

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5 年 1 月 12 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 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（合同出資会社 小春日和居宅介護支援事業所）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

| | |
|---------------------|---|
| 特に良かった点とその理由 (※) | <p><介護サービスの基本方針と組織></p> <p>「共育・共考・共働～共に育て育てられ、共に考え知恵を出し合い、共に働けることに感謝します」を理念に、行動指針・運営方針が示され、ホームページ、パンフレットなどで周知されています。職員全員参加による週 1 回のミーティングと管理者を含む主任介護支援専門員の 3 人による運営委員会で職員の意見が反映される仕組みが構築され、事業計画は職員全員で策定されています。</p> <p><労働環境への配慮></p> <p>業務改善委員会が無記名によるアンケートを行い、よりよい職場環境づくりや働きやすさに向けた改善の仕組みが構築されています。パソコンは一人 1 台用意され、執務スペースも十分確保されているほか、観葉植物などがところどころに飾られ、明るく働きやすい環境づくりに考慮されています。就業時間は、8 時 30 分から 16 時までの勤務とされており、子育て世代も働きやすいと職員の声を聞かせていただきました。</p> <p><職員間の情報共有></p> <p>職員間の情報共有は、毎日の朝礼や週 1 回のミーティングで共有されているほか、どの利用者も必ず 1 度は 2 人体制での訪問を行うようにされています。</p> |
|---------------------|---|

| | |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><利用者満足度の向上の取り組み> 利用者の満足度を把握する取り組みが行われていませんでした。</p> <p><地域との交流> 事務所の移転やコロナ禍の影響もありますが、地域との関係づくりは不十分でした。</p> <p><諸規定の整備> 事業所としてのルールや決まりごとを明文化した諸規定が未整備なところが散見されました。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p><利用者満足度の向上の取り組み> 実施計画があるとのことでしたが、利用者の満足度調査の実施をお勧めします。それにより、新たな気づきを得ることもあるでしょうから、明らかになった結果を分析検討し、業務マニュアルへの反映や研修内容に取り入れることにより、実態に即したサービスにつなげていくことができると考えられます。早期実現を期待しています。</p> <p><地域との交流> コロナ禍ということもあり地域との関係づくりは進めにくい状況だと思われませんが、例えば民生児童委員の改選時期などあらゆる機会を捉えて、地域の方との顔の見える関係づくりを積み重ねていくことが大切だと感じます。また、地域事情にもよりますが、地域ケア会議開催の働きかけや、事例を積極的に提出することで、地域ネットワークの構築や地域課題を明らかにすることにつながると考えられますので、ご検討ください。</p> <p><諸規定の整備> 運営委員会が新たに設けられたということですので、ここが今後重要な役割を担うことになると考えられます。諸規定についても、運営委員会で優先順位をつけ、検討、整備されることをお勧めします。</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 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 | 2672700263 |
| 事業所名 | (資) 小春日和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 | 令和4年11月11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。 | 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) | | 「共育・共孝・共働～共に育て育てられ、共に考え知恵を出し合い、共に働けることに感謝します」を理念に行動指針・運営方針が示され、ホームページ、パンフレットなどで周知されています。職員全員参加による週1回のミーティングと管理者を含む主任介護支援専門員の3人による運営委員会で職員の意見が反映される仕組みが構築されています。事業計画の中で職員の業務分担、テーマ別の6つの委員会が設置されています。 | | | |
| (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。 | B | 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) | | 事業計画は「ホワイトボード・ミーティング®」の手法を取り入れ、職員全員で策定されています。計画を策定する前には、職員が事業所独自に作成された「評価シート」による自己評価を行って課題の明確化を進め、年2回の「面談シート」活用による個人面談や、週1回のミーティングを活用し、計画の見直しや課題達成に向けた取り組みが行われています。 | | | |
| (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 | 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) | 遵守すべき法令等については、WAMNETや行政、介護支援専門員会等から情報を得て、ミーティング時に共有が図られています。把握すべき法令は明確にされていませんでした。経営責任者である運営管理者は、週1回のミーティングや年2回の職員との面談で職員の意見を聞く機会をもち運営方針に反映させていますが、自らの役割と責任について文書化されておらず、自らを評価する仕組みは確認できませんでした。職員全員が業務用携帯電話を所持し、緊急時にも連絡がとれる体制があり、朝礼やミーティング、業務日誌で状況把握が行われています。 |
|--|------------|---|

| 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 |
| 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。 | B | B |
| | | 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) | | 質の高い人材の確保のために、主任介護支援専門員資格の取得や更新研修への参加にかかる費用はすべて事業所が負担されています。年間計画の中で他事業所との合同事例検討会（グループスーパービジョン）への参加、週1回の勉強会、入職時に話を聞く力や質問手法など対人援助技術向上のために3か月間の外部コーチングを事業所負担で受ける体制があるなど、職員研修には力を入れておられますが、体系的な研修計画は未整備でした。実習生の受け入れは、過去に介護支援専門員実務研修の受け入れ経験をもとに体制を構築されていることを確認しました。 | | |
| (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) | | 業務改善委員会で無記名によるアンケートを行い、よりよい職場環境づくりや働きやすさに向けた改善の仕組みが構築されています。パソコンは一人1台用意され、執務スペースも十分確保されているほか、観葉植物などがところどころに飾られ、明るく働きやすい環境づくりに考慮されています。就業時間は、8時30分から16時までとされており、子育て世代も働きやすいと職員の声を聞かせていただきました。ハラスメントの相談体制については、確認できませんでした。 | | |
| (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。 | 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。 | C | B |
| | | (評価機関コメント) | | 事業所の情報はホームページ、パンフレットで広報されています。パンフレットは地域包括支援センターや医療機関などに配布されています。情報公表制度等の利用者や地域住民への広報は確認できませんでした。介護認定審査員としての参加や他事業所との事例検討会の事務局の役割を果たしておられますが、地域住民のニーズ把握にかかる取り組みは確認できませんでした。 | | |

| 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 |
| 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) | | 事業所情報はパンフレットやホームページ、舞鶴市の「2022高齢者の保健福祉サービス利用のてびき」の広告掲載文に記載されています。見学は随時対応されており、利用の問い合わせには「初回受付表」にて記録し、回覧にて新規利用者の情報共有等されています。 | | | |
| (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) | | サービス内容を重要事項説明書にて説明し、利用者や正当な代理人の同意が得られています。また利用者に判断能力の支障が見られたときは、舞鶴市成年後見センター、社会福祉協議会の日常生活自立支援事業につなぐ仕組みを確認できました。 | | | |
| (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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | 舞鶴市の「サービス利用調査」を基にアセスメント項目を追加した事業所独自のアセスメントシート活用されています。また初回利用時には、すべての利用者に課題整理総括表を用いて利用者・家族の望む生活が言語化できるように取り組みが実施されています。「業務マニュアル」にて計画の見直しの期間を定められ、モニタリングは月1回、利用者状況、サービス、目標達成度の3項目に分けわかりやすく記録されていました。 | | | |
| (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) | | 必要時には利用者の通院に同行し、主治医からの意見聴取をされています。入院時の情報提供や、退院時のカンファレンスに出席し各種専門職との連携を確認できました。民生委員、認知症カフェ、ゴミ出し支援等インフォーマルなサービスとの連携も取っておられます。 | | | |
| (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。 | 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。 | 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) | <p>介護支援専門員の実務に応じた実用的な「業務マニュアル」が作成されていますが、見直しに当たり、実際のサービス提供の具体的な事案からマニュアルの見直しに反映される仕組みは確認できませんでした。生活支援記録法（F-SOAIIP）を用いて記録を他の職員が理解・共有しやすいように取り組みをされています。見直しに当たり満足度調査の実施や、個人記録に保管・保存・持ち出し・破棄に関する規定を確認できませんでした。職員間の情報共有は、毎日の朝礼や週1回のミーティングで共有されているほか、どの利用者も必ず1度は2人体制での訪問を行うようにされています。家族とも直接面談が難しい場合も電話やメールを活用し情報交換を行なっています。</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 | 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>「感染症マニュアル」を作成し、年1回および感染者増回傾向にある時期は随時見直しをしています。訪問車両には、感染予防グッズを常備し、「感染対策委員会」で検討した事項について、議事録を回覧するとともに週1回のミーティングでも共有を行っておられます。利用者の個別ファイルについて、カルテワゴンを職員1台ずつ整備され、保管室から各自のデスクまでワゴンで移動し整理整頓や業務の効率化の取り組みを実施されています。</p> | | | |
| (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。 | 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。 | B | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | <p>マニュアル「事故・緊急時の対応 苦情の対応」を整備されています。発生した事故について「インシデントレポート」を作成し週1回のミーティングにて「ホワイトボード・ミーティング®」を用いて報告・検討をされていました。マニュアルを定期的に見直す規定や実践的な訓練の実施が確認できませんでした。</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。 | B | 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) | | 日本介護支援専門員協会の倫理綱領を事業所内に掲示されています。また同協会の虐待防止研修に参加し各職員へ記録が回覧・伝達がされていました。また事業所内での虐待防止の研修会においては、「介護支援専門員としてどうするか。また管理者が不在で上司だったらどういう対応をするか」を事例を用いて実践的な研修が実施されていました。利用者の相談は、断った事例はなく、「スクリーニング」の段階で対象外の時には機関等への紹介をされていました。プライバシー保護に関する研修の企画や実施の記録は、確認することができませんでした。 | | | |
| (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。 | 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。 | A | B | |
| | (評価機関コメント) | | 苦情相談について重要事項説明書に簡潔にわかりやすく、対応の手順が明記されていました。「インシデントレポート」の段階で、例えば請求情報の入力の不備がないようにダブルチェックする体制であったり、訪問の忘れを防ぐためにアラームをかけるなど、苦情に至らないような仕組みが作られています。利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況を公開する仕組みと、行政以外の第三者相談窓口については確認できませんでした。 | | | |
| (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。 | 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職員の職員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 | A | |
| | (評価機関コメント) | | 地域の有志の介護支援専門員と開催する「気づきの事例検討会」の時に、他の事業所との情報交換を通じて情報収集されているほか、毎月1回「運営委員会」において、サービスの改善を検討しています。「評価シート」を使用し年2回日々の業務について、自己評価と他者評価を実施し、面談も実施した上で次年度の事業計画に反映されていました。利用者の満足度評価の実施は検討中でした。第三者評価は、今回が初めての受診で、今後定期的に受診予定であることを確認しました。 | | | |