

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 5 月 25 日

平成 30 年 2 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた、医療法人同仁会（社団） 居宅介護支援マムステーション 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(※)	(通番 9) 継続的な研修・OJT の実施 年間の研修計画を立案・実施し、外部研修への参加や、法人全体の研修、事業所内での勉強会や地域包括支援センターとの事例検討会の実施等、様々な学びの機会があります。また、外部研修の参加者は研修報告書を作成し、研修で使用した資料等も保管されています。 (通番 18) 利用者・家族の希望の尊重 事業所独自のアセスメントシートを用いたきめ細かいアセスメントから導き出された利用者のニーズをもとに、利用者の希望等が尊重された個別援助計画書が作成されています。 (通番 31) 人権等の尊重 法人の介護事業部の理念及び業務マニュアルに「尊厳」について明確に記載されており、在宅介護における身体拘束に関する研修や検討が実施されています。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者に対し、自らの行動等について職員より信頼を得ているかどうか評価を行い、フィードバックする体制がありませんでした。 (通番 12) ストレス管理 セクシャルハラスメント以外のハラスメントについて記載された文書が確認できませんでした。 (通番 39) 評価の実施と課題の明確化 事業所が提供しているサービスについて、自己評価を行う仕組みがありませんでした。

具体的なアドバイス	・アンケートの実施等により、職員が管理者を評価する仕組みを構築されてはいかがでしょうか。風通しの良い良好な職場環境を形成する上でより有効なツールになると考えます。 ・セクシャルハラスメント以外のハラスメントについても、相談や苦情受付の窓口、対応方法等を定めておくことは重要です。職員がより安心して働ける職場づくりのために検討されてはいかがでしょうか。 ・利用者満足度調査を実施し、利用者からの評価を真摯に受け止め、改善への努力をされています。事業所の提供しているサービスをより客観的に評価するために、サービスの提供体制や実施状況などを自己評価する仕組みを作られてはいかがでしょうか。また、今後も第三者評価を定期的に受診していただき、サービスの更なる質の向上につなげて頂くことを期待します。
------------------	--

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)

評価結果対比シート

事業所番号	2650580026
事業所名	医療法人同仁会（社団） 居宅介護支援マムステーション
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	平成30年3月23日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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)		組織の理念及び運営方針を事業所内の掲示や週 1 回の唱和により職員に周知しています。管理者は法人のコンプライアンス会議や医療介護連携会議に出席して事業所の業務改善会議や定例会議で職員より出た意見を報告するとともに、会議の内容を職員に周知しています。組織としての透明性が確保されていました。			
(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)		法人の介護事業部の単年度事業計画に基づき事業所の目標を設定しています。事業所の職員が半期に一度目標に対する中間評価を行い、その内容を次の目標に反映しています。			
(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	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)		運営管理者は法令遵守に関する研修に参加し、研修内容を定例会議で職員に周知しています。また、職員の日誌やファイル等を確認し、事業の実施状況を把握しています。ただ、把握すべき法令がリスト化されていませんでした。			

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
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)		外部研修への参加や、法人全体の研修、事業所内の勉強会、地域包括支援センターとの事例検討会の実施等、様々な学びの機会があります。外部研修の参加者は研修の報告書を作成し、研修で使用した資料も保管されています。			
(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)		有給休暇の取得率が前回の第三者評価の受診時から改善していました。法人の福利厚生制度として、事業所の近くにメディカルフィットネスクラブ「SHIN-SHIN」を設けている他、宿泊施設等と契約しています。休憩場所として十分なスペースを確保しています。就業規則において、セクシャルハラスメント以外のハラスメントに関する記載が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。		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)		地域の方を対象に事業所の所在するビル（mam・スクエア）にてイベント及び勉強会を定期的実施しています。また、地域ケア会議等にも積極的に参加しています。			

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)		mam・スクエア内に事業所情報を掲示し、情報提供を行っています。また、今後ホームページにより詳細な事業所情報を掲載予定とのことです。なお、事業所独自のパンフレットを作成することで、事業所情報が利用者にとってよりわかりやすくなると考えられます。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		サービスの内容や料金を利用者にわかりやすく説明しています。後見人等との契約も適切に行っています。利用者の権利擁護に関する取り組みも確認しました。		

(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)		事業所独自のアセスメントシートを活用してきめ細かくアセスメントを行っています。アセスメントの結果に基づき、利用者や家族の希望を尊重した個別援助計画書を作成しています。モニタリングもしっかりと実施しています。			
(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)		主治医をはじめ、関係機関との連携が密に図られています。また、地域包括支援センターと事例検討会を実施し困難ケースについての検討を行う等、有機的な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)		各種マニュアルは、マニュアル委員が中心となり年に1度見直しを行っています。サービスの提供状況については、詳細に記録し、朝礼や事例検討会で情報共有し、職員間で意見交換を行っています。毎月の訪問時にはできる限り家族とも面会できるよう曜日・時間を工夫して調整しています。			
(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)		感染症に関するマニュアルが整備されています。同法人の病院から感染症に関する最新の情報を入手できる仕組みがあります。法人の介護事業部が実施する研修に参加しています。事業所内は明るく清潔な印象を受けました。			
(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	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)		事故・緊急時、災害発生時のマニュアルが整備されています。事故・緊急時の対応については在宅の場面も想定した実践的な訓練を実施しています。ただ、事故の予防に関してはマニュアルに明記されていませんでした。また、災害発生時の地域との連携が今後の検討課題と思われます。			

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。	B	A	
	(評価機関コメント)		法人の介護事業部において、理念に「尊厳をもって生活を維持できるように」と明記し、在宅介護における身体拘束に関する勉強会を実施しています。利用者の受け入れについては原則として断らない方針です。			
	(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	公的機関等の窓口に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)		毎月自宅への訪問時に利用者の意向を確認しています。利用者から要望等を引き出しやすくするため、コミュニケーション講座等の研修を実施しています。利用者から出た要望等を業務改善会議やコンプライアンス会議で検討し、全職員に周知する仕組みがあります。事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。			
	(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		利用者満足度調査を年1回実施し、前年度に評価が低かった項目については改善を図っています。平成29年度は業務の効率化に取り組み、職員のスキルアップを図っています。なお、利用者満足度調査以外に、事業所が提供しているサービスを自ら評価する仕組みがありませんでした。また、前は平成23年に第三者評価を受診していました。			