

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 3 月 9 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 28 年 10 月 17 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 ヴィラ城陽** 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>社会福祉法人青谷福祉会が経営する軽費老人ホームヴィラ城陽は 1982 年 8 月に開設され、訪問介護ステーションは 2000 年 5 月に併設されました。城陽市の南東に位置し雑木林に囲まれた閑静な場所に在ります。</p> <p>訪問介護ステーションは軽費老人ホームの利用者を対象に開始されましたが、周辺のニーズに応じて城陽市・京田辺市・井手町・宇治田原町の広範囲をエリアとして、高齢者が安心して在宅で介護が受けられるように、身体介護や生活援助のサービスを提供しています。</p> <p>サービスの質を保証するために品質マネジメントシステム ISO 9001 の認証を取得し継続的な改善に取り組まれています。「品質マニュアル」に則り、品質管理が問われる「方針展開表」・「工程管理図」・「業務手順書」・「キャリアパスレベル指標」等が作成され、問題意識をもち課題・分析・改善をされています。</p> <p>●個別状況に応じた計画作成（通番 17～20）</p> <p>ケアマネージャーの「基本情報」をもとに「初回訪問面接記録」から「訪問介護アセスメントシート」に利用者の心身状況・生活状況・利用者のニーズや課題を記録し、アセスメント・ケアプランに基づき目標が設定され、利用者・家族の希望を尊重した訪問介護計画書を作成し、サービス内容を決定しています。利用者・家族が参加するサービス担当者会議の開催や、訪問後は「訪問カードの控え」・「連絡ノート」で家族と情報交換や「訪問介護ケース記録」を記入し、主任が確認する仕組みになっています。3 ヶ月毎にモニタリングをおこない、毎月利用者の様子を書いた「モニタリング及び評価」をケアマネージャーに送付しています。ヘルパー会議で全員のモニタリングがおこなわれています。アセスメント手法は「工程管理図」に沿って丁寧におこなわれています。</p>
-----------------------------	---

	<p>●組織体制の明確化（通番 2）</p> <p>法人の意思決定機関である理事会、評議員会、月 1 回開催される法人管理者会議、施設内の各種会議（運営会議・ヘルパー会議・ワーカー会議・安全対策委員会・研修委員会など）を定期的に行き、案件別の意思決定に各職種の意見などを反映させています。品質マニュアルの「組織・職務分掌権限規程」に責任と役割を文章化し、職務に応じて一定の権限を委譲し、組織としての透明性を確保しています。</p> <p>●わかりやすい業務手順書（通番 22）</p> <p>標準的な実施方法は「訪問介護業務手順書」に「訪問介護員の心構えから報告書の作成の仕方・報告・感染症について・身体介護・生活介護・・・」等々を細目に分け詳しく記され実用的なものになっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>●利用者満足度の向上の取組</p> <p>訪問時やご意見ハガキ・満足度アンケートで利用者の意向の収集に努められていますが、満足度アンケートは毎回半数強ぐらいしか回収が出来ていません。しかしながら今までに利用者の苦情はなく、感謝の言葉はたくさん聞こえてきて職員のやりがいになっています。</p> <p>●中・長期計画</p> <p>中・長期計画は単年度計画に記載して単年度計画作成時の指標としていますが、期間が明示されていませんでした。</p> <p>●第三者委員の利用者への周知</p> <p>苦情受付体制を明確にし、重要事項説明書に掲載し、第三者委員は施設内に苦情受付体制と共に掲示しているが、重要事項説明書には第三者委員の記載がされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>●利用者満足度の向上の取組</p> <p>利用者の匿名性の確保や返送方法の検討を予定されていますが、さらに、アンケートの項目内容の見直しやハガキを書き易くする等で、利用者の意向の収集を確実なものにされる事をお勧めします。</p> <p>●中・長期計画</p> <p>中・長期計画の期間の記載がありませんでしたので、期間を明記した中・長期計画を作成される事を期待します。</p> <p>●第三者委員の利用者への周知</p> <p>第三者委員を重要事項説明書に明記し、他の書面での周知も含め検討を期待します。</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	2672800014
事業所名	訪問介護ステーション ヴィラ城陽
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)	介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成29年2月3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 武田病院グループの理念「ほっ。思いやりの心」、基本方針「橋をかけよう 患者さんの権利の尊重 地域にやさしい環境づくり」を基に、法人福祉事業部の品質方針を掲げている。理念、基本方針はホームページやパンフレットで公開し、事務所に掲示している。年度当初の職員会議において理念・基本方針を周知している（会議録で確認する）。家族・利用者には文書や連絡ノート又モニタリングの際にも説明している。 2 法人の意思決定機関である理事会、評議員会、月1回開催される法人管理者会議、施設内の各種会議（運営会議・ヘルパー会議・ワーカー会議・安全対策委員会・研修委員会など）を定期的に行い、案件別の意思決定に各職種の意見などを反映させている。「品質マニュアル」の「組織・職務分掌権限規程」に責任と役割を文章化し、職務に応じて一定の権限を委譲し、組織としての透明性を確保している。		

(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	B
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 事業計画は基本方針と重点項目をもとに「方針展開表」を作成し年間活動目標を定め、QMS委員会で課題や問題点など現状を分析し、年3回（年度当初、中間、年度末）見直し、意見を反映していることが会議録から確認できた。同行訪問や同じテーマで年間を通して介護技術研修をおこなうことでケアの質の向上に繋げている。中・長期計画を作成し、単年度計画作成時の指標としているが期間が明示されていなかった。 4 業務レベルでは研修委員会・QMS委員会・安全対策委員会・業務改善委員会・諸会議で参加者や討議内容課題を明確にしている。法人として軽費老人ホーム・訪問介護ステーションの事業種別の事業計画を作成し方針展開表の事業評価指標で、具体的な解決を盛り込んだ計画を策定している。QMS委員会で毎月の実施状況の確認と年3回の評価をおこなっている。		

(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)		<p>5 施設長は京都府主催の集団指導で得た法令に関する情報や府老協インターネット・ワムネットを活用して情報を得ている。また、武田病院グループから法令の変更時は通知があり職員には毎月開催のヘルパー会議で周知している。「コンプライアンス管理規程」で必要な法令をリスト化し職員は自由に調べることが出来る。</p> <p>6 「職務分掌規程」「運営規程」「重要事項説明書」に管理者の職務内容を文書化し、会議の場で職員にも表明している。事業計画の策定に当たっては、ヘルパー会議や職員とのヒヤリングで職員の意見の吸い上げをおこない運営会議に参加している。管理者の行動が職員から信頼を得ているかは、京都府のアンケートの書式を活用してアンケートを取り、グループで集約して本部会議に下ろされるので、把握し見直している。</p> <p>7 施設長は、常に事業の進捗状況が分かる場所で業務をし、携帯電話で常時連絡が取れるようにしている。また毎日、管理日誌の確認をしている。緊急時の対応は「訪問介護業務手順書」に緊急連絡網を記載し施設長の指示を仰ぐ体制を備えている。</p>		

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)		<p>8 介護保険法に定められた基準を遵守し、業務には資格が必要である。常勤・非常勤の割合も決められている。ケアマネジャーの資格取得のための勉強会を実施し資格取得時には報奨金が出る仕組みがある。</p> <p>9 「教育・訓練及び資格認定管理規程」に基づき「段階別研修」「階層別研修」「教育訓練計画書」が策定され新人・レベルⅠ・レベルⅡ・レベルⅢからなる「キャリアパスレベル指標」で個人が取り組むレベルの研修が明示されている。ステップアップチェックリストで個人が一年間に学びたいテーマを設定し、研修内容をレポートに記入したものが一括してファイルされ、職員が自由に見られるようになっている。職員が気づいたことを「ほっと報告書」に記入し閲覧で周知しヘルパー会議で報告をしている。研修受講後はヘルパー会議で伝達研修をしている。</p> <p>10 実習生受け入れについてのしおりを作成している。ヘルパー2級を受ける人の同行訪問実習を受けている。実習生の受け入れ準備はしているが、現在のところ他の実習生の受け入れには至っていない。中学生の体験学習は受け入れている。</p>		
(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、具体的な取り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)		<p>11 職員の就業状況については月1回のQMS委員会で集約し半年毎に分析している。有休消化率が40%を超えるように事業所全体の事業計画に次年度から反映させていく。育児休業や介護休業の規程はあるが、対象者はいない。訪問介護の際に職員の負担軽減のために自動車やバイク・電動自転車を用意している。</p> <p>12 併設する軽費老人ホームの看護師が「安全衛生推進者」として、相談などを受けられる体制がある。グループ全体として「ヘルスマENTALケアの窓口」を設けいつでも相談できる体制があり直通電話をタイムカード横に掲示している。事務所内に休憩室があり、昼食や休憩をとることができるスペースがある。福利厚生制度は共済会に加入し利用している。グループでは懇親会がおこなわれ、気分転換と他職種との交流の機会としている。</p>		
(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)		<p>13 ホームページ、パンフレット、広報誌「ヴィラ城陽だより」で法人の理念や取り組みを示し、地域包括や居宅事業所・病院に置いている。情報の公表は訪問介護の事務所にファイルして誰でも見られる様になっている。</p> <p>14 市の包括ケア会議に出席し地域のニーズの把握に努めている。社会福祉協議会主催の「福祉まつり」ではパンフレットや広報誌で情報を提供し、市主催の「ふれあいまつり」では相談窓口のブースを担当している。</p>		

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 事業所の情報を分かりやすくホームページに掲載し、パンフレット、広報誌「ヴィラ城陽だより」で情報を提供している。見学や問い合わせはその都度、対応しているが、件数は少ない。		
(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 訪問介護サービスを利用の際には「重要事項説明書」「契約書」で説明し同意を得ている。サービス内容や保険内・外の料金が記載されている書面で同意を得ている。成年後見人の利用者は現在はいないが、職員には内容についての研修を実施し、行政からのパンフレットを置き、目にふれるようにしている。		
(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 ケアマネージャーの「基本情報」をもとに 「初回訪問面接記録」から「訪問介護アセスメントシート」に利用者の心身状況・生活状況・利用者のニーズや課題を記録している。アセスメントは定期的実施している。 18 アセスメント・ケアプランに基づき目標が設定され、利用者・家族の希望を尊重した訪問介護計画書を作成し、サービス内容を決定し家族・利用者の同意を得ている。 19 「訪問介護計画」策定にあたり、必要に応じて医師・ケアマネージャー等の多面的なアプローチで情報を得て、利用者・家族の入るサービス担当者会議（ケアマネージャーの開催する）で話し合い反映している。 20 訪問後は訪問カードの控えや連絡ノートで家族とは情報交換をしている。ヘルパーは「訪問介護ケース記録」を記入し、主任が確認する仕組みになっている。3ヶ月毎にモニタリングを実施し、必要に応じて専門家への意見照会をして見直している。ケアマネージャーには毎月利用者の様子を書いた「モニタリング及び評価」を送付している。ヘルパー会議で全員のモニタリングをおこなっている。これらの仕組みは「工程管理図」に記載されている。		

(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 主治医や関係機関の連携体制は「利用者緊急一覧表」に記入し事務所に掲示している。また、市の地域包括支援センターや居宅事業所等の一覧表も作成している。、年2回開催される「訪問介護担当者会議」に出席し市の高齢者介護課からの情報提供を得ている。利用者の入退院の情報や退院時のカンファレンスへの参加やサマリをもらうなどの連携をとっている。		

(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 標準的な実施方法は「訪問介護業務手順書」に細かく記され実用的なものになっている。文書管理規定で文書見直しチェック表が作成され年度末に訪問介護部会で見直した日付が記載されていた。見直しにあたり、利用者の満足度調査や年2回送付するご意見はがきの声を反映する仕組みがある。 23 「ケース記録」「伝達ファイル」に具体的にサービスの実施状況が記されていた。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関して「文書管理規程」で確認できた。記録の管理については、QMS委員会で周知している。個人情報の保護と開示の研修は、2月に内部研修で実施予定である。 24 毎月のヘルパー会議でカンファレンスをおこなっている。「連絡ノート」「伝達ファイル」「ケース記録」やヘルパー会議において全職員で利用者の情報を共有している。 25 契約時や初回訪問時・サービス担当者会議・認定更新時に利用者や家族と面接をしている。家族との連携は連絡ノートで伝えている。遠方の家族にはメールで情報を共有している。		

(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 「感染症マニュアル」を作成し、「訪問介護業務手順書」に明記していることが確認できた。グループ内の情報や京都府のホームページなどで感染症に関する情報を得て、その都度更新・研修を行い、業務の関係で参加できない職員については伝達研修で情報共有している。二次感染防止のための対策は看護師の指導のもとで、使い捨てグッズ（マスク・ヘアキャップ・手袋・ガウン・足カバー）を持って出ている。罹患している利用者宅からは一度帰って着替えたり、他の人が行く等で対応している。 27 事務所内の書類や机の上、備品類は整理・整頓がされている。事務所内の清掃は手のあいたもので行っているが、清掃点検チェック表で確認することで、さらにいき届いた衛生管理が、確実におこなわれることを期待する。		

(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)		<p>28 「事故発生時対応要領書」「緊急時対応手順書」「訪問介護業務手順書」が作成され、年2回の研修を実施し、緊急時の指揮命令系統は明らかになっている。</p> <p>29 事故発生時は「コールバック連絡書」を作成し家族に報告をしている。ヒヤリハットは「ほっと報告書」を作成し、ヘルパー会議で報告している。安全対策委員会で評価見直しをおこない半年に1回管理者がマネジメントレビューを実施している。</p> <p>30 災害発生時の対応は「訪問介護業務手順書」に明記されている防災計画に基づき、併設の軽費老人ホームの訓練に参加している。毎年行われる地域の自主防災訓練に参加している。城陽市の地域包括ケア会議に、出席し要配慮者への命カプセルの取り組みや利用者の様子を伝え合う等の連携を図っている。</p>		

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)		<p>31 「運営規程」において「利用者の意思及び人格を尊重し、常に要介護者の立場に立ったサービスの提供に努める」と明記している。メンタルスキルの充実や「高齢者虐待防止法」について研修を実施している。</p> <p>32 プライバシー保護についてはヘルパー会議において毎年「訪問介護業務手順書」「ヘルパーの心得」を確認し周知している。新規採用者や業務内容の点検時は同行訪問をし指導している。具体的な方策としては入浴介助はタオルで被い、トイレ介助は中が見えないように気を付けている。プライバシー保護や倫理については施設内研修で毎年おこなっている。</p> <p>33 サービス内容を説明をして、利用に結びつけている。地域外の方は他の事業所の紹介をおこなった事例はある。</p>		
(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。	B	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)		<p>34 利用者・家族からは年2回ご意見はがきで意見収集に努めている。苦情・要望を財産として理解しサービス提供責任者を窓口としている。モニタリング実施時の面談や軽費老人ホームの家族懇談会で意向や満足度を把握している。</p> <p>35 「苦情解決要領書」「相談解決実施要領書」に体制や対応方法を記載し、利用者の苦情は「コールバック連絡書」でQMS委員会で検討するようになっているが、今までに利用者の苦情は出ていない。</p> <p>36 苦情受付体制を「重要事項説明書」に掲載し、法人で第三者委員を設置し体制と共に、施設内に掲示している。利用者から寄せられた苦情は「コールバック連絡書」に沿って対応するシステムになっている。「重要事項説明書」には第三者委員の記載がされていないので、何らかの方法で周知されることをお勧めする。</p>		

(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)		<p>37 満足度調査はサービス提供責任者が担当者として年1回実施行い、グループの訪問介護部会で分析・評価をおこなっている。運営会議で報告し苦情要望の改善に努めている。調査前と調査後にどのようにサービスが改善されたかを1カ月後に確認するシステムを取っている。調査結果は広報紙で公開している。アンケートは半数強の返却でそのうちの殆んどが「満足している」「感謝している」という記述が多く、今後意見がたくさん返るような方法や内容を検討中である。</p> <p>38 毎月の運営会議で質の向上について検討している。また、各種委員会で抽出した意見は改善提案書で提案し、改善が図られている。グループで訪問介護部会を開催し情報の交換をおこなっている。ISOの内部監査を年1回実施している。内部監査のためのチェックリストを自己点検として改善につなげている。内部監査後に「改善提案書」をコールバックとして、次年度の事業計画に反映させている。</p> <p>39 ISOのQMS運用に基づき、半年に一度法人内の他の事業所の職員による内部監査を実施し課題に明確化を図っている。マネジメントレビューとして経営者による見直しを行い次年度の事業計画に反映している。第三者評価は3年に一度受診し課題の明確化を図っている。毎年おこなわれるISOの内部監査でのチェックリストを自己評価としている。</p>		