

アドバイス・レポート

令和 4 年 9 月 3 0 日

令和 2 年 4 月 2 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた在宅介護支援センターやすらぎにつきましては、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 法人でキャリアパス制度に応じた階層別研修等の研修体系を整備しており、法人内共有ツールにて研修要綱を周知しています。居宅部門においても研修・事例検討会を体系的(年 7 回)に行っています。OJT については、担当者は配置して業務進捗確認表に基づき確認を行う仕組みがありました。法人、事業所単位で体系的に研修が行われています。</p> <p>(通番 21) 多職種協働 関係起案等の連携については行政が発行する手引きや在宅療養マップを活用しています。退院時には、退院カンファレンスに参加したり、書面でやり取りをしています。行政との関係についても行政の体制や座席表を配布されており、顔の見える関係ができています。地域包括支援センターは同一敷地内にあり、常に連携ができています。関係機関とは地域ケア会議等を通じて情報共有を行っています。</p> <p>(通番 37) 利用者の決定方法 利用者のサービス利用にあたっては、自ら決定できるように市内の情報等をサービスごとにクリアファイルに整理して閲覧できるようにするとともにデイサービスの体験利用や福祉用具のデモ等選択肢を提示できるようにしています。</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 法人として、事業計画を立案しており、これに基づき、「部門の事業計画」を策定しています。部門計画については、支援会議で目標設定を行い、取り組んでいます。しかし、PDCA サイクルに基づく中間の進捗状況確認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 居宅介護支援業務マニュアル・運営指針に業務内容・手順を明記しています。しかし、見直しの際に顧客満足度や事故防止策など具体案が反映される仕組みにはなっていませんでした。また、見直しの基準及びマニュアルに沿った支援が出来ているかについて、チェックする仕組みも確認できませんでした。 目次を作成して見直し時期が一目でわかるようにするなど整理されることをお勧めします。</p>

	<p>(通番31) 人権等の尊重</p> <p>利用者の尊厳保持については、法人の理念・基本方針に明記しています。また、法人において虐待研修を実施しています。</p> <p>しかし、日常業務を振り返り、検討や対応する仕組みが整備されていませんでした。虐待防止にかかるチェックリスト等の活用をされてはいかがでしょうか。</p>
具体的なアドバイス	<p>社会福祉法人大樹会は、1982年12月に設立認可を受けました。理念「一人一人の人生を大切にし、健やかでやすらぎのある生活を送っていただくことを目指します」をもとに、高齢者福祉だけでなく、保育や障がいなど、幅広くサービス展開を行い、舞鶴市の市民ニーズに答えてきています。</p> <p>法人としてきょうと福祉人材認証上位認証、は一とふる企業認証、ワークライフバランス認証企業、きょうと健康づくり実践企業等を取得されています。また、大樹会10年計画、中期経営計画5年間の目標を策定し、テーマ別のプロジェクトチームを設置して、今後のビジョンを見据えるとともに職員が参画できる仕組みを作っています。</p> <p>その拠点の一つである在宅支援センターやすらぎは、デイサービスやヘルパーステーション、地域包括支援センターが併設されており、全ての事業所が連携したチーム支援ができることが特徴の一つです。</p> <p>在宅介護支援センターとしては、「各ケアマネジャーが根拠に基づいた適切で邸内な業務を実施し、それらを職員間でも共有できる協力体制をと遠江、ご利用者の在宅生活を支える」を実施目標として支援にあたっています。</p> <p>利用者のサービス利用にあたっては、市内の情報等をサービスごとにクリアファイルに整理して閲覧できるようにしたり、自らが選択をして決定できるようにデイサービスの体験利用や福祉用具のデモ等選択肢を提示できるようにしています。</p> <p>ケアプランの策定については、訪問や電話、メールを活用して利用者の思いを聞き取ることとあわせ、多職種連携を大切にして医療機関のほか利用されている事業所を訪問するなどして丁寧に思いを聞き取る工夫をしています。</p> <p>職員間のチームワークが良く、定例会議や支援者会議（週1回）では利用者のケース検討など非常に活発に議論が交わされています。また、ケアカルテ及びサイボウズで共有事項を確認する仕組みにして職員間の情報共有を行うとともに、研修・事例検討を定期的に行い、常に利用者に寄り添った支援が行えるように努めています。</p> <p>今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。</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+

評価結果対比シート

事業所番号	2672000016
事業所名	在宅介護支援センターやすらぎ
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)	訪問介護
訪問調査実施日	2020/11/12
評価機関名	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)法人理念が明確化されており、事業所内に掲示している。法人本部が作成した年2回発行の「職員だより」にて、職員に周知している。ホームページやパンフレット、重要事項説明書にも理念を記載し、地域や利用者への周知を図っている。 (2)組織図、職務基準書、管理規程を明確化しており、法人内情報共有ツールで、誰もが確認できる仕組みがある。「支援会議」「拡大支援会議」「在宅部長参加会議」があり、各会議での意見を法人の「リーダー会議」に上げ、必要に応じて理事会に上げる仕組みがあり、階層別に意思決定の会議が整備されている。			
(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。	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)法人において「大樹会10ヶ年計画」「中期経営計画5年間の目標」が策定されており、これに基づき、単年度事業計画を作成している。計画の策定にあたっては、支援計画を通じて職員の意見を踏まえるとともに利用者アンケートも分析をして計画立案を行っている。 (4)法人として、事業計画を立案しており、これに基づき、「部門の事業計画」を策定している。計画については、支援会議で目標設定を行い、取り組んでいる。しかし、PDCAサイクルに基づく中間の進捗状況確認ができていない。			
(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。	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。	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)管理者は、集団指導、定期的にWAMネットやケアマネドットコム等を確認している。法人本部より必要な情報についてネットワークシステムを通じて通達があり、つど職員に周知している。虐待防止、身体拘束や個人情報保護については、研修を行っている。しかし、関係法令についてのリスト化は確認できなかった。 (6)「組織図」「管理規定」「職務基準書」を整備しており、責任者等の責任を明確化している。「職員希望調査」を職員に配布し、改善要望などの意見集約をするようにしている。「職場活性化プログラム」を活用して、管理者への評価を図っている。 (7)管理者は、携帯電話を所持し常に繋がるようになっており、常に連絡が取れる体制となっている。連絡網が作成されている。不在時は在宅部長の指示を仰ぐ体制となっている。記録ソフト内で、業務内容を把握している。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		(8) 法人の採用パンフレットや「社会福祉法人大樹会職員マナーブック」に法人が必要とする人材像について明記されている。経営企画室を中心に人材確保についてPR動画を作成する等積極的に取り組んでいる。資格取得支援制度(勉強会開催、貸付制度)や資格取得時の祝い金など整備している。DOCAPシートを用いた人事考課制度も行っている。 (9) 法人でキャリアパス制度に応じた階層別研修等の研修体系を整備しており、法人内共有ツールにて研修要綱を周知している。居宅部門で研修・事例検討会を体系的に行っている。OJTについては業務進捗確認表に基づき確認を行う仕組みがある。 (10) 法人として「実習受け入れマニュアル」を整備するとともに「経営企画室」が窓口となり養成校の実習生の受け入れを行っている。受入にかかるプログラムのひとつとして受け入れをしている。事業所としてはケアマネジャー実習ガイドブックに基づきケアマネジャーの実習受け入れを行っている。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		(11) 職員の有休消化や時間外労働については、事業所で把握するとともに毎月、法人事務局とやり取りをしている。年に3日連続休暇を取得する「リフレッシュ休暇」制度が整備されている。育児休業法・介護休業法等に基づき適切に対応している。 (12) 「ストレスチェック制度実施規定」を整備しており、毎年、ストレスチェックを実施し、高ストレスの職員に対し、産業医のカウンセリングを受けることができる仕組みがある。「セクシャルハラスメントの防止に関する規定」「パワーハラスメントの防止に関する規定」が整備されており、ハラスメントの担当窓口を法人総務部に設けている。京都府民間社会福祉施設共済会に加入している。互助会組織があり、行事など参加率も高い。休憩室が確保されている。		
(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) 法人ホームページや情報の公表で、事業所の情報や運営理念について開示・広報している。「やすらぎの郷まつり」を開催しており、一緒に運営に関わり、地域との交流を図っている。 (14) 地域ケア会議への出席をしており、地域課題や地域の関係機関、地域住民との交流・連携を図っている。また、地域包括支援センターを通じて民生委員との交流の場に参加している。		

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
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)ホームページに事業所情報を掲載するとともにパンフレットを作成している。行政が発行している「保健・福祉サービス利用の手引き」や市内の情報等をサービスごとにクリアファイルに整理したものを配架して閲覧できるようにしている。相談があれば必要に応じて個別訪問をしている。			
(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)サービス内容や料金については、初回面接時に丁寧に説明するようにし、重要事項説明書に同意を得るようにしている。料金については、別表にまとめ、分かりやすく説明するようにしている。現在、成年後見制度の利用者はいないが制度の説明ができるパンフレットは用意している。地域包括支援センターに繋げているケースもある。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		(17)ケアカルのアセスメント様式を活用している。医師をはじめ各種専門職とも連携している。生活状況を見据え、定期的(半年に1回)及び必要に応じて再アセスメントを実施している。居宅介護支援業務マニュアル・運営指針に業務内容・手順を明記している。 (18)ケアプラン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。サービス担当者会議には、本人及び家族が参加している。 (19)プラン立案にあたっては、サービス担当者会議等を通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聞くようにしている。 (20)月1回モニタリングのため訪問を行いケアプランに反映できるようにしている。ケアプランの見直しは定期的(半年に1回)及び必要に応じて行っている。しかし、計画を変更する基準を明文化したものがない。			
)						
	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)		21)行政が発行する手引きや在宅療養マップを活用している。退院時には、退院カンファレンスに参加をするようにしたり、書面でやり取りをしている。行政から体制や座席表を配布されており、顔の見える関係ができている。地域包括支援センターは同一敷地内にあり、常に連携ができている。関係機関とは地域ケア会議等を通じて情報共有を行っている。			

(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。	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) 居宅介護支援業務マニュアル・運営指針に業務内容・手順を明記している。見直しの際に顧客満足度や事故防止策など具体案が反映される仕組みにはなっていない。また、見直しの基準及びマニュアルに沿った支援が出来ているかについて、チェックする仕組みがない。</p> <p>23) ケアカルテに日々の記録やケアプランに対する実施記録を行っている。利用者の推移等についてはモニタリングの際に聞き取りをしており、適切に記録している。個人情報に関する基本方針及び個人情報に関する基本規則に記録の保管、保存、廃棄等を定めるとともに職員に周知している。</p> <p>24) ケアカルテ及びサイボウズで共有事項を確認する仕組みにしている。定例会議、支援会議(週1回)を開催し職員間の情報共有を行っている。</p> <p>25) 利用者宅の訪問の際に家族と話すようにしている。会えない家族には、電話やメールを活用して連絡をしている。サービス担当者会議や利用者が利用されているサービス事業所を訪問するなど日常的な様子を聴くなどの工夫もしている。</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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>26) 「感染症及び食中毒の予防及び蔓延防止のための対応マニュアル」を整備している。新型コロナウイルス関係については、厚生労働省の通知等最新情報を入手し共有するようにしている。法人において感染症・食中毒に関する研修の実施及び感染症対策委員会を定期的に開催している。</p> <p>27) 施設内は物品が整備され、清潔にしている。清掃を担当する職員を採用している。掃除は週一回実施。公共のスペースについては業務員として「清掃を担当する職員を採用している。(障害者雇用)。</p>		
(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。	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	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	A
(評価機関コメント)		<p>28) 「事故防止のための指針」及び「介護事故対応マニュアル」を整備している。緊急時の指示命令について、役割分担としてマニュアルに明記している。法人において緊急一斉メールの仕組みを整備している。しかし、研修や普通救命講習などの実践的な訓練が行われていなかった。</p> <p>29) 事故発生の際には、事故報告書を提出するようにしている。事故報告書は担当者と管理者で作成し改善方法も記載している。ケアカルテに記載して部長が集約しリーダー会に報告するシステムが整備されている。</p> <p>30) 「防災計画」及び「災害時のマニュアル」を整備している。消防署との合同訓練、土砂災害訓練等を行っている。原発にかかるとなる避難所となっている。</p>		

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。	A	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。	A	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) 利用者の尊厳保持については、法人の理念・基本方針に明記している。法人において虐待研修を実施している。しかし、日常業務を振り返り、検討や対応する仕組みが整備されていない。 32) 日常的には訪問時の配慮や個室による「相談などプライバシーについて配慮をしている。しかし、マニュアル等に明文化したものが無い。 33) 利用者のサービス利用にあたっては、自ら決定できるようにデイサービスの体験利用や福祉用具のデモ等選択肢を提示できるようにしている。		
(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。	A	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
				34) 意見箱を設置している。ケアプラン作成にあたり、個別に利用者に意見を聞き、それを集約する仕組みがある。利用者アンケートを年1回実施している。重要事項説明書に苦情窓口の設置（苦情解決担当者や第三者委員）を記載している。 35) 「苦情窓口の設置」を整備しており、手順等をフローチャートにし、それに基づき対応をしている。しかし、意見・要望・苦情等についてホームページ上の公表や事業所内に掲示するなど公開がされていない。 36) 重要事項説明書に第三者の相談窓口として第三者委員及び運営適正化委員会や行政の連絡先も記載している。		
		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スタッフが積極的に参加している。	B	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
				37) 年一回利用者アンケートを実施しており、アンケートの分析は部長が三部門まとめて支援会議で検討を行っている。必要に応じ対応をしているが調査前と調査後においてどのように改善されたかを確認する仕組みがなかった。 38) サービスの質の向上については、支援会議で検討をしている。 39) 第三者評価を3年に1回受診している。しかし、評価基準に基づいた自己評価の実施及び評価の結果を受けて課題を明確にして次年度の事業計画には寧する仕組みがない。		