様式７

アドバイス・レポート

２０２１年8月１０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

２０２１年１月１８日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたテイ訪問介護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

特に良かった点とその理由 （※）	○広報誌、パンフレットの作成 事業所のホームページ、リーフレットを作成されています。 定期的に内容を見直し、利用者や職員の意見をもとに、一般の方がわかりやすいよう、サービスの説明にイラストを用いるなどの工夫をして事業所の情報を発信しておられます。 ○情報共有について 全職員が情報共有、伝達がよりスムーズに出来るようにコミュニケーションアプリを活用されています。職員への情報発信や職員からの利用者情報をこまめに受診することで情報伝達のスピードを上げて、業務にいかしておられます。コミュニケーションアプリのパスワードの管理基準を設けてデータ管理を行い、個別に配信の権限を設けて、個人情報にも十分気を配られています。 ○理念、運営方針の周知 理念、運営方針に基づいて年度ごとの事業計画を策定し、職員の意見を反映した重点課題を掲げ、中間目標、最終目標を定めて、定期的な評価見直しを行っておられます。また、職員一人ひとりが理念や運営方針に基づいた「個別目標計画、評価書」を作成しておられ、中間評価、最終評価を実施していくことで、理念や運営方針が職員に浸透していることがうかがわれました。

特に改善が望まれる点とその理由（※）	**○地域貢献の取り組み** 運営母体の医療機関の玄関に相談受付の看板を掲げて、介護等の相談を受け付けておられ、地域の福祉ニーズの把握にいかされています。以前は認知症サポーター養成講座の開催等、地域に向けた取り組みを実施しておられましたが、最近は取り組みを行えておらず、地域貢献の活動が滞っているとの事です **○苦情公開** 年に１回、利用者アンケートを実施して、利用者の要望、意見、苦情を収集しておられます。職員には「苦情に対する考え方について」の資料を用いて、苦情がサービス改善の取り組みであるとの考え方を示されています。苦情報告に今後の対応方法について記録しておられ、アンケートの結果は広報誌「テイ医院だより」に掲載しておられます。ただし、広報誌やホームページ等で、苦情内容や改善状況等は公開されていません。 **○事故、ヒヤリハットの分析** 事故報告書、ヒヤリハット報告書を用いて報告を行い、今後の対応について検討されています。ヒヤリハットに関しては管理者が職員に促してヒヤリハットと事故の分類や考え方を指導されていますが、ヒヤリハット、事故の分析までは行えていません。

具体的なアドバイス	テイ医院は、１９８８年に医療機関として開業され、地域に根差した事業所となるよう、介護サービス事業所を併設して地域医療に取り組んでおられます２０２０年の１２月に、運営されていた併設の通所リハビリテーションの事業を、新型コロナ感染症の対応等の事情で休止されることとなりました。これを機に、職員の人材育成に力を入れて、学ぶ機会を積極的に設けておられます。地域に向けた取り組みも検討しておられるとの事で、今後はますます医療と介護を合わせた地域に密着したサービスを展開されることを期待いたします。 ○地域貢献の取り組み 今後の計画に、介護予防運動にかかわる取り組みや地域包括支援センターと連携した取り組みを検討されているとの事です。コロナ禍の現在、いろいろ制約があるとは思われますが、逆にコロナ禍でこそできる地域のニーズを掘り起こしができるのではないでしょうか。近隣の事業所などとの Web 会議を通じて地域の課題の把握など長年培われた地域との関わりを一層深めて、事業所の専門性を活かした取り組みや地域住民に向けた講習会等を実施されることを望みます。 ○苦情公開 苦情、要望、意見は幅広く聞き取り、対応、改善されたことは個人情報保護に配慮した内容で、広報誌やホームページを利用して公開されてはいかがでしょうか。事業所として、改善に取り組まれたことを広く公表されることで、事業所の考え方を知っていただく機会になると思います。 ○事故、ヒヤリハットの分析 ヒヤリハット、事故の事例を収集されていますので、今後はどのような場所、時間、対応の時に事故やヒヤリハットが発生するか等の分析を行うようにしてはいかがでしょうか。分析を行うことで、ヒヤリハットや事故の原因や傾向が分かり、事故防止につながると思われます。

※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）

※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	2610605491
事業所名	テイ訪問介護センター
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）	居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	2021年6月24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	評価結果 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. ホームページや事業所のリーフレットに基本方針や理念を明記し、利用契約時に利用者や家族に説明しています。これまでは、年に1回、全職員に向けて方針の説明をしていましたが、今年度は、新型コロナ感染症対応の為、事業方針、事業計画、目標を明記した資料を配布し周知しています。 2. 決算時期に役員会議を開催しています。管理者や統括主任が終礼やコミュニケーションアプリ（事業所内で情報の共有等ができるアプリ）を利用し、職員の意見や提案を聞き取り、役員会議に上げています。倫理規定や職務規程に職務の権限を明記して責任を明確にしています。		
	(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。	B	B
		（評価機関コメント）		3. 会議の意見や職員面談から出た意見を管理者が集約して「テイ訪問介護センター事業方針」を策定しています。事業計画は、長期的な課題に基づき年間の3本柱を掲げて中間目標、最終目標を定めています。 4.事業計画に中間目標と最終目標を定め、重点課題、継続課題を定めています。9月の役員会議時と年度末に評価を行い、職員にコミュニケーションアプリを使用して周知しています。職員一人ひとりが策定した「個別目標計画書、評価書」に管理者との面談を通じて目標の達成度を確認していますが、今年度は新型コロナウイルス感染症対応の為、面談が実施できず、達成状況の確認が不十分です。		

(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組みを行っている。	B	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。	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. 毎年、必要な法令や集団指導の内容について常勤職員に研修を実施しています。今年度は個別に資料を渡して説明しています。また、コミュニケーションアプリに必要な法令のデータを入れて情報共有しています。今年度は、管理者が法令遵守に関する研修に参加できていません。 6. 管理者の責任と権限について、職務権限規程に定めており、職員には組織図を提示して説明しています。コミュニケーションアプリを使用して職員は管理者に直接意見を伝えています。 少人数の事業所で、普段から意見を言える関係性であり、職員からの評価を把握しやすい体制です。 7. 全職員がコミュニケーションアプリを使用して事故や緊急時等に直ちに連絡が取れる仕組みとなっています。管理者に直接連絡を取る事が出来る体制を整えており、終礼には管理者も参加しています。業務日誌はコミュニケーションアプリの使用で常に確認することが出来ます。		

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。	B	B
		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。	B	B
		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
		（評価機関コメント）		8. 職員の雇用方針を定め、雇用の手段等を明確にしています。人柄を優先して採用しており、採用後に資格取得を勧めている為、実務経験や有資格者優先採用とは定めていません。 9. 人材育成制度に基づき、キャリアパスの育成計画を立てて、外部研修の参加を推進しています。研修計画担当職員を定めて、事業所内の研修計画を策定しています。職員同士で、より良い介助方法を検討するなど、学びの機会を持っています。今年度は研修計画に基づき一部でWeb研修を実施しましたが、外部研修、内部研修が十分に行えませんでした。 10. 実習受け入れマニュアルを策定しています。今年度は実習生の受け入れはありませんでしたが、受け入れ時は実習生の状況に応じてプログラムを組むようにしています。実習指導者に対する研修は実施していません。		
	(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。	B	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。	B	B
		（評価機関コメント）		11. 管理者が勤務状況を把握し、有給取得の管理をしています。業務負担の軽減を目的として、コミュニケーションアプリの利用を推進し、また、電動自転車やバイクを利用できるようにしています。 12. 福利厚生目的で、懇親会をしていましたが今年度は新型コロナウイルスの対応で実施できなかったため、職員用のおやつや飲み物を職場に準備しています。就業規則は現在見直し中で、ハラスメントに関する規定を明記していく予定です。現在は職員のメンタルヘルスの維持を目的とした専門職による相談体制は確保できていません。		

	(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。	B	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。	B	B
		（評価機関コメント）		13. 広報誌「テイ医院だより」を3か月に1回発行して診療所の受付に置き、地域住民が手に取る事が出来るようにしています。契約時に情報の公表制度について説明しています。 14. 診療所の玄関に相談受付の看板を掲げて、地域住民の相談を受け付けており、必要に応じて地域包括支援センターに繋ぐなどの対応を図っています。現在は地域住民に向けての講演会や研修会の実施は出来ていませんが、地域に向けた取り組みを検討中です。		

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. 職員で相談しリーフレットを作成し事業者の情報を発信しています。また、利用者やその家族の希望に応じて内容を変えるなど柔軟に対応しています。問い合わせにはその都度、相談票に記録しています。		
	(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. 契約時に重要事項説明書の別表として料金表を渡し、介護保険外サービス利用についても説明して、利用者、家族にわかりやすく説明しています。成年後見制度を利用している利用者は現在ありませんが、職員は制度の理解に努めています。		
	(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. 事業所の法人が医院と連絡を密にして利用者の情報を把握し、アセスメントを実施しています。また主治医やケアマネジャーなどを通して状況把握しています。 18. アセスメントに基づき、自立支援のための目標を設定しています。サービス担当者会議にはサービス提供責任者以上が参加し、事業所全体として利用者や家族の希望を把握し訪問介護計画書を作成しています。 19. 法人の医院が関係しているケースは主治医や看護師、それ以外はサービス担当者会議に参加し、訪問介護計画書を作成しています。 20. サービス状況報告書をもとにサービス提供責任者が毎月モニタリングを行っています。サービス提供責任者が自らサービス提供を行い、内容の確認をし、必要に応じて個別計画書を変更しています。		

(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. 法人の医院との情報共有を行っています。また、ケアマネジャーを通して他の医療機関とも連携を図っています。退院時のカンファレンスにはサービス提供責任者が出席しています。		

(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、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. 業務マニュアルを策定し、サービスを提供しています。業務マニュアルは普段の業務の中で見直しを行い、必要に応じて変更し職員への説明、周知も行っています。 23. 利用者情報は介護ソフトを利用して管理し、サービス状況や記録はコミュニケーションアプリに記載、閲覧出来るようにしています。文書管理規定、個人情報管理マニュアルを定めていますが、記録の持ち出しは定めていません。情報の保護の為、パスワードの管理基準を定めてデータ管理をしています。 24. 職員間の連絡、引継ぎは毎日の終礼で行っています。また、情報共有はコミュニケーションアプリで行っています。 25. 家族とは担当者会議や契約締結時の面談で情報交換をしています。また、利用者宅の「ノート」（サービス実施記録）常備し、確認できるようにしています。利用者に変化があった際は家族に電話連絡をしています。		

(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. 感染症予防対策マニュアルを作成しています。事業所として職員が媒介にならないように手袋・マスク・予防衣を用意し、必要時には職員の安全を図る意味から担当から交代させるなどしてサービス提供をしています。 27. 書類は整然と保管し、必要物品・備品等を保管庫など整理整頓しています。清掃は業務終了間際に職員が行い、殺菌剤などで消毒の徹底を図っています。		

(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	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	B
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. 事故対応マニュアルと緊急時連絡網を整備し、年1回の点検と職員への周知を行っています。2020年度は研修・訓練は実施していません。 29. 事故とヒヤリハット両方の報告書を作成し、組織としての対応を記録しています。ヘルパー会議やサービス提供責任者会議で報告していますが、マニュアルへの反映はできていません。 30. 災害対応マニュアルを整備し、年1回の点検と職員への周知、研修・訓練を実施しています。マニュアルは地域との連携を意識したものになっています。		

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
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. 虐待防止に関する研修を実施しています。事業所の運営方針に掲げた人権尊重を、サービス提供の中で実践できているかについて毎日の終礼や援助方針検討時に振り返り、話し合っています。 32. 利用者の立場に立ったプライバシーの保護と尊重について丁寧に研修を行い、日々のサービス提供での実践について職員に個別に指導しています。 33. 利用希望者は原則受け入れるようにしています。受け入れ可能な日程等の提案を積極的に行っています。		
	(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てている。	B	B
		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. 年1回利用者アンケートを実施し、その結果を集計して職員へ周知するとともに、広報誌に掲載しています。利用者の状況に応じて、管理者やサービス提供責任者が個別面談を行っています。 35. 苦情処理マニュアルを整備しています。利用者からの苦情等は運営管理者に報告し組織対応する仕組みと記録はありますが、外部への公開はしていません。 36. 公的機関の苦情・相談窓口の連絡先を事業所に掲示し、重要事項説明書にも明記しています。		
	(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。	C	B
		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回利用者アンケートを実施しています。その結果を基に検討会を行い、次年度の事業計画に反映するとともに、前年度のアンケート結果と比較して改善についての評価を行っています。 38. サービスの向上について定期的に検討する組織はありませんが、職員と管理者・主任サービス提供責任者が利用者対応やサービス向上について随時話し合える環境があります。管理者は他の事業所の取組み等について情報収集し、職員に提供しています。 39. 事業計画に中間目標、最終目標を定めて自己評価を行っています。第三者評価を3年に1度受診しています。		