

様式 7

**アドバイス・レポート**

令和 4 年 12 月 9 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 4 年 10 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 渡辺西賀茂診療所居宅介護支援事業所様につきましては、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><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <p>・法人の中・長期計画をもとに、年度ごとの事業計画を策定していました。今年度は「おせっかいの理念を再度、問いただす。」という法人の運営目標のもと、『利用者の生活ニーズ解決のため介護支援専門員として「とことんかわり続ける」』を事業所の目標として掲げ、具体的なアクションプランを設定し、半期ごとに進捗状況进行评估していました。</p> <p><b>2. 地域への貢献</b></p> <p>・法人で「オレンジカフェ」や「おせっかいカフェ」を運営するほか、認知症サポーター養成講座を開催しており、事業所の取り組みとして介護の相談窓口を担当していました。地域の事業所が集まる連絡会にも積極的に参加し、オレンジカフェの情報を発信していました。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>・法人の運営目標「おせっかいの理念を再度、問いただす」に基づく事業所の年間事業計画（アクションプラン）を作成し、半期ごとに自己評価を行っていました。評価時に未達成な課題は次年度の計画に反映し、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルの実施を恒常的に行っていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>・管理者の役割は職務規程に明記し、年 2 回行う管理者と職員の面談に於いて意見を聞く機会を持っていました。自己管理目標シートに一人ひとりが年間目標を立て、個別面談で達成状況を確認していましたが、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを把握する方法はありませんでした。</p>

	<p><b>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>・苦情相談マニュアルに基づき苦情や相談があれば、「苦情・相談記録報告書」を作成し、居宅ミーティングやサービス向上委員会で協議、対応していました。さらにクラウド型グループウェアに情報を掲載して法人全体で共有し、再発防止に努めていましたが、改善状況の公開はありませんでした。</p> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>・重要事項説明書に公的機関の相談窓口について記載していましたが、事業所関係者以外の第三者に相談できる機会の確保がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>・よりよい組織づくりをするためには、管理者も自らを振り返り、職員とともに質を高めていくことが重要ではないでしょうか。そのために、今ある職員アンケートに管理者についての評価（相談しやすさ等）を組み入れてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>・他の利用者からの意見や改善した点を知る事は、より良い信頼関係を築ける事にもつながるのではないのでしょうか。四半期ごとに発行している法人の広報誌に分析結果と改善点を掲載してはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>・外部の人材による利用者からの聞き取りや、外部の視点からの気付きを取り入れる事により職員の気付かない課題が上がる事があります。令和4年5月に設置された外部団体を活用し、第三者へ相談できる機会とされてはいかがでしょうか。</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	2610105278
事業所名	渡辺西賀茂診療所居宅介護支援
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4年11月16日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
		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. 事業所入り口は診療所の入り口と一体化しており、掲示板やファイルを設置し、理念・運営方針を診療の待ち時間の間に閲覧できるように工夫していました。また、職員の身分証と一緒に法人理念を携帯し、年度初めに行う職員全体会議で、理念と運営方針を周知していました。 2. 毎週行う事業所内ミーティングで意見を集約し、月2回各事業所の管理者が参加する管理者会議で取りまとめ、理事会に報告していました。事業計画の見直しは毎年3月末に行い、次年度の事業計画に反映していました。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
		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. 法人の中・長期計画をもとに、年度ごとの事業計画を策定していました。今年度は「おせっかいの理念を再度、問いただす。」という法人の運営目標のもと、『利用者の生活ニーズ解決のため介護支援専門員として「とことんかわり続ける」』を事業所の目標として掲げ、具体的なアクションプランを設定し、半期ごとに進捗状況を評価していました。 4. 年度の初めに立てたアクションプランを、管理者会議で発表し共有していました。今年度は特に、事例検討会で見えてきた課題を地域課題として位置づけ、法制度だけでは解決できない課題の解決に向けて必要とされる社会資源の検討を行うことになっていました。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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	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)		5. 法人で、年間通して研修を受け持つ教育委員会を立ち上げ、法令の研修を年間研修計画に組み入れていました。また、職員一人ひとりにパソコン・スマートフォンを配布し、必要に応じて調べることができる体制になっていました。 6. 管理者の役割は職務規程に明記し、年2回行う管理者と職員の面談に於いて意見を聞く機会を持っていました。自己管理目標シートに一人ひとりが年間目標を立て、個別面談で達成状況を確認していましたが、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを把握する方法はありませんでした。 7. 管理者は常に連絡が取れるように携帯電話を所持し、法人本部と一体になって指示できる体制がありました。また、コミュニケーションアプリ内に作成したグループの活用で職員全員が事態を把握でき、事態を対処した後、速やかにアクシデントレポートを作成する体制を取っていました。		

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

## 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. 法人の職員採用基準に基づいて有資格者の採用を優先していました。各事業所から委員2名を選び、採用活動委員会を設置していました。介護支援専門員の更新研修、主任介護支援専門員の資格取得、フォローアップ研修の費用はすべて法人が負担していました。 9. 法人で設置する教育委員会にて、年間目標「職員のプロ意識の向上に働きかけ、事業所に欠かせない人材の育成を図る。研修内容、方法（オンライン含む）、運営について体制を整える。」に沿って全体研修や勉強会、資料の作成や運営を行っていました。また、年間目標の達成に向けて年間活動計画を策定し、月ごとに活動内容を定め、半期ごとに評価を行っていました。事業所の取り組みとしては、職員が経験に合わせた個別の計画を立て、事例検討会や勉強会を企画する等、自己研鑽していました。 10. 法人の実習受け入れマニュアルがあり、事業所としては、介護支援専門員実務者研修を受け入れていました。実習指導者の教育は、コロナ禍で延期になった京都市の指導者研修に参加を予定していました。		

### (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、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)		11. 職員の有給休暇の消化率は労働環境水準以上に達していました。自己管理目標シートを作成し、半年ごとの面談で意向を聞く機会を設けていました。育児休業も実際に取得できていました。また、訪問の際の負担軽減のため、車や原動機付自転車、電動自転車を配置していました。 12. 診療所が併設しているため、産業医が常駐していました。組織や上司に対する要望や不満をくみ取るために、外部団体を設置し、聞き取りを行っていました。ハラスメントに関する規程も就業規則に明記していましたが、職員が適切に休憩するための場所は建設中でした。		

(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. ホームページに理念を載せ、パンフレットやSNS（ソーシャルネットワーキングサービス）の活用で事業所情報を広報していました。年4回発行する法人の季刊誌「都の風」に事業所の紹介記事を掲載し、利用者に配布していました。また、ホームページから直接情報の公表制度の内容にリンクできるように設定していました。 14. 法人で「オレンジカフェ」や「おせっかいカフェ」を運営するほか、認知症サポーター養成講座を開催しており、事業所の取り組みとして介護の相談窓口を担当していました。地域の事業所が集まる連絡会にも積極的に参加し、オレンジカフェの情報を発信していました。		

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

### 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. 法人のホームページや、事業所のパンフレットに事業所の概要、提供するサービスの内容、提供実施エリアを分かりやすく記載していました。問い合わせがあった場合は「新規受け入れ表」に記録していました。		

#### (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)		16. 重要事項説明書にてサービス内容を説明していました。成年後見制度や権利擁護事業に繋ぎ、判断能力に支障がある場合でもサービスが利用できるように支援していました。		

#### (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. 独自の様式でアセスメントを行い、課題を明確にっていました。主治医や専門職と連携を取り、要介護認定更新時や状態の変化があれば見直していました。 18. アセスメントで利用者の状態を把握し、課題整理評価表に情報を落とし込み、利用者・家族の要望を汲み取る工夫をしていました。 19. サービス担当者会議の開催は主治医の参加を優先し、チームとして主治医とサービス事業所間が連携できるように、訪問診療時に合わせた日程調整を行っていました。 20. ケアプランの見直しは、「ケアマネジャー業務マニュアル」に定めていました。毎月モニタリングを実施し、短期目標期間で見直しが必要かどうかの見極めを行っていました。		

(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)		21. 毎週2回、併設の診療所にかかっている利用者を対象にして、主治医や関係機関の参加でオンライン会議を開催していました。また、インフォーマルサービスのパンフレットも設置していました。生活圏域事業所会議や地域ケア会議には必ず参加して、情報交換を行っていました。		
(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	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		22. 「ケアマネジャー業務マニュアル」をもとにサービスを実施し、新人職員はマニュアルに基づいて指導していました。また、年に1回マニュアルの見直しを行っていました。 23. 日々の記録は、支援経過やモニタリング票に記録していました。記録の管理については「記録の取り扱い規程」に保管、保存、持ち出し、廃棄について明記していました。また、個人情報保護についての研修も毎年行っていました。 24. 職員間の情報共有は、クラウド型グループウェアを活用して居宅ミーティング、多職種ミーティング、運営会議を開催し、情報の共有を図っていました。 25. 月1回のモニタリング訪問には、できるだけ家族と面会ができるように調整し、会えなければ、電話やメールで状態を伝えていました。		
(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	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)		26. 感染症マニュアルを作成し、年に1回見直していました。また、法人で設置している「感染予防対策委員会」が中心になって研修を実施し、事業所内には感染対応フローチャートや、新型コロナウイルス感染初動マニュアルを掲示していました。 27. 事業所内の掃除は、各事業所が当番制で行い、共有部分（トイレ・玄関・階段）は専属のスタッフが掃除を行っていました。新型コロナウイルス感染予防のため、1時間ごとに換気と消毒を行っていました。		
(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)	<p>28. 事故発生時対応マニュアルを作成し、事故防止対策委員会が研修を実施していました。過去に起きた事故を洗い出し、事故が多かった月を「事故防止月間」と定めて注意喚起を行うとともに、毎年「事故に関する勉強会」を開催し、事故防止の意識を高めていました。</p> <p>29. 事故やヒヤリハットが発生すれば、アクシデントレポートやヒヤリハット報告書に記載し、クラウド型グループウェアに情報を掲載することで、法人全体で共有していました。その後、事故防止対策委員会で原因分析を行い、再発防止に努めていました。</p> <p>30. 災害時対応マニュアルを整備していました。また、災害対策委員会を法人で設置し、必要備品の確保や年に2回の防災訓練を行っていました。地域包括支援センター（雲ヶ畑）と連携し、災害時の対応プランを話し合う機会を設けていました。地域が行う災害対策に関する学習会に参加していました。</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

#### 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)

31. 法人理念や事業所理念に人権の尊重を明記し、尊厳を保持したサービスが提供できるよう、身体拘束廃止委員会や虐待防止委員会を設置していました。各事業所から代表1名が委員会に参加して、勉強会や研修を企画していました。

32. 業務マニュアルにプライバシー保護を明記し、年に1回プライバシー保護に関する研修を行っていました。

33. 利用申し込みは、申し込み内容を「新規受け入れ票」に記載していました。現員の担当人数を超える場合や、サービス提供地域の範囲外の申し込みがあった場合などを除き、受け入れていました。すぐに受け入れられない場合は1ヶ月ずらしてもらおう等、なるべく受け入れる方向で対応していました。

##### (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	B

(評価機関コメント)

34. 重要事項説明書に苦情・相談窓口を明記し、契約時に説明していました。また、年に1回利用者満足度アンケートを実施していました。

35. 苦情相談マニュアルに基づき苦情や相談があれば、「苦情・相談記録報告書」を作成し、居宅ミーティングやサービス向上委員会で協議、対応していました。さらにクラウド型グループウェアに情報を掲載して法人全体で共有し、再発防止に努めていましたが、改善状況の公開はありませんでした。

36. 重要事項説明書に公的機関の相談窓口について記載していましたが、事業所関係者以外の第三者に相談できる機会の確保がありませんでした。

##### (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	A
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. 毎年利用者満足度調査を実施し、居宅ミーティングで課題の分析を行っていました。アンケートの集計結果は利用者に配布し、業務マニュアルの見直しにつなげていました。</p> <p>38. 法人が行う毎月のサービス向上委員会に事業所の担当者を決めて参加し、法人全体のサービスの質の向上に関して話し合い、具体的な取り組みにつなげていました。また、他の事業所に寄せられた苦情に対しても意見を述べ、サービスの質の向上を図っていました。</p> <p>39. 法人の運営目標「おせっかいの理念を再度、問いただす」に基づく事業所の年間事業計画（アクションプラン）を作成し、半期ごとに自己評価を行っていました。評価時に未達成な課題は次年度の計画に反映し、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルの実施を恒常的に行っていました。</p>
--	--	------------	--