

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 1 月 2 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

令和 3 年 9 月 1 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（居宅介護支援センター こみつ）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><理念の周知と実践> まごのてグループの理念をもとに居宅介護支援事業所の理念を職員が話し合い決定し、事例検討会等で理念を意識した検討が行われ、日々のサービス提供に活かされています。</p> <p><労働環境への配慮> 職員間や法人役員との意見交換も定期的に行われており、必要時すぐに指示を受けることができ、職員が安心して業務に専念できる体制です。事業所内には、常に自由に利用できる飲食物の提供など働きやすい環境整備に取り組まれています。</p> <p><職員間の情報共有> 朝礼や週 1 回の「チーム会議」、介護支援経過記録の共有により、職員間の情報共有を行っておられます。ICT（グループウェア）を積極的に活用し、外出時の電話の伝言や「チーム会議」の事前の意見集約から会議録の作成まで、効率的に実施されており、ケアマネジメントの質の向上につながっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><業務マニュアル・危機管理> ケアマネジメント業務や感染症、防災や事故対応に関する各種マニュアルや様式が整備されていますが、定期的に見直し内容を刷新する体制が整っておらず、居宅介護支援事業所に沿った内容の一部不足や感染症に関して最新情報に更新されていないところがありました。</p> <p><会議名称の統一> 職員が通常使用している会議名と報告書のタイトルが違っていたり、正式な会議名で統一されていませんでした。現状では職員間でお互いに認識していることは合致していますが、些細なズレから伝達ミスや事故につながる恐れがあります。</p> <p><利用者満足度の向上の取り組み> 昨年度（令和 3 年 3 月）「利用者アンケート」を実施されていますが、具体的な利用者・家族からの意見・要望が少なく、サービス改善に役立てることができにくい状況でした。</p>

具体的なアドバイス	<p><業務マニュアル・危機管理></p> <p>定期的にマニュアルや様式の見直しをする機会を定例化し、更新日や作成日も記載し管理されることをお勧めします。業務マニュアルの見直しの際には、実際に行っている業務内容や手順がマニュアルに反映されているかを丁寧に確認されることをお勧めします。ICTの活用に積極的です。業務マニュアル等はデータで管理し職員が使いやすく工夫されると良いのではないのでしょうか。</p> <p><会議名称の統一></p> <p>共通言語・共通理解を持つためにも会議の名称ならびに報告書の様式は統一し、マニュアルや規定の修正・変更に際しては職員全員で取り組み、職員間の連携を一層深めていただければと思います。</p> <p><利用者満足度の向上の取組み></p> <p>昨年度の反省から「利用者アンケート」で意見・要望・苦情が出しやすいような内容を検討し、今年度実施されることをお勧めします。実施後はアンケート結果を分析し、「チーム会議」で検討することがより良いサービス提供につながると思います。</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	2670301270
事業所名	居宅介護支援センターこみつ
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	令和3年10月12日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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。	B	B
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)		令和2年4月に開設した事業所で、まごのてグループの理念をもとに居宅介護支援事業所としての理念を職員の話し合いにて決定されています。事業所内の介護支援専門員全員が出席する「チーム会議」でも随時理念の確認を行い、職員は暗記して日々の実践に活かされています。利用者や家族への理念が深まるような取組は特に実施されていませんでした。 理事会での決定事項は、「管理者会議」で報告されます。「管理者会議」は月1回開催され、法人代表と役員、居宅介護支援事業所管理者と訪問介護事業所管理者が出席しています。「チーム会議」を週1回開催し、「管理者会議」の決定事項や職員の意見集約を行っています。事業所内の役割は「役割業務分担表」にて明確にされています。「まごのてグループ会議」は、グループ内の居宅介護支援事業所5か所が集まり年4回程度開催されています。		

(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)		年度毎に事業計画を作成し、毎月進捗状況の確認をし、2月には事業計画の振り返りを行い、課題を明らかにして次年度の事業計画を作成されています。計画の作成は「チーム会議」での意見が反映されています。中長期計画も作成されています。		

(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組を行っている。	A	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	B
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>管理者は集団指導の資料をファイリングし、勉強会を行い職員に周知されています。その他厚生労働省の通知等も把握し、必要に応じて月1回の勉強会でテーマとして取り上げ法令遵守に取り組まれています。但し、管理者が把握すべき法令についてのリスト化はできていませんでした。</p> <p>管理者は、「管理者会議」「チーム会議」等に参加し、意見を述べたり職員の意見を聞き運営方針に反映されています。管理者自らを評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>事業所内の情報はICT（グループウェア）をうまく活用し、常に全体を把握され、緊急時は携帯電話で対応されています。</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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>介護支援専門員更新研修や主任介護支援専門員研修の費用を全額補助されており、「まごのてグループ会議」での合同研修や事業所内の「チーム会議」でのミニ勉強会など学習の機会を持たれています。</p> <p>まごのてグループで用いられている「基本給与考課表」で介護支援専門員1～6の階層に分類されており、それをもとにキャリアアップの体制をとられています。</p> <p>実習の受け入れには前向きですが、実習生の受け入れに関して、京都府への指導者の届出により基本方針は確認しましたが、それ以外のマニュアル等の整備や指導者に対する研修が実施されていませんでした。</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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>社会保険労務士が有休や時間外労働の集計を行い、「有休管理表」を作成し経営責任者に報告され、運営管理者も現状を把握されています。</p> <p>経営責任者や運営管理者と職員の信頼関係もあり、必要時には相談できる環境です。</p> <p>ハラスメントに関する規定については「就業規則」にはセクシャルハラスメントに関する記載しか確認できませんでした。約3ヵ月毎に行う「ランチミーティング」の費用や、福利厚生の一環として飲食物を冷蔵庫に法人が準備しており、職員は自由に利用できるようになっていました。</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。	B	B
		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>コロナ禍で地域の事業所や地域住民と接する機会が少ない状況ですが、法人として「こどもの日イベント」を開催していた時は介護支援専門員も参加していました。その他介護職員初任者研修の開催に「こみつ基金」を設けるなど社会貢献されています。</p> <p>地域ケア会議に参加し地域のニーズを把握されています。今年度より「中京区事業所連絡会 幹事会」に参画し、介護相談についても提案され実施に向けて検討されています。東山区行方不明者捜索、情報提供事業所の登録もされています。</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。	B	B	
	(評価機関コメント)		法人全体を紹介したパンフレットがあり、同様にホームページでも事業所を紹介されています。提供するサービス内容、サービス提供時間や問い合わせ先は確認できましたが、利用料金や利用者負担がどの程度あるのかといった記載がありませんでした。			
(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)		契約時には重要事項説明書を用いて説明を行い同意を得ておられます。保険サービスと保険外サービスについても明記しており、ともに分かりやすい内容となっていました。京都市が発行している「すこやか進行中！！令和3年度版」等を用い成年後見制度や日常生活自立支援事業に関する説明も行われています。			
(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)		独自様式のアセスメント表を用いて適切なケアマネジメントプロセスを行っていることを、利用者ごとにまとめているケースファイルにて確認しました。ケアプランの作成に当たっては、利用者・家族の希望を尊重されています。サービス担当者会議には利用者・家族も参加されています。サービス担当者会議でサービス事業者からの意見を聞き、ケアプランに反映されています。出席できないサービス事業者からは事前に意見聴取されています。モニタリングは毎月実施され、適切に記録されています。計画を見直す基準も定めており、規定どおりに運用されています。			
(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)		「ケアマネタイムリスト」（京都府医師会発行）や中京区の登録医名簿を活用し主治医との連携に努めておられます。また、「居宅介護支援計画連絡票（FAX照会）」での主治医との連絡や、病院への入退院時には文書で情報提供を行い連携に努めておられます。虐待が疑われるような事例で地域包括支援センターと連携して支援されています。			
(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	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	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。	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)	「ケアマネジメント 基本マニュアル」にて、ケースファイルの綴じる順番やインデックスを色分けするなど統一された業務を行うよう定めておられます。業務マニュアルはまごのグループで作成されたものを使用されていますが、居宅介護支援事業の具体的な手順等が一部不足していました。「チーム会議」にてマニュアルの見直しは随時話し合われていますが、苦情やアンケート等の意見を反映する仕組みはありませんでした。 利用者の記録の保管・保存に関する規定はありますが、記録の持ち出し・廃棄に関する規定は確認できませんでした。 職員間の情報共有は、毎朝の朝礼やICT（グループウェア）のメール機能を積極的に活用し実施されています。「チーム会議」の内容も各職員が事前に所定のところに入力することで意見集約されています。会議内容を正確に記録に残すことができ、会議録作成の時間短縮にもつながっています。
------------	---

(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。	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)		手指消毒、マスク、フェイスシールドや防護用使い捨てレインコート（感染者用）などの感染予防物品を事業所内に保管されています。「コロナ感染症マニュアル」「感染症マニュアル」を作成されていますが、「感染症マニュアル」の内容が最新のものに更新されていませんでした。 職員で清掃を分担して行い事業所内は整理整頓し、清潔にされています。		

(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	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。	A	B
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	B
(評価機関コメント)		事故・緊急時の概念をもち、「緊急時事故対応マニュアル」「緊急連絡票」といった文書の整備は図られています。定められている予防や対応方法についての実践的な訓練は実施されていませんでした。 「チーム会議」で事故等のことも報告されていますが、「ひやり・はっと報告書」等を分析する仕組みがありませんでした。 「防災・災害時対応マニュアル」を作成し、医療機器使用者の一覧やハザードマップを準備し災害に備えておられます。「緊急時及び災害時 組織図連絡網」は作成されていますが、地域との連携を意識したマニュアルにはなっておらず、訓練も実施されていませんでした。		

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
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>プライバシー保護、権利擁護、虐待、成年後見制度等について「まごのてグループ会議」や「チーム会議」で勉強会が実施され、利用者の人権等に配慮したサービス提供を心がけておられます。事業所が住宅街にあるため、窓を開けている時は電話の音が外に漏れないよう配慮されています。</p> <p>利用申込みは地域包括支援センター等にも働きかけて積極的に受け入れておられます。</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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>利用者アンケートを令和3年3月に実施されています。また訪問時にできるだけ意見・要望を引き出すよう努められています。</p> <p>「相談・苦情対応マニュアル」に対応方法は定められています。利用者から意見・苦情・要望があった場合、週1回開催している「チーム会議」で報告し、再発防止に向けての検討を行っています。「苦情処理簿」の様式にはほとんど記載がなく、「チーム会議録」と利用者個別の支援経過記録に記載されています。また利用者からの意見等についての改善状況について公開されていませんでした。</p> <p>重要事項説明書に相談窓口の記載はありましたが、第三者の相談窓口がありませんでした。</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。	A	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>令和3年3月に実施した利用者アンケートでは、具体的な利用者・家族の要望がなく、調査の分析の結果をサービス改善につなげることが難しい状況でした。この結果を受けて、次回はアンケートの内容を工夫する必要があると気づき、現在検討されています。</p> <p>他の事業所の取組等についても、グループ内の居宅介護支援事業所や「中京区事業所連絡会 幹事会」に参画を申出る等、積極的に情報収集を行う機会を持っておられます。</p> <p>事業所のサービスの体制、内容、質などについて事業計画の振り返りを「自己評価」として課題を次年度の事業計画に反映されていました。第三者評価の受診は、今回が初めてでした。</p>			