

アドバイス・レポート

平成28年3月11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27年10月19日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた メディカルケア御所ノ内株式会社 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>○業務レベルにおける課題の設定 当事業所は京都武田病院事務部門の居宅介護支援部として開設（平成12年4月1日）されました。病院の長期計画は未来への「夢」を掲げ、中期（3年）では、より具体的な内容で掲げて提示されています。年度計画をもとに「部署別目標・計画書」が職員間で練られます。1.人間力の向上 2.働きやすい職場 3.健全な経営 4.質を向上 5.教育とそれぞれに目標項目・達成水準・活動内容を細かく示し、職員は各項目ごとに毎月実践状況を評価し記録しています。また、その評価を部署ごとに年4回持ち寄り相互評価もされています。縦の指示系統と横の連携がバランスよく機能することにより、組織をより強固で確かなものにしていきます。“カイゼン”をモットーとし、地域（世界）に目を向け、実践を伴う課題設定のあり方は、組織や事業所に新風を吹き込み更なる前進への機動力となっています。</p> <p>○地域との交流・地域への貢献 病院が行う「健康学習会」では地域の方々を招き、健康に関する講座を開いています。医師や専門職を講師として講座を設け、居宅介護支援事業所のケアマネージャーも加わり介護相談に応じています。また、回復期リハビリ病棟で年4回開催される「家族教室」にもケアマネージャーが出向き、退院後の利用者介護に向けた話や介護保険の説明・相談などの支援をしています。中期計画に「私達の地域は病院の周りだけでなく・・・地域（世界）と繋がりを持つ事業で世界に貢献します」「災害時には私たちが役に立つ病院になります」と明言しています。週1度職員が地域の清掃をしたり、地域の独居者で見守りの必要な方を役所に依頼しています。西大路学区自主消防分団に3名の職員が参加し活動しています。備蓄は避難住民も念頭に置いた3日分の量を確保しています。医療・介護の強みをいかしつつ地域住民を大切にされていることが実践を通してうかがえます。</p> <p>○事業所内の衛生管理 「そうじは自らを磨くこと」という信念のもとで、全員が毎朝事業所内清掃をされています。事務所内はもとより水回りやトイレは清潔に保たれ、チェック表での点検も行っています。「引出し0」の運動とも相まって整理整頓・清潔の意識が事業所内に浸透しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>○事業所理念の作成 母体の医療法人の理念は明確に掲げられています。しかし医療中心であるために守備範囲が広く患者さんや地域住民、施設など多方面に向けた広範な内容です。現在、事業所理念を検討中とのことですが、自宅で生活される方が“最期まで安心して地域で暮らし続けられることを支援”する事業所としての独自の理念の表明が望まれます。</p> <p>○各種記録類の整理 朝のミーティングで利用者情報の共有やケース検討その他の会議をされていますが、会議録として記録に残されていませんでした。また業務日誌もケアカンファレンスや事業者連絡会等の特別な要件の記載が目立ちました。行政等が主催する各種連絡会や研修会の報告書の確認ができませんでした。</p> <p>○利用者満足度調査について 他の部署と合同で満足度調査（アンケート方式）をされたため、居宅介護支援事業所としての焦点が定まりません。利用者の意向をしっかりと把握し受け止めるためには、事業所独自の満足度調査の実施が望まれます。</p>
具体的なアドバイス	<p>○事業所理念の作成 在宅の利用者が1日でも長く地域で暮らせるように、関係機関相互の密な連携のもとで「利用者の自立」を支援することを盛り込んだ分かりやすくあたたかいメッセージを、独自に発信されることをお勧めします。目的が異なる訪問介護事業所とは別々の立案が望ましいと思われれます。</p> <p>○各種記録類の整理 情報共有のあり方を検討され、煩雑な日々の作業を効率化しつつも内容のあるものにされるよう工夫されては如何でしょう。毎朝のミーティング時の内容は議題毎に議事録を作成し残されることを提案します。また、業務日誌にはその日の全ての訪問先や各ケアマネージャーの動きが分かる様式を工夫すると、記録を取れなかった時の覚書として、また、他のケアマネージャーとの情報共有にも有効と思われれます。行政等が主催する各種連絡会や研修会の報告書も都度作成し、学びや気づきを蓄積されることが望まれます。</p> <p>○利用者満足度調査について 利用者満足度調査は居宅介護支援事業所独自で行い、利用者の意向の把握や問題点を掘り下げ、今後のサービス向上のしるべにされては如何でしょう。“声なき声”に耳を傾け、アンケート等の集計結果を何らかの方法で開示し、利用者とともに良質なサービスを作っていけることを望みます。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2670400114
事業所名	メディカルケア御所ノ内株式会社
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	平成28年1月25日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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)		<p>1事業所は、病院の理念・事業方針に沿って実践している。理念はホームページや病院内・事業所内に掲げ、職員は週一度全員で唱和し周知している。在宅高齢者に寄り添う事業所として、地域に根差した居宅介護支援を意識した独自の理念を現在検討中である。</p> <p>2朝のミーティング・職員会議・同一法人居宅介護支援事業所や看護部との会議・事務長（時に病院長も参加）の地域連携会議・毎週全部門所属長参加の経営会議・サービス向上委員会などを通じて病院と縦横の繋がりを両方向で機能している。職員からの要望で携帯カバンを統一した・自転車の定期メンテナンスを営繕が行うようになった・自転車に職員専用プレートを作った等、改善が行われている。以上は各種会議録により確認できた。実務面は介護事業部と密に連携を取りあっている。</p>			
(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)		<p>3病院の中・長期計画・単年度の事業計画がある。単年度計画の立案前には、各部署より事業提案を行っている。事業所は「部署別目標・計画書」を作成している。その実践状況は毎月事業所内で評価・チェックし、年4回全体の会議に持ち寄り報告や相互確認をしている。</p> <p>4事業所として「笑顔ある素敵な挨拶の強化」「0ミッションの強化」「情報共有の強化」「経営の質の向上」等の15項目を挙げ、具体的活動内容を決め、その実践状況を毎月評価・記録している。その内容は質の向上・環境整備・危機管理・情報共有・経営の健全化・職員の働きやすさ等多岐に亘る内容である。</p>			
(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	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。	B	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)		<p>5介護保険に関しては京都市の集団指導に出席し、全員周知しており解釈本も整備している。又各種法令で主要なものはマニュアル化し整えており、必要に応じてミーティングなどで確認している。</p> <p>6管理者の役割は運営規定に明記しており、事業所入口の見やすい場所に置かれている。重要事項説明書にも明記し利用者へ説明している。「組織権限」「業務分担」の規定がある。年一度事務長による職員ヒアリングがあり、その際に管理者に対する一般職員側の思いも聞き取り、事務長より伝達される。</p> <p>7管理者は日報やミーティング・ホワイトボードの内容等により、実務内容や職員動向を把握している。朝のミーティング時や日常的にコミュニケーションが取れる体制にあり頻りに情報交換を行っている。休日でも緊急時は携帯電話で連絡でき、管理者の指示が受けられる体制である。夜間の利用者からの電話連絡は病院にかかり、必要に応じて管理者に連絡がくる。</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
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。	C	B
		(評価機関コメント)		<p>8採用は病院の人事課が行う。事業所内は全員介護支援専門員の有資格者であるが、法人としてキャリアパス制度を導入し人材育成には力を入れている。資格によっては取得の際受験費用の補助がある。</p> <p>9病院での年間研修計画に沿って、事業所でも年間研修計画を作成している。京都市主催の「京都市認定調査員現任研修」や下京区の連絡会議、包括支援センター主催の事例検討会や病院内の各種研修にも参加し研鑽の機会を持っている。今後各職員個別の研修計画と研修履歴を記録に残して行かれる事が望まれる。</p> <p>10病院として実習生等の受け入れは行っているが、居宅介護支援事業所としての受け入れ実績は少ない。介護支援専門員実務研修者のために在宅の利用者を紹介し、研修に同行して調査などに助言をしている。今後も必要に応じて対応する用意はある。事業所として実習生受け入れマニュアルの整備が望まれる。</p>		
(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)		<p>11「おおきにカード」「誕生日メール」、リフレッシュ休暇奨励（10日連続休暇又は5日間×2回）、職員食堂の半額補助、医療費負担の全額補助「のみニケーション」等、さまざまな方法で職員が働きやすいように配慮し金銭的支援もしている。職員の親睦会「ひまわり会」での交流もある。病院は「くるみん」・「ホスピレート」の認定を得ている。事業所の有給休暇消化率は60%以上である。</p> <p>12パワーハラスメントやセクシャルハラスメントに対する苦情・相談マニュアルは整備している。病院内に「メンタルヘルス対策課」を置き、専属の職員（カウンセラー）を1名配置し、職員のカウンセリングを行っている。全職員に内線の連絡先を伝えている。ストレスチェックも実施している。</p>		
(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)		<p>13ホームページや病院内掲示に病院理念として「地域（世界）の方々に質の高い医療・介護・福祉・予防医学で社会に貢献します」とあるように地域貢献の意識は高い。KES認定を得ている。街美化運動を展開し、全職員が毎週近隣地域の清掃をする。街美化制度では独居等で安否確認が必要と思われる方を役所に届けるなど、地域住民に愛される事業所として実践を重ねている。</p> <p>14隣接するデイセンターのフロアで年4回、地域の方対象に「健康学習会」を開催している。その際にケアマネジャーも同席し、介護相談や介護保険利用に関する説明などを行っている。病院の回復期リハビリ病棟の「家族教室」にも年4回出向き、介護や介護保険の説明や相談に当たっている。入院中や外来患者に対しても、介護保険の説明・相談・代行申請を行っている。</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
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、重要事項説明書により利用者に必要な事業所情報を提供している。施設や在宅サービス、介護保険外サービス等のパンフレットを種類別に纏めてファイルし見やすくしている。サービスに対し説明を行ったときは「新規相談記録」に残している。ホームページや事業所パンフレットに理念を掲載して紙面の有効活用と閲覧者への周知が望まれる。			
(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パンフレット・重要事項説明書に利用料は明記され、本人や家族からの同意を得ている。現在成年後見等の利用者はいないが、ちかじか必要になる方がおられ、手続きの準備中である。			
(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	B	
	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所定のアセスメント用紙を用いてひとりひとりの状態を把握しアセスメントを行っている。アセスメント用紙が簡略なため、日常生活の実態や細やかな情報が十分記載されているとは言えない。年金の種類の把握、キーパーソンは誰か等、情報の取りこぼしの無いように様式の見直しが望まれる。又用紙は空欄の無いよう丁寧に記載されたい。特に、アセスメントから実際のサービスに導かれる過程や根拠を明確にされたい。 18アセスメントをもとに本人及び家族の意見が居宅サービス計画に記載されている。 19病院が隣接しているという強みを生かして、主治医との連携は密であり、その記録がある。又、計画にはサービス担当会議内容や、毎月の利用者が利用している事業所からの情報提供・毎月行う利用者との面談（モニタリング）での意見・要望も反映されている。担当会議録では医師や各事業所や家族がどのような発言をしたのか分かるような記録の取り方を検討されたい。 20毎月のモニタリング時に計画見直しは行っている。状態変化による区分変更・更新・サービスの追加時も、居宅サービス計画の見直しを行っている。			
(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医師や看護師、リハビリスタッフなどとの連携の様子が「居宅介護支援連絡票」や「訪問看護報告書」等で確認できた。要支援者等の支援では包括支援センターとの連携も取れている。			

(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、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>22認知症対応・接遇・事故・緊急時・災害・感染症・個人情報保護・苦情など業務上必要なマニュアルは整っている。「事故」の中には交通事故を想定したものがない。居宅のケアマネジャーは屋外移動が多いので交通や移動に関するマニュアルの追加が望まれる。</p> <p>23利用者のサービスの実施記録は経過記録に記録され、サービスが適正であるかどうかのモニタリングも毎月なされていることが経過記録やモニタリング票で確認出来た。ケース記録は二重の施錠により適切に保管されている。利用者宅への訪問時間の記録が望まれる。又、ケース文書保存・廃棄規定はあるが持ち出し規定がないので追加されたい。</p> <p>24毎朝のミーティングや事業所内で常に情報共有を図っている。又、アセスメント表の一部を個人ファイルの一番前の頁に置き、担当ケアマネジャーでなくても緊急時に即座に対応出来る様になっている。隣接の小規模多機能事業所や同建物内のデイサービスセンター・訪問介護事業所等とも常時連携し、利用者の状態把握に努めている。</p> <p>25訪問時に家族と面会をし、状況報告や意向の確認をしている。仕事や遠方である等の事情でなかなか会えない家族には、担当者会議の前に電話でモニタリング結果の報告や意向を聞いている。家族の希望により事業所の携帯メールでやり取りもしている。</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>26病院の研修等で感染症に対する知識や実践力を高めている。利用者宅への訪問時は必要に応じて手袋、マスクの着用、又、事業所に帰ってからは手洗い、うがいを励行し感染媒体にならない様職員全員で心がけている。</p> <p>27事業所の年間目標「環境整備の強化」の具体的活動に沿い、毎朝10分程度職員全員が清掃を行っている。大掃除も3ヶ月毎に行っており、事業所内は非常に清潔で整理整頓されている。水回りやトイレの清掃もチェック表を用い管理している。「事務引き出し0計画」により引き出しの中もすっきりしている。</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	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。	C	B
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	A
(評価機関コメント)		<p>28事故や緊急時マニュアル及び連絡網があり、病院の消防訓練に参加している。AEDの講習も受けている。居宅介護支援利用者への事故発生時の対応について「事業所スタッフを因とした事故の場合、状況により事業所が加入しています賠償保険により対応致します」と重要事項説明書に明記しており、利用者への説明もしている。</p> <p>29利用者の利用する各事業所から事故報告等が回ってくる為、事故が起こった各事業所の原因や経過・結果・利用者の反応等みており、返事を返している。各事業所からの報告書に、全職員の閲覧記録を残すことが望まれる。</p> <p>30災害発生時のマニュアルがあり、職員が消防団員としても活躍している。病院の防災訓練に参加している。病院では地域の避難者をも念頭に入れた備蓄体制がある。また、災害に備え居宅介護支援利用者の緊急連絡先はすぐに取り出せるようにリスト化し綴ってある。</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。	B	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	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)		<p>31法人理念に「地域の方々に質の高い医療・介護・福祉・予防医学で社会に貢献」するとある。法人の“風土づくり(ルール)”64番にも<広告より口コミ>として実践の重要さをうたい、介護の質の向上に力を注いでいる。接遇研修も年4回行っている。重要事項説明書等に高齢者虐待に関する一文を入れられることを検討されたい。</p> <p>32法人の接遇研修でプライバシーに関して学習する他、個人情報保護に関する同意を利用者から貰っている。訪問調査やアセスメントの際にも認知症の症状確認は本人の前では行わず、利用者に配慮して機密の保たれる場で行っている。</p> <p>33担当件数がオーバーになる場合と担当区域外からの申し込みを除き、順次受け入れている。</p>			
(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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>34アセスメントや月1度の訪問の際利用者や家族の意見を聞き、経過記録に残している。利用者の利用しているサービス事業所から本人の意見や要望が上がってくる場合があり、そうした場合の事業所間連携は密にしている。利用者が相談し易い人や家族の中でのキーパーソンが、現アセスメント表では確認し難いので考されたい。</p> <p>35利用者の苦情に対して迅速に対応している様子が苦情報告書により確認できた。再発防止のために、原因究明と事後の対応策を更に詳細に検討し今後に生かす取り組みを望む。苦情や事後の改善状況についての情報開示は病院として公開している。</p> <p>36苦情の相談窓口は病院や事業所の入口に貼りだしている。居宅介護支援重要事項説明書にも明記されており、契約時に丁寧に説明をしている。</p>			
(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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37満足度調査は行っているが、他の部署と合同で行っているため、居宅介護支援に関する記述なのか他の事業所に関する記述なのかが判りにくい。居宅介護支援独自の満足度調査による利用者の意向確認とその情報開示が望まれる。</p> <p>38同様、満足度調査は行っているが、利用者の真の声を捉える為に更に工夫されたい。「サービスの質の向上」は病院のモットーでもあり具体的実践目標でもある。“風土づくり(ルール)”64にも掲げられているように<職員ひとりひとりが広告塔>という意識のもとで力を入れている。また、サービス向上委員会を設け、サービスの向上に取り組んでいる。</p> <p>39法人の事業計画をもとに職員全員で部署別目標・計画を作成し、達成度を毎月チェックし、年4回各部署が持ち寄って相互で比較・検討している。病院はISO認定を得ているが、事業所の第三者評価は三年以上前の受診である。</p>			