

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 23 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

令和 2 年 1 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「医療法人社団 千春会 小規模多機能型居宅介護事業所 あさつゆ」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>*平成 27 年に開設された小規模多機能型居宅介護 「あさつゆ」は、「通い」、「訪問」、「泊り」の 3 つの異なるサービスを一つの事業所で提供しています。このため、事業所は 24 時間 365 日活動していて、利用者はいつでも馴染の人から希望する支援を受けることができ、馴染の地域で自立した生活を続けています。</p> <p>登録定員 29 名、通い定員 15 名、宿泊定員 6 名と利用者数は限定されていますが、利用者と事業所職員との関りが大きく、この事業所は、利用者の生活をあらゆる面からサポートしている存在と言えるでしょう。</p> <p>デイサービスや訪問介護といった単一サービスの事業所であっても、事業所職員と利用者との関りは深いものがあると思いますが、ここ「あさつゆ」の職員は、3 つのサービスを通じて利用者に関わることで、利用者の全生活と向き合っているとと言えるでしょう。</p> <p>職員ヒアリングでは、「単一機能の事業所へ勤務していた当時と比べると、こちらでは利用者の全生活と向き合えるので、こちらの方がはるかにやりがいを感じる。」との発言が異口同音に聞かれました。</p> <p>管理者以下一団となって利用者の自立した生活の支援に取り組んでおられることが窺われます。</p> <p>*通番 4 業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・毎年、法人介護部門の「品質方針」に基づき、「あさつゆ」の「部署目標管理表（方針展開）」及び「部署品質目標」を設定しています。これらには年度内に達成すべき具体的数値目標と達成指標があり、半期ごとに達成状況をチェックし振り返る仕組みになっていて、当年度の実績を踏まえて次年度の目標につなげる P D C A サイクルを回す仕組みが定着しています。
-----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・職員一人ひとりが「部署目標」と自分の「力量評価表」に基づいて「個人目標」を設定しています。管理者（上司）は年2回の面接を通じて目標達成に向けてアドバイスを与え、各職員のスキルアップと成長を図っています。 <p>*通番9 継続的な研修・OJTの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員に対する研修は、法人介護部が主管して総合的・体系的に年間計画を立て、JR長岡京駅前に研修センターを設けて、全体研修を月1回、基本研修は月4回実施しています。 ・外部研修については法人管理部から事業所へ情報提供され、受講希望者は、法人の費用負担で受講できる仕組みがあります。受講者には伝達研修が義務付けられていて、受講の実効性を高めています。 ・事業所としては、新人に対して先輩が指導するプリセプター制OJTを行っています。本部の研修や外部研修の受講はシフトの中で予定され、事業所全体で受講をバックアップしています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>全ての項目がA評価で、特に改善が望まれる点はありません。</p>
<p>具体的なアドバイス</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	2693000149
事業所名	小規模多機能型居宅介護事業所 あさつゆ
受診メインサービス (1種類のみ)	小規模多機能型居宅介護
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	令和2年2月22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(以下法人)は、理念(3つの使命)を定め、HPや広報誌「せんしゅん」に記載しています。「あさつゆ」では朝礼や会議の始めに理念唱和を行い、全員で理念の確認を行っています。サービス提供は法人が定めた運営規定に基づいて行っています。 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。法人介護部門の意思決定は、理事長以下法人幹部も出席する毎月の介護責任者会議で行われています。事業所内のことについては朝礼や毎週開催するミーティングで話し合っており決めています。		
(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力量評価表をもとに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長岡京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、職員がいつでも閲覧可能な状態に整えています。 6. 運営管理者は、毎朝の申し送り事項を文書化するなど、チームケアをリードすると共に、年2回全職員と個別面談を行って、職務についての意見や組織運営などについての要望を聴取しています。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. 運営管理者は常に事業所内で執務し、サービスの提供状況を把握しています。外出時には携帯電話でいつでも連絡が取れる体制になっています。また、執務時間外であっても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. 法人として人事の基本方針を定め、人材の採用や非常勤から常勤への登用試験の実施、年間計画に基づく職員研修等、すべて法人本部が行っています。未経験者の資格取得については、法人がすべて費用負担する制度があります。 9. 研修は、本部の研修担当職員が年間の研修計画に従い、全体研修を毎月1回、基本研修を月4回実施しています。新人に対しては、OJTによる研修プログラムを整備しています。外部研修については、本部から情報提供があり、希望者は法人の費用負担で受講できる仕組みがあります。 10. 実習生の受け入れについては本部の研修担当が対応しています。毎年、大学生の介護体験や看護学生の実習などを受け入れています。		
(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. 職員の労働環境の基本は就業規則定められ、遵守しています。管理者は、日常の職員の就業状況や年2回の個人面談等を通じて、職員の意向等を把握しています。有給休暇は職員がお互いに話し合っ取得するように努めています。介護負担軽減のためには、電動ベッドを導入しています。 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。福利厚生面では、法人が乙訓勤労者福祉サービスセンター（ピロティおとくに）の会員になっており、各種のチケット情報やハイキングなどのイベント情報などを職員に対して提供しています。休憩場所は、近くの千春会の介護老人保健施設「春風」を利用しています。		
(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	A
		(評価機関コメント)		13. 法人として、ホームページや広報誌「せんしゅん」で情報発信をしています。事業所では隔月に運営推進会議を開催し、行政や地域包括支援センター、地域の自治会長などと情報交換しています。また、毎月1回近くの西光寺で小学生や社協のメンバーなどと交流する「みんなの会」を開催しています。 14. JR長岡京駅前に法人の研修センターを開設しており、毎月1回家族向け介護教室を開催しています。「あさつゆ」では、職員がこの教室のアシスタントを務めると共に、小規模多機能型居宅介護事業の紹介もしています。		
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. 小規模多機能型居宅介護事業について分かり易く書いたパンフレットを用意しており、HPにも掲載しています。見学の希望等には管理者が対応しています。		

(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. 通い、訪問、泊りの各サービスについて、その内容や料金、介護保険適用の有無などを重要事項説明書に分かり易く記載しており、同意を得ています。		
(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. 所定の小規模アセスメントシートに基づいて毎月1回アセスメントを実施しています。 18. 居宅サービス計画書に基づいて小規模計画書を作成しています。この計画書は3か月ごとに更新し、そのつど利用者や家族に説明して同意を得ています。 19. 小規模計画書の更新に当たってはサービス担当者会議を開催しています。リハビリは、理学療法士が評価を実施して個別に指示書を発行しています。 20. 毎月1回、介護担当職員やケアマネージャーが出席してカンファレンスを実施し、モニタリングを行っています。		
(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. 入退院時には病院のカンファレンスに参加しています。行政や地域包括支援センターをはじめ関係事業者などのリストを整理し、本人の現状や生活環境等を考慮して適切なサービス提供を心がけています。		
(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. 法人で小規模多機能型居宅介護マニュアルを作成しており、毎年見直しを行っています。 23. 利用者一人ひとりについて経過記録や訪問記録のファイルを作成しています。ファイルは、文書管理規定に基づき適切に管理されています。 24. 管理者が毎朝申し送り事項記入用紙を作成し、情報共有に遺漏の無いようにしています。毎月1回、利用者カンファレンスを開催しています。 25. 「在宅療養手帳」を活用して家族の要望を記載してもらっています。また、これに利用者のイベント時などの写真を貼付して日常の様子を家族に知らせています。		
(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. 感染対策マニュアルがあり、本部で毎年改訂を行っています。感染症の流行が予想されるときは、勉強会を開催して職員への周知を徹底し事前の対策を強化しています。感染症の場合は自宅への訪問を主とし、通いが必要な時は別車で送迎しています。 27. 施設内の清掃は担当職員が実施し、清潔に保たれています。臭気対策としてはごみを施設内に溜めないことを徹底しています。備品・物品管理は夜勤の職員が毎日行っています。		

(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. 事故や緊急時の対応は「緊急時マニュアル」に明記され、ミーティング時の研修で職員に周知しています。全体研修として、救急救命訓練を年1回、防災訓練を年2回、消防訓練を年1回実施しています。 29. 事故発生時には職員が即座に対応し、管理者は関係者へ丁寧に説明しています。ヒヤリハット事例報告書・アクシデント報告書が作成され、介護部内の施設管理者による安全管理ミーティングで分析を行っています。事業所内では毎月のミーティングで事故事例等を報告しています。 30. 台風・地震等に対しては「非常災害・防災マニュアル」で責任者・指揮命令系統が定められ、ミーティング時研修と年2回の防災訓練が行われています。		
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
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. 人権尊重については、基本方針・行動基準・品質マニュアル・倫理マニュアル・プライバシー保護・虐待防止・身体拘束禁止等、多くの規定に明記され、事業所内ではミーティング研修で話し合っており、利用者本位のサービス提供に努めています。 32. 入浴・排泄介助時などでは、カーテンやタオル等で視線を遮っています。プライバシー保護・法令遵守は、勉強会や研修を充実させて徹底を図っています。 33. 利用申し込みは原則すべて受け入れ、当日利用などの緊急時にも対応しています。医療行為が必要な場合は、法人内の関係事業所を紹介しています。		
(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	A
	(評価機関コメント)		34. 利用者・家族からの意向は、意見箱や利用者満足度調査で収集し、本部で分析をしています。利用者からの意見・要望・苦情がサービス改善の機会であることを全職員が認識し、その内容は朝礼やミーティングで話し合っており、共有しています。 35. 苦情相談対応マニュアルにあり、苦情等についてはミーティング時に皆で話し合っています。重大事案は本部へ報告し、本部で対応しています。 36. 苦情等の対応窓口は、公的機関も含め、重要事項説明書に明記すると共に、事業所入口の看板にも記載しています。苦情は、必要に応じて本部管理部と連携して対処しています。		
(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. 利用者満足度調査を年1回実施し、介護責任者会議で結果の分析と改善への取組みを検討しています。また、改善提案シートにより、調査前後の改善状況を確認しています。 38. Q I 分科会で報告された他の事業所の有効事例を参考にサービスの質の向上に努めています。 39. 年1回、I S O内部監査を実施し、部署目標管理票で自己評価を行いP D C Aサイクルを回す仕組みになっています。自己評価には、運営推進会議での意見も反映させています。
--	--	------------	---