

# アドバイス・レポート

平成27年4月27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（せんしゅんかい訪問介護センター文橋）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>○研修について 法人全体の研修の他、実務に合った研修を受けられる体制があります。新人研修は5日間の研修の翌月にフォローアップ研修を3回行い、研修の補足する仕組みがあります。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定 アセスメントは、看護師と訪問介護責任者で心身状況や生活状況および利用者・家族の希望を聴取した後に、全体でのカンファレンスを経て作成しています。「訪問介護・対応経過記録」を活用しています。</p> <p>○利用者家族との情報共有について 家族や後見人等への情報提供を訪問時面談で行っています。面談の都合がつかない方には電話で伝えています。その際に伝えるだけでなく、意見や要望を聴取しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中長期計画について 部署別目標管理表は前年度からの持越し課題と次年度への持越し課題を記述しており、単年度計画にとどまらず、課題を把握していますが、中長期計画を策定していません。</p> <p>○文書管理規程について 実務として一定の方法で個人情報に留意した文書管理を行っていますが、文書管理規定に持ち出しについての規則がありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>平成24年度から介護保険の新たなサービスとして創設された「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」を千春会ではいち早く取り入れ、利用者の状況とニーズに沿ったサービスを提供しています。見本や手本のない新たなサービスですが、従来の事業で培ったノウハウを活かして、地域に貢献しようという意欲を感じました。今後、より一層の地域への浸透を期待いたします。</p> <p>○中長期計画を策定して、達成すべき課題の内容と達成期間を明確にし、事業所の進むべき目標を立てることで、職員のモチベーションアップにつながるのではないのでしょうか。</p> <p>○記録の廃棄は法人で一括して処分しているとのことですが、処分の方法・手順等を職員がわかるように文書にしておかれはいかがでしょうか。</p> <p>○平成27年3月に同法人の訪問介護事業所と合併する形で、場所も移転することです。現在2階にある事務所から、別のビルの1階になるとのことです。その際には、事業所情報や事業所に寄せられた要望に対する回答などは通行者が見れるところに公開してはいかがでしょうか。新たなサービスに対する興味や理解が深まり、気軽に事業所やサービスに対する意見や提案などをいただくことで、サービス向上につながるのではないのでしょうか。</p> <p>※今回の第三者評価につきましては、受診事業所のと評価機関との間で評価に関する見解に少くない相違がありましたことを、ご報告します。</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	2693100071
事業所名	せんしゅんかい訪問介護センター一文橋
受診メインサービス (1種類のみ)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護、介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成26年11月21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
<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. 法人理念を掲示および毎朝の唱和で周知し、サービスの提供を実践しています。 2. 介護運営会議・介護責任者会議・部署別ミーティング等で現場の声を吸い上げる仕組みがあります。また、法人の理事長ミーティングが年1回あり、全職員の意見や要望を聞いています。		
<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	B
	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. 組織としての計画は「部署別目標管理表」に記していますが「中長期計画」を策定していません。 4. 業務レベルの個人課題を毎年各自が作成する「個人目標管理表」に記載し、年2回の見直しをし、課題の達成に取り組んでいます。		
<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	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. 管理者は日課としてインターネットを活用して遵守すべき法令等に変化がないか確認の上、介護ソフトを活用して全職員に情報を伝達しています。また法令等の理解のための研修を実施しています。 6. 毎日の朝礼で意見交換を行い、事業所管理者は自らの役割と責任を職員に対して表明したり、職員からの自らへの評価を聞き取るよう意識しています。 7. 事業所管理者と統括マネージャーは、常時携帯電話を所持し、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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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. 法人で所有資格リストを作成するとともに、キャリア段位を導入し明確な人材、人員体制の管理・整備が行われています。 9. 研修担当者を専任し、計画的な研修を実施しています。また、研修参加に対する満足度調査も実施しているとのこと。 10. マニュアルを整備し、各事業所の特徴に応じて実習受け入れる体制があります。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	A	B
		(評価機関コメント)		11. 法人本部に担当部署があり、有給休暇消化率の管理および労働環境に関する把握が行われています。 12. 職員が法人内の医師や所属事業所以外の責任者等に相談できる体制があります。法人外のカウンセラー等を紹介していません。また、クラブ活動等はありませんが、福利厚生制度を整えているとはいえません。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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. HPおよび広報誌『せんしゅん』を発行し、事業所および法人に関する情報や活動を広報しています。 14. 法人で「認知症サポートケア講座」を実施し、法人の持つ機能を活かして地域への還元活動が行われています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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. ホームページを開設し、パンフレットを作成しています。見学者にはマネージャが対応しています。料金表を用いてわかりやすくしています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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. 契約書、重要事項説明書で具体的に説明、対応しています。成年後見人制度にも対応しています。		

(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. 所定のアセスメント様式に従ってアセスメントを行っています。また所定のアセスメントシート以外にも支援経過に詳細に状況を記載しています。 18. ケアプランの利用者や家族の意向に沿うようにサービスの提供内容を決定して個別援助計画「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書」を策定しています。 19. サービス担当者会議で専門職等の意見を聞き、個別援助計画に反映しています。 20. 3ヵ月毎のモニタリングを行うほか毎月、事業所全体で「全体ミーティング」を開いて情報の共通を図り、個別援助計画を見直しています。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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. 新規利用時には主治医を確認し、担当者会議で担当医師との連携を密にしています。「運営推進会議」には行政、地域包括支援センターからも参加、サービスの質の向上を目指しています。		
(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、スタッフに活用されている。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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルを年1回以上見直しています。研修時にはそれを教材として活用しています。 23. 文書管理規定はありますが、持ち出しに関する規則がありません。 24. 連絡ノート、申し送りを活用し情報を共有しています。 25. 変化のある利用者については、家族に状況を報告しています。		
(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、スタッフ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. 訪問介護では、職員が感染症を媒介しないように利用者宅から利用者宅への連続勤務は禁止しています。 27. 物品を整頓しています。清掃専門の職員を雇用し、スタッフが実施状況を確認しています。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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. 平成25年12月に「安全管理に関する分類と対応」を作成し、これに基づき対応しています。報告に付いても細かくされています。 29. 事故等について事業所レベルで安全管理委員会を開く検討をしています。それを分析、法人の介護部「委員会」に報告しています。各委員会の議事録を作成し今後の防止のための活用しています。 30. マニュアルを策定して、対応しています。「予報」が出た時点で職員が事業所に集合し発生時に対応できる用意をしています。		

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

<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
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. 身体拘束排除マニュアルや高齢者虐待防止マニュアルに基づき、尊厳の保持に配慮しています。 32. 訪問介護は身近になる存在であるがゆえに知り得る事柄や内容が多いので、常に問題意識を持てるように申し送りや伝え合うことにしています。 33. これまでに利用申し込みに応じられなかったことはないそうです。応じられない時には他事業所を紹介する仕組みがあります。				
<b>(2)意見・要望・苦情などの受付</b>						
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.. 法人として満足度調査を実施しています。これを分析してサービス向上につないでしています。 35. 利用者懇談会を住宅利用者との懇談会を開き、ほぼ全員が参加しています。 36. 重要事項説明書に記載し契約時に利用者及び家族に説明しています。				
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
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スタッフ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. 年1回利用者満足度調査を実施して満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っています。 38. 「介護運営管理委員会」を2週間に1回、「運営管理ミーティング」を月1回、それぞれ開催して検討、質の向上に努めています。 39. 部署目標にもとづいてサービス提供が行われているか内部監査を実施し、課題の明確化を図っています。今回の受診にあたり職員全員に受診を周知しました。				