

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 3 0 年 1 2 月 2 5 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

平成 3 0 年 9 月 1 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「せんしゅんかい訪問介護センター開田」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 1. 理念の周知と実践</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念（3つの使命）を具体的に実現するため、事業所開田は3つの目標を設定しています。 ・①. 常に利用者の立場に立ち、お互いに気持ちの通い合った温かく良質なサービスの提供に努めます。②. 地域の医療機関や介護事業所との連携を密にして地域の方が安全で安心した生活が続けられるようサービス提供します。③. 訪問介護職員の質の向上に勤め、安全で丁寧、細やかな介護を提供します」を設定して良質なサービスの提供に努めています。 ・理念の実践についての心構え（倫理規定）やサービスの手順（マニュアル）をより詳しく纏めたダイジェスト版の小冊子「ハンドブック」を発行して、必要時に即応出来るよう準備しています。 ・広報誌（せんしゅん）、ホームページに掲載しています。 <p>通番 39. 評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療法人社団 千春会として国際標準規格ISOの品質マネジメントシステム（9001の認証）の導入が、事業所の品質経営に生かされています。 ・事業所では目標管理表を用いて、計画の策定・実行・評価・見直しのPDCAのサイクルを回す仕組みが定着しています。 <p>通番. 14 地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「介護予防・日常生活支援総合事業第一号 長岡京市独自サービス従事者養成講座」の「暮らしサポーター」に対応。サービス提供が可能となる訪問事業責任者研修を受け入れ、目下4名が受講中とのことで地方行政事業に貢献しています。
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番. 1 6 内容・料金の明示と説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットの存在が確認できませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 16 内容・料金の明示と説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットは来訪者、お問い合わせなどに瞬時に対応するための基本となるものです、口頭での対応も可能でしょうが、印刷物は説明ツールとして重要です。パンフレットの在庫管理をされては如何でしょうか。

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	2613000575
事業所名	せんしゅんかい訪問介護センター開田
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問看護 定期巡回随時対応型訪問介護看護
訪問調査実施日	平成30年11月21日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都ビジネス・サポート・センター

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. 医療法人社団千春会として理念・基本方針・行動基準を定め、ホームページや広報誌（せんしゅん）に掲載しています。事業所では、それらと共に事業所開田独自の目標を設定、事務所内に掲示しています。職員は朝礼時、研修時に理念を唱和してその実現に努めています。 2. 組織体制は、組織図・職務権限規程・諸会議運営規定を法人として定めています。各種委員会・連絡会・部署別ミーティングなどで意思疎通を図り、共通理解の上に立って意思決定する仕組みになっています。			
(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. 法人の中長期計画に基づき、事業所目標を策定。マネジメントレビューで進捗状況を確認して問題点や課題を明らかにし、次期計画に反映しています。 4. 事業所では、部署目標管理表に部門品質方針・部署品質目標・達成指標の方針展開を決定し、四半期ごとに課題の達成状況を確認、見直してPDCAサイクルを回しています。			
	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)		5. 運営管理者は、京都市の「介護保険サービス事業者に係る集団指導」に参加、インターネットやWAMネット・SNSを活用して関係法令の情報を収集しています。関係法令の改定その他の資料は、職員が常時閲覧できる場所に整えています。 6. 運営管理者の職務は、職務権限規程で明確に示されています。運営管理者は常に職員と共に在ってコミュニケーションを密に取り、何でも言い合える関係を構築して業務をリードしています。経営責任者は年1回、非常勤職員も参加する部署別ミーティングを開き、現場の悩み・要望等を直接ヒヤリング、事業の運営方針に反映させています。 7. 運営管理者は、業務日報・連絡記録表・サービス提供終了報告等により、日々の業務状況を把握しています。離席時には管理者用の携帯電話を所持し、常に連絡が取れる体制になっています。緊急時には緊急時対応マニュアルに従って24時間いつでも連絡が取れる体制になっています。			

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	
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. 人事に関する基本方針は有資格者採用とし、キャリアパスを明確にしています。非常勤職員の常勤職員への年2回の登用試験の実施、年間研修を法人本部で行い、介護福祉士資格取得の奨励等キャリアアップを図っています。事業所は人員体制が整っており、安定雇用で勤続15年の職員が勤務しています。 9. 採用後は法人の年間研修計画に沿って研修を受講しています。運営管理者は、職員一人ひとりの目的に応じ、外部を含めた研修等の受講を支援しています。またフォローアップは同行訪問でOJTを行っています。 10. 実習生受け入れマニュアルが整備され、受け入れ体制を確立しています。			
(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。	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。	A	A	
		(評価機関コメント)		11. 年次有給休暇・育児休業・介護休業は本部管理部が管理して規定通り取得来ています。常勤職員には、バイクを貸与し移動手段の負担軽減を図っています。 12. 法人として、職員のメンタルヘルスのため年1回産業医によるストレスチェックを実施しています。また、弁護士・社労士の連絡先を事務所に掲示して気軽に相談できる体制を整えると共に心身を休める休憩場所としてソファを備えた個室を確保しています。			
(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. 広報誌「せんしゅん」・ホームページで情報公開しています。また、京都府介護保険情報公開システムの情報公開制度を通じても公開しています。 14. 法人が自由参加の「認知症サポーター養成講座」を年1回主催。乙訓医師会主催の乙訓在宅療養手帳委員会、長岡京市事業所連絡会、拘束対応の地域ケア会議、に参加しています。また、介護予防・日常生活支援総合事業対応の「暮らしサポーター」養成を支援しています。			
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。	A	B	
		(評価機関コメント)		15. HPやパンフレットにより、法人に関する情報を提供すると共に、訪問介護サービスで「できること・できないこと」を分かり易く紹介していますが、パンフレットでの情報提供は確認出来ませんでした。。			
(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)		16. 利用者・家族、必要に応じて成年後見人同席のもと、重要事項説明書に基づき、提供するサービスの内容や料金等について分かり易く説明しています。			

(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)		17. 訪問介護計画書の作成に当たっては、法人所定の「新規調査表」・「フェイスシート」・「利用者評価表」に基づいて基本的ニーズを把握し、医療情報を加えてアセスメントシートを作成しています。 18. 訪問介護計画書の作成は、アセスメントに基づき本人及び家族の要望・希望を尊重して所定の書式に従って作成し、同意を得ています。 19. 訪問介護計画の策定に当たっては、主治医や専門家などの意見を照会の上、サービス担当者会議の意見を踏まえて作成しています。 20. 訪問介護計画は、毎月モニタリングを行い、3か月ごとに見直しています。利用者の状態に変化が生じたときは、その都度担当のケアマネージャーと連携して計画を見直しています。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		21. 主治医参加の医療カンファレンスで個別利用者のアドバイスレポートを作成しています。関係機関との連携は「関係者機関連絡リスト」を作成すると共に、サービス提供責任者・ケアマネジャー・看護師・薬剤師等が参加する地域包括ケア会議に出席する等、多種協働を図っています。居宅サービス事業所とも連携を図っています。			
(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。	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. 法人で「訪問介護サービスマニュアル」を作成しています。マニュアルの見直しは年1回行い、更新履歴を保存しています。 23. 訪問介護サービス実施の都度、複写式の「ホームヘルプ活動報告書」を作成して、1部を利用者宅に残し、1部は事業所が5年間保管、法人の「文書管理規定」に則り管理しています。 24. サービス提供状況については、3か月ごとにサービス提供責任者と関係介護職員で「利用者カンファレンス」を開催して情報を共有しています。 25. 事業者と利用者の情報交換は、家族との「連絡ノート」にそれぞれが記入・閲覧する仕組みで行っています。また、同行訪問時にも家族と面談、情報交換しています。			
(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	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. 法人で、感染症に関する対応マニュアルを作成し、研修を実施して徹底化を図っています。事業所では、サービス提供に当たって、介護職員の罹患予防と二次感染防止のため、マスクや手袋の着用、サービス提供後はハイエストでの消毒を行なっています。 27. 事業所の清掃は毎朝職員が行っています。利用者の記録書類は管理番号を付けて施錠できる書庫に保管しています。			

(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. 法人で緊急時対応マニュアルを作成し、本部で研修を行っています。事業所では緊急連絡網を整備し、いつでも運営管理者が指揮できる体制になっています。 29. 発生した事故は職員事故報告書に対応結果を記載、利用者本人にも報告しています。再発防止については、報告書の内容を分析、マニュアルの見直しに活用しています。 30. 法人で「自然災害・防犯対策マニュアル」を作成しています。法人の消防避難訓練に参加しています。災害発生時の地域連携については、事業所近くの指定避難場所を研修にて周知徹底しています。		
大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果
					自己評価
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. 高齢者が「自立と尊厳」を保てることを基本として「プライバシー保護マニュアル」を作成。年1回以上研修を実施しています。事業所では、虐待防止啓蒙ポスターを掲示して、職員の自覚を促しています。 32. 採用に当たってプライバシー保護を厳しく定めた個人情報保護誓約書を交わしています。プライバシー研修を年1回以上実施しています。入浴介助等の身体介護については、訪問介護用に特化したサービスマニュアルに手順を定めています。 33. サービス利用の問い合わせは電話が多く、プライバシーに配慮しながら仔細に利用希望内容を聴き、公平に決定しています。		
(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てている。	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)		34. 利用者の意向は、利用者満足度調査やサービス提供時、同行訪問時、運営管理者の定期的な利用者宅訪問時等で意向を把握しています。 35. 具体的には正・予防処置指示書を事務所に掲示して、日常業務内で発生した要望に即応しています。 36. 重要事項説明書に苦情・相談窓口を記載しています。契約時に利用者及び家族の確認を得ています。		
(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てている。	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)		37. 毎年、利用者満足度調査を実施しています。アンケート結果は利用者満足度調査分科会で分析を行い、グラフ化して結果を公表しています。事業所では、その分析結果をもとに、職員全体でサービスの改善等について話し合っています。 38. サービスの質の向上については、利用者カンファレンス、毎月開催の訪問介護連絡会で検討しています。また、長岡京市事業所連絡会に出席して他事業所の情報を収集しています。 39. 法人として、毎年ISO9001の受審しています。事業所では、目標管理表を用いて、計画の策定・実行・評価・見直しのPDCAサイクルを回す仕組みが定着しています。第三者評価は初めての受診でした。		