

アドバイス・レポート

平成27年3月11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

平成26年10月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（訪問介護ステーション 加茂の里）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>1300年の歴史が流れ、今なお、古人の往来を彷彿とさせる雰囲気がある木津川市加茂町に、平成12年4月1日「加茂町高齢者福祉センター」として武田病院グループの一つである社会福祉法人青谷福祉会が、老人介護福祉施設・軽費老人ホーム・通所介護・加茂町在宅介護支援センター等と共に訪問介護事業所を開設されました。次いで平成14年8月には訪問看護事業所を併設され、爾来、在宅から施設まで地域の高齢者を支える総合福祉施設として母体である武田病院グループの「思いやりの心」を日々の介護サービスに活かして活躍されています。地域住民にとって無くてはならない存在になっています。</p> <p>(1) 継続的な研修・OJTの実施 年度毎に「教育訓練計画書」を策定し、新人研修・現任者・役職者等それぞれの職位・職責に応じた研修を段階的・計画的に確実に実施しておられます。職員一人ひとりがキャリアアップ出来る様に、介護福祉士資格取得・介護支援専門員資格取得に向けての勉強会も実施されています。その他、全職員を対象にした「職員研修」は、職員研修委員会が中心になって企画し定期的に実践できています。欠席者にも定期的に「伝達研修」を行い全職員が受講出来る体制が整っています。内部研修はもとより外部研修への参加も積極的に奨励し、必要な知識・技術が習得できる機会を提供されています。訪問介護では、経験豊富な先輩職員が利用者宅に同行訪問し新人職員が納得できる迄指導に当たっておられます。その後も、不安があれば同行訪問し利用者・職員が安心出来る様な配慮が来ています。</p> <p>(2) 職員間の情報共有 職員間の情報は、研修や会議等と共に日常的な情報は職員間での連絡ノートを活用しています。利用者家族・訪問看護等他の事業所との連絡ノートは利用者宅に置いて、関係者間で情報共有されています。それ以外に、職員が訪問を終えて事業所にもどり、管理者・サービス提供責任者と共に疑問や不安な事或いは気づき等話しあって、利用者個人に合ったサービスが提供出来る様に努めておられます。和気あいあいと意見交換・情報交換する事で、より質の高い支援が実践されています。</p> <p>(3) 質の向上に対する検討体制 及び 評価の実施と課題の明確化 サービスの質の向上に対して、年二回併設事業所間の職員によって介護保険自主点検を実施して法令遵守の確認が行われています。更に、年二回の内部監査・年一回のISO9001の更新審査を受診されており、QMS委員会や運営委員会等に於いても課題を検討し明確にしておられます。各職種・部署毎でも目標を設定して定期的に達成状況把握と評価を実施されており、質の向上に向けての体制が構築され実現に努めておられます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>改善ではなく提案として</p> <p>事業所は、加茂駅前に位置し更にバス停も目の前にある立地条件に恵まれているので、地域住民の方が気軽に立ち寄れる介護の相談窓口的な方策があれば、地域住民の方達にとって「より身近な福祉センター」になるのではないのでしょうか？</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>一般的に、「こんな時どこで聞けば？」とか「誰に聞けばいいのかな？」といった不安を持っておられる方が多いと聞きます。「介護でお困りの方は、どうぞご遠慮なくお入り下さい。ご相談に応じます。」といったような案内を入口に掲示されたら如何でしょうか？ 勿論業務でお忙しいとは理解していますが、困っておられる事を聞き取ってあげて、併設の居宅介護支援事業所や在宅介護支援センターを紹介されたら安心感と共に信頼感が生まれると考えるのですが、訪問介護事業所としての業務外のことで、立地条件から「水先案内」的な役割が有効なのではないのでしょうか。ご一考をお願いいたします。</p> <p>理念である「思いやりの心」を大切に、利用者・家族の意向を踏まえて「心温かい支援」をしておられる様子を拝見させて頂きました。訪問介護ステーションの「おもいやり通信」からも感じ取る事ができました。今後も地域住民から「頼りになる事業所」として活躍される事を期待しております。</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 | 2663590061 |
| 事業所名 | 訪問介護ステーション 加茂の里 |
| 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) | (介護予防) 訪問看護、介護予防訪問介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成27年1月23日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人 京都ボランティア協会 |

| 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) | | | 1. 武田病院グループとしての経営理念・基本方針をホームページやパンフレット等で表明している。「思いやりの心」＝心がかよう・心が安らぐ・環境づくりをグループ全体の「思い」として、経営責任者・運営管理者・全職員が日々のサービス提供の礎として実践に努めている。品質方針を記載したカードを各自名札の中に入れて意識付を徹底している。 2. 職位・職責は、組織図・職務権限規定を策定して明確になっている。理事会・運営会議等・サービス向上委員会等各種委員会に於いて、双方向での意見交換の機会を設け公正・適切な運営が行われている。 | | |
| (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・4 単年度の事業計画の中に、中・長期計画の基本方針を明確にし、更に、この基本方針に基づく単年度の方針を策定している。基本方針を踏まえて、各事業所別事業計画を策定し半期ごとに達成度を評価し確実に実践できる様に努めている。 | | |
| (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。 | 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. 法人として法令遵守規定を策定し、職員がいつでも必要な法令をパソコンから閲覧出来る体制が出来ている。介護保険制度に則った自主点検を、年二回他事業所間で実施して法令遵守を確実なものにしている。 6・7. 管理者の職位・職責は組織図や職務分掌規定で明確に表明しており、職務の遂行に努めている。必要に応じて各種会議・各委員会に出席し、状況把握の上適切な指示を出すと共に事業運営に反映させている。日常的に職員とのコミュニケーションを図り、現場での状況把握に努めている。有事には、速やかに報告を受けて適切な指示を出している。 | | |

| 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. 人員体制に関しては、法人本部で関連事業所全体を把握し管理・整備している。訪問介護従事者には、有資格者（ヘルパー二級以上）が求められており、入職後、更なる上の資格取得を目指して研修・勉強会等支援を行っている。 9. 単年度で教育訓練計画書を策定している。新入職員・現任職員・職位に応じた計画に基づき研修を実施している。新人訪問介護職には、先輩職員が同行訪問しきめ細かく指導している。勉強会はもとより日常的にも職員同士で話し合い、利用者一人ひとりに合った支援が提供できる様な体制がある。 10. 実習指導に関しては、実習指導者講習を受講した職員が担当者に伝達し適切な実習指導が行える様に努めている。実習生には「実習のしおり」を基に実践している。 | | |
| (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. 雇用管理責任者を選任し、勤怠管理を確実にこなしている。又、衛生委員会において、就業状況や意向等聞き取る機会を設け、職員の労働環境に配慮して働き易い職場作りに努めている。 12. 法人全体でカウンセラーを配置して、職員の不安や悩み等を解消できる体制ができています。定期的に親睦会を開催したり、福利厚生制度も充実させている。 | | |
| (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. ホームページやパンフレットに武田病院グループの「経営理念」や「基本方針」などを詳しく開示している。事業所の機関紙（おもいやり通信）は行事等写真入りで報告したり、インフルエンザ等季節的な情報も提供している。利用者・家族・地域住民が楽しんで読める物になっている。又、夏祭りや文化祭等を地域住民との交流の機会としている。 14. 併設されている在宅介護支援センターが「介護者交流会」を開催して、地域住民にとって有意義な機会を提供している。地域交流センターや交流ラウンジを設け、地域住民がいつでも使用できる様な体制を作っている。 | | |

| 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. ホームページやパンフレット等で写真を入れて、事業所の情報を分かり易く丁寧に提供している。問い合わせや見学等にも随時対応している。 | | | |
| (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. 利用前の契約時に、契約書・重要事項説明書に基づき必要なサービス内容や利用料金等分かり易く丁寧に説明している。本人・家族等の理解を得られた上で、署名・捺印を貰っている。権利擁護の一環としての、成年後見人制度等の制度を説明し必要に応じて活用に繋げている。 | | | |
| (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. 初回訪問時に本人や家族等から、生活歴・心身状況・自宅の状況・支援の希望・要望等詳しく聞き取り、担当介護支援専門員からも情報を得てアセスメントを行っている。利用後の状況から、情報を追記して再アセスメントを行っている。 18. アセスメントを行う際、本人・家族等の希望・要望をそれぞれ聞き取って個別援助計画策定・サービスの提供内容等に反映させている。援助計画やサービス提供内容等に関しては、本人又は家族等の同意を署名と押印で確認している。 19. 個別援助計画策定にあたり、関係専門家でサービス担当者会議を開催し意見交換を行って援助計画を策定している。担当者会議に欠席の場合は、必要に応じて事前に意見照会を書面で行い援助計画に反映させている。 20. 介護予防の場合は概ね一ヶ月・介護の場合は概ね三ヶ月に一回を目途にモニタリングを行い援助計画の変更の有無を確認している。計画の見直しの時期は、訪問介護（予防）計画書作成手順書に従って随時・定期的の実施している。 | | | |
| (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. 関係機関との連携は、援助計画策定にあたっての担当者会議や担当介護支援専門員を通して主治医・福祉用具担当者等との連携・協力体制が確保されている。併設の訪問看護事業所とも協力体制がとれている。必要に応じて退院時のカンファレンスに出席して情報を共有している。 | | | |

(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. 業務マニュアル等各種マニュアルが策定されている。文書管理規程に毎年3月にマニュアルの見直しが定められており実施している。必要に応じて不定期に実施する場合もある。 23. 利用者の状況やサービス提供状況等は、個人毎のケース記録に細かく記録されていて分かり易いものになっている。利用者宅には、関係支援者（訪問看護等）が一冊の連絡ノートに支援状況を記録し、情報を共有する様にしている。個人記録等の保管に関しては、記録管理規程に定め全職員が遵守に努めている。 24. 利用者の状況や情報は申し送りノートを活用して全職員が共有している。運営会議やカンファレンスに於いても、利用者の情報を提供し職員間で共有に努めている。 25. 利用訪問時に家族等との会話の中で情報・意見交換を行っている。又、必要に応じて利用者宅に置いている連絡ノートを双方向での情報交換の場としている。 | | |

(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・対策に関しては、マニュアルを作成し新たな情報は随時収集し改訂している。全職員には、年二回研修を行い周知徹底させている。利用者宅への訪問時にも細心の注意を払って感染源にならない様に努めている。 27. 事業所内は、職員が定期的に掃除を行い書類等は整理整頓されている。年一回は清掃委託業者が床のワックス掛けとエアコンのフィルターの点検と掃除を行っている。 | | |

(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マニュアルが策定されており必要な研修が行われている。訪問介護としての業務手順書にもくわしく記載し、全職員は名札の中に「緊急連絡先一覧表」を入れて速やかに連絡・報告し適切な指示が受けられる体制が出来ている。 29. 事故発生時の報告に関しては、コールバック連絡書記載要領書に基づき統一した書式で報告書を作成している。コールバック連絡書で、事故内容・経過・事故分析・再発防止対策（改善策）等を集約して分かり易いものになっている。運営会議に於いても発生した事故についての検討を行い事故防止に努めている。 30. 訪問介護の業務手順書に、災害発生時対応について記載している。消防訓練に関しては、事業所のあるマンションの消防訓練に職員が参加して連携を図っている。 | | |

| 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・32. 経営理念に「思いやりの心」を、基本方針の中に「患者さんの権利の尊重」を表明している通り、個々人のプライドを傷つけない様に、プライバシーや羞恥心を損ねない様な利用者本位のサービス提供に努めている。職員研修や運営会議に於いても、研修し確実に実行されているかを確認している。 33. 基本的に、担当介護支援専門員等からの紹介であり、利用を断わるケースはなく、利用時間の調整等行いながら受け入れている。 | | |
| (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ご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・35. 利用者の意向は、利用時の会話であったり、毎月請求書を送付する際「ご意見」を受ける葉書を同封して収集する機会としている。平成25年度の苦情は0件である。利用者からの意向が確認された場合には、統一した書面を基に検討・改善・実行・結果の流れで解決する仕組みを持ち、運営会議等で報告してサービスの向上に繋げる様にしている。 36. 相談や苦情に対する方策に関しては、苦情解決実施要領書を基に取り組みでいる。苦情受付担当者・解決責任者を明確にして、重要事項説明書にも記載して利用者・家族等に周知させている。 | | |
| (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. 年一回、満足度調査を実施している。事例によっては、運営会議等で検討し解決する仕組みを持っている。 38. 月一回、各部署から責任者が参加する拡大運営会議を開催し、各会議・委員会等から提出された課題を検討してサービスの質の向上に繋げている。更に、年二回内部監査を事業所間で実施して、お互いの取り組みを確認し、情報を共有する事で全職員の意欲を高めている。 39. 年二回の内部監査・年一回のISO9001の再審査の受診から抽出された課題の検討と改善の確認を各部署で実行すると共に、QMS委員会や運営会議に於いても検討し課題を明確にして次年度の計画に繋げている。第三者評価は三年毎に受診してサービスの質の向上に努めている。 | | |