

アドバイス・レポート

平成27年4月14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26年10月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたテイ訪問介護センターにつきましては、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>	<ul style="list-style-type: none"> ○研修の開催 職員の個別の研修計画を定め、それに基づいた研修を行っています。職員同士の勉強会を開催し、終業時には管理者がスーパージョンを行うなど日常的に職員の知識の習得に努めています。 ○個別援助計画の策定 個別援助計画は本人・家族の意向を聞き、専門家からの情報提供を受けて会議を行ってから作成しています。定期的にモニタリングを行い、評価の見直しを行っています。 ○サービスの質の向上 独自の利用者アンケート調査を年に1回実施し、それをもとに事業者内研修を行いサービスの質の向上に努めています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○マニュアルの見直し 各種業務マニュアルは揃っていますが、変更された時の理由、日付が不明でした。 ○記録などの書式 事業所で使用する各種書類は、分かりやすく使いやすいように独自で様式を作成し、使用していますが、書類間の関連性が十分にできていないと言えません。 ○情報収集 他事業所の取り組みなどについての情報収集の具体的手段は確認できませんでした。

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>テイ医院は介護保険制度発足以前から地域の医療機関として住民の健康維持、疾病の予防及び治療を目的とした活動を展開し、居宅介護支援事業所、デイケア、ホームヘルプ事業を介護保険制度発足と同時に設立しています。これまでも定期的に第三者評価を受診し、サービスの質の向上や情報開示に努めています。</p> <p>○各種業務マニュアルを整備し、適宜更新、変更等を行っているとのことですが、更新日や変更日の記載、更新、変更内容は確認できませんでした。マニュアルは事業所の意思の継続性を保持し、職員に一貫性のある行動をとらせるものでもあります。このためには、更新や変更があった時には、その日付、理由、処理経過等を残して置く方が良いと考えています。</p> <p>○各種書類を独自の様式で作成していることは評価できますが、書類間の関連性が十分でないため、必要以上の労力が掛かっていると思います。更に関連性を持たせていくことでより使いやすいものとなり、職員の負担も軽くなるのではないのでしょうか。</p> <p>○他の事業所の評価や取組などについて積極的に情報を収集し、事業所の取組を比較することにことで更なるサービス改善につながっていくように思います。医院は地域包括支援センターや他法人と綿密な関わりがあり、左京区の事業者連絡会での役も務めていますので、例えば地域医療包括システム等について、他法人他事業所と情報共有を図り、地域医療包括システムの一翼を担っていただくよう期待します。</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 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	2692600162
事業所名	テイ訪問介護センター
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)	通所リハビリテーション、介護予防訪問介護、介護予防通所リハビリテーション、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年11月13日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1. 理念、運営方針が、職員全員に浸透するように年2回研修を行っています。利用者や家族には、契約時に説明しています。 2. 全体会議を年2回実施しています。事務分掌、職務権限規程等を策定しています。理事は3か月に1回各職員の意見を聞く会議を開いています。			
(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. 各部門の責任者が職員と面談を行い、それらを取りまとめて事業方針を作成し、全体会議で提示してしています。中長期計画も確認できました。 4. 業務レベルの課題設定を行い、年2回の全体会議で評価し、全職員で共有しています。			
(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、介護保険法や労働基準法等法令遵守に関する勉強会等に出席し、年1回職員に対し伝達研修を行っています。 6. 運営管理者は3か月に1回職員に意見を聞く機会を持っています。しかし、運営管理者自身の評価を行う仕組みは確認できませんでした。 7. 管理者は携帯電話を携帯し、常に連絡できる体制をとっています。緊急対応マニュアルも整備しています。			

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
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。	B	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. 職員配置表を作成し、手厚い人員体制をとっています。入職時に無資格であっても資格取得支援を行い、介護職員のうち63.9%が介護福祉士国家資格を取得しています。 9. 個別の研修計画を定め、プログラムに基づいた研修を行っています。職員同士の勉強会も開催しています。終業時のミーティング時に運営管理者がスーパービジョンを行う体制をとっています。 10. 実習受け入れマニュアルを整備しています。研修を受けた実習指導者も配置しています。		
(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。	B	B
		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. 有給休暇は定期的に消化する仕組みがあります。介助者の負担軽減のためにポディメカニクス等を活用した介助方法を指導していますが、介護機器の導入は難しいとのことで使用していません。 12. カフェコーナーを設置し、現場を離れてリフレッシュする環境を作っていますが、職員が十分に休息できる環境とはいえません。		
(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	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. ホームページやパンフレットに運営方針や基本方針、事業所ごとの目的を明示し、地域に開示しています。 14. 年に1回地域住民を対象に研修会を行い、介護技術や介護に関わる情報を提供しています。また、左京区事業者連絡会議に参加しています。		

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	A
		(評価機関コメント)		15. ホームページやパンフレット、重要事項説明書等で事業所の情報を提供しています。見学希望についても希望者の受け入れを進めています。		

(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)		16. 重要事項説明書に基づいて説明、同意を得て署名捺印してもらっています。利用者の判断能力に支障がある時には、ご家族が代行しています。後見人を選任している利用者も確認しました。		
(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. 更新時期、区分変更時にはアセスメントの見直しを行っています。 18. サービス提供責任者がサービス担当者会議に出席し、本人、家族の意向を聞き、関係事業所からも情報提供を受けた後に、最終的に運営管理者を含めてケース会議を行ってから個別援助計画を策定しています。 19. 個別援助計画策定の際には、ケアマネジャーを中心に主治医や専門職連携しています。 20. モニタリングは各職種別に様式に落とし込み、評価、見直しをしています。		
(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. ケアマネジャーを通じて主治医等と連携を図っています。本人、家族の了解を得た上で利用者宅の近隣へ挨拶に行き、見守り等の協力を依頼しています。		
(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	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. 年1回の利用者アンケートや、ヒヤリハット、事故報告書に基づき業務マニュアルを整備、更新しているとのことでしたが、更新日や内容は確認できませんでした。 23. 日誌や各種報告書は所定の様式にしたがって作成しています。個人情報保護や情報の公表についての勉強会を行っています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄については文書管理規程に基づいて対応しています。 24. ケース会議や日報等で情報の共有を図っています。 25. 利用者宅に連絡ノートを設置し、情報交換を行っています。担当訪問介護員がケアマネジャーに同行し、家族との面談する機会をもっています。		
(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	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. 感染症対策マニュアルを策定しています。また、職員が外部研修に参加し、伝達研修を行っています。二次感染を防ぐマニュアルを整備し、感染者であっても受け入れる体制をとっています。 27. 清掃は業務終了後に職員が行っています。臭気対策については、消臭剤で対応しています。		

(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. 緊急時マニュアルを基に運営管理者が中心となって対応していることが確認できました。事故や緊急時対応についての研修や訓練を行っています。 29. 毎月の研修で事故やヒヤリハットの報告を行い、改善策を検討の上職員に周知し、実行しています。保険者への報告事例はないとのことでしたが、報告できる体制は整っています。 30. 災害対応マニュアルを整備しています。防災訓練は年2回実施、そのうち1回は消防署との合同で訓練を行っています。		

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

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. 人権擁護、虐待防止についての研修を全職員に対して行っています。人権に配慮した対応ができるように業務報告時等に職員間で話し合う時間を設けています。 32. 日々の記録、日誌にもとづいて職員同士の話し合いなどが行われて利用者の状況の共有が行われています。サービスを提供する中で虐待の疑いがある、または虐待があるケースの発見等につながるような仕組みが整備されている事を確認できます。 33. 利用希望者の受付簿を整備しています。利用希望があった場合には、原則受け入れができるようにしています。		
(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っている。	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
(評価機関コメント)		34. 年1回利用者・家族懇談会を実施し、利用者、家族の意向を収集する仕組みを整備しています。 35. 苦情報告書から、管理者が利用者、家族に対して迅速に対応している事が確認できました。毎月の会議で対応を検討し、改善内容を公開しています。 36. 公的機関の苦情・相談窓口の連絡先を事業所に掲示し、重要事項説明書にも明記しています。		
(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。	B	B
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. 年1回利用者アンケートを実施しています。アンケート結果を分析、評価しサービスの質向上につなげています。 38. 他事業所の取り組みなどについて情報を収集し、自事業所の取り組みと比較検討する仕組みが確認できませんでした。 39. 事業所が提供しているサービスを部門ごとに毎年評価、分析し次年度の運営に反映しています。第三者評価を3年に1度受診しています。		