

アドバイス・レポート

平成30年12月6日

平成30年9月14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のぞみ」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6. 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営管理者（事業所長）の職責は、職務権限規程で明確に定められています。 ・運営管理者は、職員全員の1か月間の行動予定を表示したボードを前に、電話やメール、業務日報などで事業所運営の状況を把握すると共に、毎月1回職員全員が参加する職員会議（「のぞみ会議」）を主催しています。 ・「のぞみ会議」では、本部からの指示・伝達事項だけでなく、事業所が取り組むべき課題その他について話合われ、運営管理者はその話合いをリードしています。 ・また、職員一人ひとりの自己啓発への取組みに関心を持ち、外部研修の受講などを推奨し支援しています。 ・職員へのヒヤリングでは、運営管理者に寄せる信頼は篤く、「日常的に職員とのコミュニケーションは良い。」とのこと、意思疎通の良い職場環境を作っています。 <p>通番11. 労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営管理者は、毎月1回開催される利用者カンファレンスや毎年2回実施している全職員との個人面談等を通じて、職員の就業状況や業務に対する意向などを把握しています。 ・利用者の状況によっては、運営管理者は、担当のケアマネージャーに対して電動ベッドの導入を提案するなど、職員の負担軽減に積極的に関わっています。 ・休憩スペースは、事業所内で会話することによってストレスを発散することができるように2階の事務室に接した場所と、1階で業務から離れて自由に過ごせる場所の2か所に休憩室を設けています。 <p>通番39. 評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人として、毎年、ISO9001の更新審査を受審しています。 ・事業所においては、法人の事業計画を基に、事業所の年度目標として品質方針・品質目標を設定し、目標管理表を用いて、計画の策定・実行・評価・見直しを行うPDCAサイクルを回す仕組みが定着しています。 ・2年前に医療法人社団千春会の事業所になって以来、今回が第三者評価の初回受診です。
------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番 1 4 地域への貢献</p> <p>事業所の有する機能等を地域へ還元する取り組みが不十分でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 1 4 地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人本部では、認知症サポーター養成講座や介護者への栄養指導など、地域住民に対する啓発活動を実施していますが、事業所としては、京都市中京区の事業所連絡会に参加して、地域における介護ニーズ等を把握している程度で、事業所が有する機能を地域へ還元する取組みは不十分でした。 ・事業所が、古くからの商店街の一角にある所から、地の利を生かして地域との関わりを重視し、事業所が持つ介護サービスに係る専門的な知識や技術などを地域に対して還元する取組みを企画されては如何でしょうか。 ・企画の策定に当たっては、地域包括支援センターや居宅介護支援事業者、また、地域住民から一定の信頼を得ている方々、例えば、府・市議員、民生委員、教育経験者、社会福祉業務経験者、近隣の寺社の住職・宮司などの皆様のご意見を伺うことができれば、地域ニーズに沿った企画を立案することができるのではないのでしょうか。

※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	2670301080
事業所名	せんしゅんかい訪問介護センターのぞみ
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)	
訪問調査実施日	平成30年11月19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で、理念・基本方針・行動基準を定め、HPや広報誌「せんしゅん」に掲載すると共に、全職員はこれらをコンパクトに印刷したものを常時携帯しています。事業所では、これらを事務所内に掲示するとともに、毎月1回、職員全員が集まる「のぞみ会議」の冒頭で理念を唱和し、運営管理者は、これらに基づいた実践を指導しています。 2. 法人として、諸会議規程や職務権限規程等を整備しています。事業所内で全員に係ることについては、「のぞみ会議」で話し合っています。			
(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. 法人として中長期計画を策定すると共に、ISO9001の認証を受け、介護サービスの質の向上に取り組んでいます。事業所では、法人の事業計画に基づいて、事業所の品質方針・品質目標を定めてその達成に取り組んでいます。 4. 事業所内の職員一人ひとりが取り組むべき課題を明確にし、「個人目標管理表」により達成状況をチェックしています。			
(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、介護サービス事業者に対する京都市の集団指導に出席して、関係法令の改定その他の情報を入手し、その資料は、職員が常時閲覧可能な状態になっています。 6. 運営管理者は、「のぞみ会議」をリードすると共に、年2回全職員と個別面談を行って、職務についての意向や組織運営などについて聴取しています。また、職員ヒヤリングによると、運営管理者に対する信頼は厚く、「日常的にコミュニケーションは良い。」とのことでした。 7. 訪問介護終了時には、直ちに、運営管理者に対して「サービス提供終了報告」のメールを入れることになっています。運営管理者には、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. 法人として人員体制についての基本方針を定め、人材の採用や常勤への登用試験の実施、年間計画に基づく職員研修等はすべて法人本部において行っています。 9. 事業所にはベテランの介護職員（ヘルパー）が多く、自己啓発を目的として外部研修等を受講しています。運営管理者は、職員一人ひとりの目的に応じた外部研修等を推奨し、受講を支援しています。 10. 運営管理者は、研修指導者講習を受講し、法人本部からの指令で毎年数名の研修生を受入れています。		
(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. 運営管理者は、毎月行われる利用者カンファレンスや年2回の個人面談等を通じて就業状況や職員の意向等を把握しています。利用者の状況によっては、担当ケアマネージャーに対して電動ベッドの導入を提案するなど、職員の負担軽減を図っています。 12. 法人として、産業医や弁護士・社労士等と相談できる体制を整えると共に、毎年全職員に対してストレスチェックを行っています。事業所では、2階で事務室の職員との会話でストレスを発散する場所と、1階で業務を離れて自由に過ごせる場所の2か所に休憩室を設けています。		
(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	B
		(評価機関コメント)		13. 古くからの商店街の中に事業所があり、地域との日常的な関りを大切にしています。広報誌「せんしゅん」を利用者家族や居宅支援事業所等に配布しています。 14. 法人本部では、認知症サポーター養成講座・栄養指導など、地域住民への啓発活動を行っていますが、事業所としては、京都市中京区の事業所連絡会に参加して地域の介護ニーズを把握している程度で、事業所が持つ機能を地域へ還元する取組みは不十分でした。		
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
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. 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。事業所では、来訪者に対して個別状況に応じて訪問介護の仕組みを詳しく説明しています。		
(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. 契約締結前には、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。契約に当たっては、必要に応じて、成年後見制度を利用しています。		

(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」に基づいてアセスメントを行っています。 18. 訪問介護計画書には、本人及び家族の要望・希望を記載しています。 19. 訪問介護計画の策定に当たっては、必要に応じて、利用者担当のケアマネージャーを通じて利用者の主治医その他の専門家の意見を照会しています。 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、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. 利用者のかかっている医師を初め、利用者に係る他の関係機関との連携は、担当のケアマネージャーを介して行っています。		
(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。事業所では、訪問介護サービスの開始に当たっては、利用者ごとに「サービス提供手順書」を作成し、サービス提供責任者と担当介護職員が同行訪問しています。 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葉を利用者宅に残し、1葉を利用者ファイルに保存しています。利用者に関する記録等は、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開催する「利用者カンファレンス」で情報共有しています。 25. 利用者家族との情報交換は、利用者家族との「連絡ノート」にそれぞれが記入・閲覧することで行っています。また、同行訪問時にも家族と面談しています。		
(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、使い捨てのマスクや手袋・エプロン着用、サービス提供後は携帯用消毒ハイエスとで消毒をしています。 27. 職員が毎朝清掃しています。利用者の記録等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	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. 高齢者が「自立と尊厳」を育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回以上プライバシー保護の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保護誓約書を交わしています。プライバシー保護研修を年1回以上し法人で「訪問介護サービスマニュアル」を作成しています。事業所では、利用者カンファレンスで、サービス提供に当たって気を付ける点について話し合っています。 33. 原則として、利用申込みはすべて受入れています。			
(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. 利用者カンファレンスや「のぞみ会議」で利用者の要望等について話し合っています。また、毎年利用者満足度調査を行っています。 35. 法人で「苦情・相談対応マニュアル」を定めています。事業所で対応可能な事柄については、サービス提供責任者と運営管理者が話し合っており、その状況は個人情報に配慮のうえ、閲覧に供しています。 36. 利用者が自由に相談できる公的機関の窓口は、重要事項説明書に一覧表にして電話番号等を記載しています。			
(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。	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・家族に対してアンケート調査を実施しています。アンケート結果は本部において集計・分析を行いHPや広報誌「せんしゅん」で公開すると共に、各事業所に対しては事業所ごとにその結果をフィードバックしています。事業所では、その分析結果をもとに、「のぞみ会議」でサービスの改善等について話し合っています。 38. 利用者カンファレンスでサービスの質の改善について話し合っています。サービスの質の向上に関する他の事業者の取組み状況については、中京区の事業所連絡会などを利用して情報収集しています。 39. 法人として、定期的にISO9001の審査を受けています。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。2年前に医療法人社団千春会の事業所となって以来、第三者評価は初めての受診となります。			