

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2年 2月 26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 7日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ヴィラ山科居宅介護支援事業所清水焼団地センター）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><サービスの質の向上に向けた取り組み></p> <p>IS09001(品質)認証を取得し、内部品質監査を行い、あらゆるサービスの評価軸として活用され、サービス質の向上に取り組まれています。</p> <p><丁寧なケアマネジメントのプロセス></p> <p>各利用者のケースファイルに「給付管理チェックシート」を添付し、アセスメントやモニタリングの実施日等が一目でわかるように工夫し管理されています。</p> <p><事故の再発防止等></p> <p>事故が発生した場合には「コールバック連絡書」が作成され、「居宅介護支援事業所カンファレンス」で原因を分析し、グループ内の「サービス向上委員会」が確認の上で対応策の検討を行い、再発防止策の策定がされる仕組みが構築されています。サービス調整ミスが起きた際もこの仕組みを活用し、新規受け入れ時に被保険者証や負担割合証等の情報を確認する「新規利用者チェックリスト」を作成される等、業務の改善に活用されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><実習受け入れに対する体制整備></p> <p>介護支援専門員の「実習受け入れ協力事業所指導者講習会」へ参加されていますが、事業所における実習受け入れに関する基本姿勢が明文化されたマニュアルの作成がされていませんでした。</p> <p><災害発生時に備えた地域との訓練の未実施></p> <p>「災害時対応マニュアル」や「災害時安否リスト」を作成され災害発生に備えておられますが、地域との連携を意識した訓練が実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><実習受け入れに対する体制整備></p> <p>現時点では受け入れ実績がないとの事ですが、介護支援専門員実務研修実習指導に関するマニュアルを作成し、受け入れの基本姿勢が明文化されることで、実習受け入れ体制が万全となり、ひいては事業所の介護支援専門員の質の向上も期待できます。</p> <p><災害発生時に備えた地域との訓練の未実施></p> <p>住民に開放されている「みちくさの家」の運営に協力されているほか、広報誌「みちくさ」を回覧板にて周知する等、すでに地域と関係を構築されています。地域との訓練実施を目標に、まずは災害発生時の対応について地域住民と話し合う機会を持たれてはいかがでしょうか。</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	2674101031
事業所名	ヴィラ山科居宅介護支援事業所 清水焼団地センター
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	令和2年1月22日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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)		法人グループの基本理念が「はなみずき通信」にて利用者・家族に対して明示されており、職員は入職時に品質方針カードを配布され運営方針に沿ったサービス提供を実践されています。法人内理事会が年2回実施されており、法人グループ内居宅介護支援事業所「居宅部会」が設置されています。			
(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)		中期・長期事業計画を策定され、「内部品質監査」を実施し、事業に反映されています。「年度活動目標書」をもとに「方針展開表」にて目標設定をし、達成のために計画する仕組みがあります。週1回開催する事業所内「居宅支援事業所カンファレンス」にて計画を確認し、中間評価・年度末評価を次年度の取り組みに繋げる仕組みがあります。			
(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)		法人グループ内管理者の会議で法令について情報共有を行い、イントラネット内の掲示板に常時閲覧可能な仕組みがあります。管理者は、週1回開催の「居宅介護支援事業所カンファレンス」にて職員の意見交換を行い、人事考課ヒアリングの際に職員が、直接上司に評価を伝える仕組みがあります。			

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。	B	B
				「法人管理者会議」で人員配置が決定され、法人内で「教育訓練計画」を策定し、研修プログラムに反映されています。「ステップアップシート」を活用し外部研修やグループ内医療・介護研修や他法人との事例検討会に参加促進がされています。「実習受け入れ協力事業所指導者講習会」に参加されていましたがマニュアルの作成はされていませんでした。		
(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)		有給休暇日数や超過勤務時間は勤怠管理ソフトで管理し、法人グループ内「方針展開表」にて有給休暇取得管理をされています。法人グループ内のカウンセラー(無料相談窓口)に相談できるように掲示され、毎年「ストレスチェック」を行う仕組みがあります。執務室に隣接の休憩室やマッサージチェアで休息をとるスペースを確保されています。		
(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
				広報誌「みちくさ」を毎月発行し社会福祉協議会より回覧され、地域に取り組みを広報されています。事業所内に高齢者の居場所づくり事業として「みちくさの家」の運営をし、地域の子供たちの居場所にも活用されています。認知症サポートリーダーを取得し、「やましな認知症サポート連絡会」のコアメンバーとして活動されています。		

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
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)		パンフレット、ホームページにて事業所の情報を公表されています。共有スペースに法人グループの経営理念や基本方針が掲示されている他、相談室に運営規程の概要等が提示されていました。利用申し込みは「居宅介護支援相談(依頼)受付表」にて記録されています。			
(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)		重要事項説明書にサービス内容を明記し、利用者や正当な代理人による署名にて同意を得ていることを確認しています。判断能力に支障があると思われる利用者に対し日常生活自立支援事業の活用したり、成年後見制度の利用に繋がっています。			
(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)		所定のアセスメントシートを使用し、利用者や家族の希望に沿った居宅サービス計画を作成されています。「給付管理チェックシート」を活用し各利用者の支援状況を明確にし職員間で情報共有されています。計画作成にあたり医師や理学療法士等の専門職からの意見を反映させ、「居宅介護支援業務マニュアル」に定められた期間を基に見直しをされています。			
(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)		居宅サービス計画連絡票や電話を通じて医師と連携をとられています。医療機関やサービス事業所、インフォーマルサービス等の連絡先をカテゴリごとに整理し、各職員のパソコンから閲覧できることを確認しています。アルコール依存症を疑われる利用者に対し、地域包括支援センターやコンビニエンスストアと連携することで飲酒量の低下に寄与したケースを聞き取っています。			
(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)	「居宅介護支援業務マニュアル」に合わせて必要な手順書を作成されています。各マニュアルは「文書管理規程」に基づいて年に一度見直されています。全職員が参加する「居宅介護支援事業所カンファレンス」を週一回開催する他、「給付管理チェックシート」にて情報を共有されています。モニタリング訪問の他、電話やメールにて遠方の家族に連絡されています。			
(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)	「感染症対応マニュアル」は職員の家族が感染症になった際の対応方法にも言及されており、マスク、シューズカバーがいつでも使用できる等、感染症に配慮して業務に当たられています。事務所は各職員が定期的に清掃され清潔が保持されています。			
(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	B
	(評価機関コメント)	事故が起きた際は「コールバック連絡書」を作成し「居宅支援事業所カンファレンス」にて原因分析と対応策の策定、「安全対策委員会」にてその評価が実施されています。サービス調整のミスを基に「新規利用者チェックリスト」を作成し、再発防止に取り組まれていました。「災害時対応マニュアル」を作成する他、各利用者の住所・指定避難所・担当地域の地域包括支援センター・世帯構成・医療機器の有無などを記載した「災害時安否リスト」を作成され毎月更新する等、災害発生に備えた事業運営が行われていますが、地域との連携に基づいた訓練は実施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
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)		運営規程に人権の尊重が明記され、計画的に権利擁護や虐待に関する研修を実施されています。相談室をロールカーテンで仕切る他、パーテーションを使用し来所者がフリースペース利用者の目に触れないようにする等、プライバシーに配慮されています。現体制で受け入れ困難により新規の依頼を断った場合も他事業所を紹介されています。			
(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)		「顧客満足度調査」を年に一度実施し、利用者の意見を収集されています。利用者や家族から要望や苦情があった場合は「コールバック連絡書」を活用しサービスの改善に役立てておられます。第三者委員を相談窓口として設置し、契約書への記載や相談室への掲示にて周知されていました。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		年に一度の「顧客満足度調査」で満足度を把握し「居宅部会」で分析、必要に応じて「改善提案書」を作成し「サービス向上委員会」にて改善策の検討・確認をされています。「サービス向上委員会」には各事業所の代表者が参加し、職員の意見が反映される仕組みとなっています。半年に一度、ISO9001に基づく内部監査を実施し「方針展開表」の進捗具合を確認されています。事業所開設は平成25年12月でしたが、第三者評価の受診は今回が初めてでした。			