者の在宅生活が安全で安心したものにつながると考えます。今後、新しい職員を迎えること等考えられるため、感染症における研修体制の充実を望みます。</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	2671200042
事業所名	社会福祉法人 宇治明星園介護サービスセンター
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)	特別養護老人ホーム
訪問調査実施日	令和3年6月23日
評価機関名	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. 組織の理念・運営方針を法人広報誌や機関誌で明示し、職員会議などで職員に周知し理念に沿ったサービスの提供に努めています。また利用者・家族には、契約時に説明を行い周知を図っています。 2. 組織として案件別の意志決定方法が、明確に定められています。理事会は定期的開催され、経営責任者は毎回出席しています。管理者は各種会議を通して職員の意見を聞き、法人の経営者会議に出席して、職員の意見・要望の反映に努めています。職務権限規程が定められ、職種ごとに責任と権限が明確に定められています。		
(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. 理念・運営方針の実現に向けた中・長期の事業計画が策定されています。それを踏まえた毎年度の事業計画策定に当たっては、現状分析を行い課題や問題点を明確にするとともに、職員の意見を反映する仕組みがあります。また、年度の半ばに現状分析を行い課題の見直しを行っています。 4. 年度初めの職員会議において事業所の課題を明確にし、管理者も交えて課題解決に向けて取り組んでいます。課題は年度半ばに中間総括され、年度末に1年の総括と振り返りが行われています。		

(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)		<p>5. 経営責任者又は運営管理者は、法令遵守に関する研修や勉強会に参加しています。関連する法令については、各職員（ケアマネジャー）は熟知しており、法令等は必要に応じてPCにて検索できる環境にあります。新たな遵守すべき法令等は、職員会議等で周知しています。</p> <p>6. 職務分掌規程に基づき経営責任者・管理者は、自らの役割と責任を明確に表明し、事業所の職員会議には必ず出席して意見を述べています。経営者会議等でも職員の意見を反映する様に行っています。また、年に一度のストレスチェックにおいて、職員による上司の評価を行っています。</p> <p>7. 経営責任者は職員と同じフロアに常駐しており、直接管理できる体制があります。管理者は、自らが外出する際は、携帯電話を所持し、いつでも指示を行うことができます。緊急時・夜間は、専用電話を管理者及び職員が、順番で保持し対応しています。</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。	B	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)		8. 必要な人材の確保・人員配置についての方針が示されています。採用においては、常勤、非常勤にこだわっていませんが、現在は、全員常勤職員で構成しています。ケアマネジャー更新講習受講費用の半額補助など資格取得支援の仕組みがあります。 9. 年間の研修計画が個別に策定されており、職員の希望も聞き入れながら各種研修を受講する機会も与えられています。宇治市のケアマネジャー実務研修などの外部研修を受講しており、勤務調整等の支援体制があります。毎月、法人内の3事業所合同勉強会が開催され、事例検討などを通して「気付き」や「学び」を促す機会があります。 10. 実習受入れの基本体制は整っており、マニュアルも整備されています。ケアマネジャーの実地研修受入れ実績もあります。また主任ケアマネジャーは、実習指導者研修を受けています。		
(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。	B	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)		11. 有給休暇取得日数や時間外労働時間は、適切に管理されています。育児休業・介護休業の取得については、就業規則に明記されており取得できる環境があります。利用者宅訪問のための移動手段(車やバイク等)は、全職員に貸与されており職員の負担軽減につながっています。 12. 心療内科専門の産業医が配置されており、メンタルヘルスに配慮されています。職員互助会があり、ストレス解消の機会があります。また、年に2回職員ヒアリングが実施され、上司に対する要望・不満を聞き取っています。ハラスメント規定は、就業規則に明記されています。休憩室は十分に確保されており、くつろげる職場環境になっています。		
(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. ホームページで情報を公開しているほか、法人広報誌及び機関誌(年3回発行)を行政、関連団体や利用者に配付しています。また情報公表制度による情報開示を行っています。 14. 併設している南部・三室戸地域包括支援センターとともに「脳活性化教室」(認知症予防教室や脳トレ教室)を毎月開催し、地域住民の相談にも応じています。全国規模で行われている「RUN伴(ランとも)」イベントに、宇治地区担当として2019年から参加して、認知症の方への支援を行っています。		

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
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	A	
	(評価機関コメント)		15. ホームページでは事業所概要とサービス内容が示され、機関紙には、職員の異動を紹介するなどの事業所情報を、分かりやすく掲載しています。利用希望者や家族からの問い合わせがあれば、コロナ禍で見学はできないため、自宅に向くなどして丁寧に対応しています。			
(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. 居宅サービスの利用に際しては、提供するサービスや料金について重要事項説明書等の資料を用いて具体的に説明し、保険外のサービスが料金に含まれる場合は、その根拠を分かりやすく説明しています。利用者の判断能力に支障がある場合は、その正当な代理人の同意を得て契約しています。利用者の権利擁護のため成年後見制度や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）を活用する仕組みがあります。			
(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. 所定のアセスメント様式により、利用者の心身状況や生活状況等を記録しています。利用者（判断能力に支障がある場合はその正当な代理人）が望む生活像や要望を聞き取り、主治医や専門家と連携してアセスメントを行い記録しています。基本アセスメントは3～6か月ごと、状態に変化があった場合はその都度行っています。 18. アセスメントに基づきに利用者一人ひとりに対する具体的な課題と目標が設定されています。利用者や家族の希望を尊重した上で、自立支援の視点での個別援助計画等が作成され、利用者及び家族等の同意を得ています。また同居していない家族には、サービス担当者会議の事前と事後に、電話にて連絡しています。 19. 計画の策定に当たり、専門家に意見照会を行っており、カンファレンスも、実施しています。専門家の意見を、個別援助計画に反映させています。 20. 計画通りにサービスが実施されており、計画を変更する基準を定めて、定期的および必要に応じて見直しが行われています。計画見直しの際にも、必要に応じて、専門家等への意見照会が行われています。また、モニタリングシートでは、達成度についても「達成」・「未達成」に加え「やや達成」という評価も加え、利用者の生活を細かく評価しています。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 筋力の低下がみられる利用者には、医師と相談してデイケアと福祉用具の利用をケアプランに加えるなど、利用者の主治医や関係機関と連携を図りながら、在宅で自立した生活を支援しています。また、利用者の入院時には、介護に関する情報を提供し、退院時には看護サマリーを受け取っています。			

(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	B	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルや手順書は、実用的なものが整備されています。しかし、業務マニュアルや手順書に基づいてサービスが提供されているかどうかを確認する仕組みはなく、マニュアルの定期的な見直しも不十分でした。 23. 利用者一人ひとりの記録書面が整備され、サービスごとに必要な事項が記載でき、サービス実施計画との整合性も確認できるようになっています。利用者の状態の変化についても、具体的に記録されています。記録の保管や保存は規程に定められ、鍵のついたロッカーに保管され、退勤時に鍵を所定の場所に保管して帰るなど記録の管理体制は確立しています。 24. 毎日朝礼において、困難ケース等の状況報告が行われて話し合いがなされています。法人内の「3居宅事業所2地域包括支援センター事例検討会議」では、困難事例などを中心に事例検討会を開催し、情報共有と支援方法についての検討が行われています。 25. 月1回の利用者家庭への訪問は、家族の予定に合わせて日程調整をし、サービス提供時の状況やモニタリング結果を報告しています。訪問を原則としていますが、必要時には電話での連絡も行っています。		

(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。	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	A
(評価機関コメント)		26. 感染症マニュアルは整備され、常に最新の情報も入手して更新されています。法人の入所施設では研修も行われていますが、居宅介護事業所の職員は研修に参加できていません。また、感染症に罹患した利用者への対応マニュアルや二次感染を防ぐ対策マニュアルもありませんでした。新しい職員を迎えることもあるので、是非ともマニュアルの整備と研修計画等をご検討ください。 27. 事業所内は整理整頓され衛生的な環境です。事業所内は、週2回職員で清掃しており、共用トイレについては5つの部門が1週間交代で、清掃を担当しています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 居宅介護支援事業所では、大雨や台風などの自然災害を緊急時と認識し、利用者・家族には電話や訪問し安否確認をしています。また、夜間など営業時間外は、職員が事業所用携帯電話を輪番で持ち帰り対応しています。法人としての緊急時対応マニュアルは整備され、研修や実践的な訓練が実施されています。 29. 事故が発生した場合、適切に対応した上で本人、家族や関係者に説明しています。事故等報告書が作成され、組織としての対応経過まで記録されています。法人が発行する「1年の歩み」の中で「ヒヤリハット・事故」分析を行っており、その記録を各職員が確認することで、再発防止を図っています。 30. 災害発生時のマニュアルがあり、毎月通報訓練と防災教育を実施しています。さらに、年2～3回は、通報避難訓練を実施しています。また、各ケアマネジャーは、独居高齢者を把握して台風が近づいているときなどには連絡を取っています。災害が発生した時の対応について、地域の自主防災会に参加し、訓練を受けています。		

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
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>31. 理念や運営方針に「利用者の心身の状況如何に関わらず、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行う」ことを明示しています。管理者・職員計4人の小さな職場ながら、チームワークで日常業務の振り返りを行い、利用者本位のサービス提供ができていくかを、確認しています。法人の研修会で身体拘束禁止や高齢者虐待防止が徹底され、その内容は職員会議で周知されています。利用者アンケートからも、利用者に寄り添う温かなサービス提供が出来ていることがうかがえました。</p> <p>32. 経験豊富な職員が配置され、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した対応が出来ていることが、利用者アンケートでも確認されました。朝礼や職員会議（月1回）で、訪問時のプライバシー配慮等、具体的な内容について確認をしています。ケアマネジャー更新研修では、プライバシー保護についての研修を受けています。</p> <p>33. 全ての利用申込を受け入れており、公平・公正な対応を行っています。上限を超える利用申込があれば、複数のサービス事業所を提示しています。</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>34. 定期的及び必要時の訪問では、利用者・家族の意向を「よく聴く」ように徹底しています。ケアマネジャー全員が従事年数が長く経験豊富であり、意見・要望・苦情等がサービス改善の機会であることをよく理解しています。</p> <p>35. 利用者の意向や要望については、内容を適切に記録し、事業所として迅速に対応しており、サービスの質の向上にも役立っています。また、利用者からの意見や要望等の内容とコメントを、個人情報保護に配慮しながら機関誌で公開しています。</p> <p>36. 公的機関の相談窓口以外に、法人独自の第三者の相談窓口として「サービス向上提言委員会」を設置し、重要事項説明書に連絡先等を記載しています。事業所内掲示及び法人広報誌に、第三者委員の名簿や連絡先を掲載、周知を図っています。</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っている。	B	B
		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. 訪問等で聞き取った苦情等については、朝礼や職員会議で分析・検討を行っていますが、利用者満足度の調査が実施されていません。毎年計画的に調査を実施し比較することで、利用者の「声なき声」を汲み取れるのではないのでしょうか。</p> <p>38. 事業所の職員が参加する法人内の「3居宅事業所2地域包括支援センター事例検討会議」や経営会議が毎月開催され、各々の事業所のサービスの提供内容について検討を行っています。会議での議論の内容や検討結果は、朝礼や職員会議で報告・共有されサービスの改善に生かされています。</p> <p>39. 第三者評価を定期的に受診しています。毎年、中間総括、年度末総括を行い、自己評価も含めて評価し、次年度の計画に反映しています。</p>		