

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 3 月 9 日

平成 28 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医療法人社団石鎚会 訪問介護センターやすらぎ 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>(通番 4) 業務レベルにおける課題の設定 課題設定は管理者がすべて行うのではなく、職員がそれぞれ担当され、各課題の達成に取り組んでおられます。また達成状況や評価については、運営会議にて報告され、職員全体で課題の達成に向けて取り組まれています。</p> <p>(通番 8) 質の高い人材の確保 この 3 年間離職者がおられず、常勤職員の比率が高く、介護福祉士等有資格者を優先して採用されています。更に、ステップアップのための研修や、講習等への参加は研修計画に沿って配慮され、質の高い人材を確保できる体制作りを組織として構築されています。</p> <p>(通番 38) 質の向上に対する検討体制 法人本部の介護関連会議や介護保険事業所連絡会議等に毎月出席され、他事業所との情報交換やサービスの質の向上に向けた検討が行われています。事業所内でも訪問介護会議やカンファレンスを開催し、更なる質の向上が図れるように取り組まれています。また、京都府ホームヘルパー連絡協議会等に加盟され、情報を積極的に収集し、事業所の運営に役立てておられます。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番20) 個別援助計画の見直し 毎月モニタリングを実施し、個別援助計画に見直しが必要な際は、他専門家にも報告等をしておられるとのことでしたが、意見を照会しておられることを記録で確認することはできませんでした。</p> <p>(通番28) 事故・緊急時の対応 事故・緊急時のマニュアルについては、フローチャートも作成し、緊急時の指揮命令系統もわかりやすく整備されています。しかし、マニュアルの内容に沿った研修や実践的な訓練の実施が確認できませんでした。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み 満足度調査の結果を分析し、改善に向けた取り組みをされています。しかし、会議や検討会等で話し合われた根拠は確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番20) 個別援助計画の見直し 各専門家への意見照会について、照会用紙を使用しておられたとのことですので、その用紙を再度使用するなど、専門家へ意見照会された根拠を残されてはどうでしょうか。</p> <p>(通番28) 事故・緊急時の対応 事故・緊急時のマニュアルに沿った研修や実践的な訓練を実施することにより、より実状に沿った対応が職員に浸透し、利用者にとって安心・安全なサービスが提供できるのではないのでしょうか。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み 特定の職員に一任するだけでなく、その結果を基に事業所の会議等で、再度内容を検討されることで、より利用者の満足度向上につながる取り組みを検討することができるのではないのでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673200388
事業所名	医療法人社団石鎚会 訪問介護センターやすらぎ
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28年11月21日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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)		理念・運営方針を事業所内に掲示し、全職員が参加する朝礼等にて周知されています。職員の意見を反映した事業所の運営に努められています。また、職員が責任を持って各任務を遂行しておられることは、更なるステップアップにつながっていくと思われれます。			
(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)		法人を主体に中・長期計画を策定されています。課題設定は管理者がすべて行うのではなく、職員それぞれが担当しておられます。また、達成状況や評価については運営会議にて報告され、職員全体で課題に向け取り組んでおられます。			
(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	B	
	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)		法令遵守に関する研修については、職員に周知し実施されています。法令はリスト化し調べやすく整理されています。業務マニュアルには役割について記載し明確にされています。管理者は各種会議に参加され、法人と職員とのパイプをつなぐ役割を果たされています。また、職員個々の意見を積極的に聞かれています。しかし、管理者として自らの行動が職員から信頼を得ているかを評価できる仕組みは具体的に確認することができませんでした。その仕組みを構築することで、管理者自らの振り返りができると思われれます。			

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)		常勤比率、介護福祉士比率ともに高い事業所です。研修計画が立てられ、実行されています。研修後は伝達講習も実施しています。毎月業務時間内に部会を開催し、職員全員の出席を促しています。職員の参加可能な時間帯に実施しています。		
(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)		有給休暇の消化率や時間外労働を管理し、職員が平等に休みを取れるように配慮しています。職員一人に一台のバイク、車両、自転車を確認しています。事業所内には一人一台の机が完備されています。健康診断時にストレスチェックを実施しています。		
(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)		地域の催し物に参加され、介護の相談会を実施したり、オムツ・パットのつけ方の講習会も開催しています。広報誌も出版され地域に根ざした取り組みを実施されています。		

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)		ホームページやパンフレット等を作成し、運営規程等も受付窓口に掲示する等、事業所の情報が利用者にわかりやすいように提供されています。また、利用者から問い合わせがあった時にはきちんと対応されています。		
(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の費用負担や、保険外のサービス費用についてわかりやすく記載されています。また利用開始前に、利用者（代理人）より同意を书面で得ておられます。また判断能力に支障のある利用者においては、成年後見人と適切に契約を結ばれています。		

(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	B
(評価機関コメント)		利用者一人ひとりに対して、心身状況や生活状況を把握できるようにアセスメントを実施されています。また、利用者及び家族の希望を尊重し、主治医や他の専門家からの情報を得て個別援助計画を策定されています。モニタリングも月に1度実施されています。しかし、計画の内容に見直しが必要な際には、専門職に照会用紙を使用して連絡されておられるとのことですが、その用紙を確認することができませんでした。根拠となる書類を残されてはいかがでしょうか。また、サービス提供責任者の支援経過記録については、利用者の状況や他事業所や家族の連絡等については細かく記録されていましたが、事業所の個別援助計画書作成等の流れについても記録されると、より支援経過がわかりやすくなるのではないのでしょうか。		
(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)		利用者の状況に応じて対応できる事業所については、リストアップされファイルに整理して一覧で見られる状態にしています。また、主治医や他の専門家・行政機関とも連携をしっかりとられ記録を残されています。		
(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)		利用者のケース記録については、一人ひとりしっかり整備され、内容も細かく、確認が行いやすいように丁寧にファイリングされています。また、担当者ごとにファイルの色を分け、判別もしやすくされています。業務マニュアルについては、きちんと整備され作成されています。		
(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)		感染予防については、マニュアルをきちんと整備し対応されています。また勉強会についても、法人で開催されている勉強会に常勤職員は全員参加され、参加できない非常勤等の職員に関しては伝達講習を実施され、確実に周知されています。また事業所内の衛生管理は、美化環境係を配置し輪番制で掃除を行い、書類や物品等もきちんと整理・整頓され、衛生管理はしっかりとされています。		

(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	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。	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・緊急時のマニュアルやフローチャートを作成され、緊急時の指揮命令系統もわかりやすく整備されています。しかし、マニュアルに沿った研修や実践的な訓練の実施が確認できませんでした。マニュアルに沿った事業所独自の研修や実践的な訓練が行われてはいるかでしょうか。また事故が発生した場合は、インシデントレポートを作成し、法人本部や理事長に報告され、事故の再発防止対策を検討されています。災害発生時のマニュアルについては作成され、法人で実施された京田辺市内での災害の研修及び訓練に参加されています。ただ、事業所独自で、災害時に地域との連携を意識したマニュアル等を整備していることは確認できませんでした。地域との連携を意識したマニュアル等を整備されてはいるかでしょうか。		

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)		人権等の尊重については、事業所の理念や携帯冊子の職員必携にも掲げられ明確にされておられます。また、振り返る仕組みとして、接遇個人チェックリストなどを活用され、組織としてしっかり取り組まれています。個人情報保護についても、職員必携に規程が掲載されており職員に周知されています。また訪問介護を行う際の利用者のプライバシー保護についても、業務マニュアルに記載し、勉強会も実施され、職員全体の意識の高さを感じることができました。利用者の受入基準については、運営規程に明確に記載されています。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		苦情・クレーム対応のマニュアルやフローチャートを作成し、苦情があった時には法人本部や理事長に報告できる仕組みになっており、しっかり整備されています。また利用者満足度調査を年2回実施し、事務所の窓口にご意見箱を設置し、利用者の意見や要望・苦情等を収集しやすいよう取り組まれています。平成28年度においては10月に1件のみ意見等が出されている状況です。クレーム・苦情まではいかなくても、もう少し身近に利用者の要望等を拾い上げられる仕組みを作られると、一層サービスの質の向上につながっていくのではないのでしょうか。相談窓口や公的機関などの連絡先等については、重要事項説明書に明記され、事業所内にも掲示されています。しかし第三者の相談窓口は設けておられませんでした。利用者の相談窓口として、事業所・公的機関以外の第三者の相談窓口を設けられてはいるかでしょうか。			

(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	B
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	B
(評価機関コメント)		利用者満足度調査を年2回実施し、その結果を分析し改善に向けて取り組まれています。しかし、分析・改善は担当職員で検討しているとのことでしたが、会議や検討会等で話し合われた記録が確認できませんでした。その点において、事業所の会議等で内容を検討されることにより、より利用者の満足度向上につながる改善ができるのではないのでしょうか。評価の実施と課題の明確化においては、法人の理念や事業計画を元に、事業所独自の目標兼管理シートを作成され、事業所の課題・目標を明確にされて取り組まれています。また年に2回、全職員が事業所の目標について振り返ることのできるチャレンジカードを使用し、管理者と面談し評価を行っておられます。そのことから全職員が一丸となって目標管理を行い、質の向上に取り組まれている姿勢をうかがうことができました。PDCAサイクルを意識され、高く評価できる取り組みをされています。第三者評価につきましては今回が初めての受診ということで今後も継続的な受診をお勧めします。		