

アドバイス・レポート

平成29年 8月23日

平成29年 5月 1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた サポートセンター桂 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 13) 地域への情報公開 一軒家の事業所であり、地域との関わりを大切にし、町内会活動の参加や防犯協力も行っています。通りすがりの方にも目が届くように、ポスターなどを掲示し、福祉の相談窓口としてアピールしています。</p> <p>通番 21) 他職種協働 居宅介護支援事業所が併設されていることもあって、関係機関との連携は主に介護支援専門員を通して行っていますが、入退院などのカンファレンスには必ず出席して情報共有するようにしています。また地域に出向く機会を作り、意識して民生委員や老人福祉委員等のインフォーマルな情報をできるだけ収集して、いざという時に実際に機能する連携の構築に努めています。</p> <p>通番 30) 災害発生時の対応 自治会に加入すると共に、地域との連携を意識した災害時対応マニュアルを設置しています。また災害研修を実施する中で事例を挙げて、実際的な避難訓練を行っています。その中でハザードマップ等を使って地域の防災情報を確認すると共に、災害ダイアルの利用について職員に指導をしています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番 4) 業務レベルにおける課題の設定 事業所全体でのサービスの質の改善の方針を職員研修で話し合い、個別の質向上についてもミーティングを実施されていますが、評価等の記録がなく、課題の達成状況を確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情については、「苦情記録表」が設置され、全ての職員が閲覧できますが、意見要望についての記録は検討中で、今後作成予定ということでした。また、意見や苦情には迅速に検討、共有、対応し、改善策を講じる仕組みはありますが、その明文化や、その対応状況とともに公開がされていませんでした。</p> <p>通番 37) 利用者満足度の向上の取り組み モニタリングで定期的に訪問する際、意見要望等を伺って迅速に対応していますが、さらにそれを分析・検討することはできていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

株式会社 サポート桂は、西京区の桂病院の近くの住宅街の一軒家で平成 20 年に開設されました。地域の自治会にも入り、地域と一体化した中で、利用者の置かれている環境に応じ、利用者の選択に基づいたサービス提供を実施されています。

管理者は「多くの笑顔の為に」をモットーに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ってまごころを届けるサービス事業所を目指しています。そして、働く側も豊かな職業人生となるよう、それぞれの働き方を尊重し、個々の希望に応じた研修や勉強会に力を入れて、働く意欲を高め、キャリアアップに努めています。その中で職員の力が現場で発揮でき、利用者・家族・職員の笑顔の輪が地域に広まることを期待し、積極的に取り組んでおられます。

事業所の発展のためにも利用者の声・職員の意見を大切に捉え、また客観的な評価を踏まえて、開設 10 年に向けて、今後の事業所の方向性を再確認することにより再構築を目指しておられます。

今回の調査における具体的アドバイスは下記の通りです。

・業務レベルにおける課題の設定

在宅サービスの事業所として、その業務上において課題があると、全体で確認や共通認識を持たれ、積極的に丁寧に課題解決に向けた取り組みをされています。

しかし、課題は問題点の分析とその解決方法に関する計画となっておらず、記録がないため、その時その時の対応となっているように伺えます。まず現状把握されている課題やその解決に向けた具体策を記録し、全職員で達成状況など評価を行い、その一連のPDCAサイクルの確認ができる仕組みをつくられることをお勧めします。そのことは事業所のさらなるレベルアップに繋がることと期待いたします。

・意見・要望・苦情への対応とサービスの改善

利用者の意見、要望、苦情をあらゆる機会を通して積極的に収集しようとする姿勢が顕著です。担当職員が支援に伺う際、利用者の希望や要望を意識して汲み取るように申し合わせる他、利用者が職員に直接言いにくい場合を想定して、サービス責任者がモニタリングの際に利用者に聞き取りをするなど、利用者が言いやすい環境作りを行っておられます。また、利用者家族に対しては、面会時や電話対応の際、さらにモニタリングを通して意向を収集するようにされています。

しかし、そうした対応策がシステム化されていないのが非常に残念です。大切な意見・要望・苦情を言葉の流れだけに留めず、記録を整備して、その対策を個人情報保護に配慮したうえで公開されることをお勧めいたします。

こうした積極的な姿勢が、意見、要望、苦情を、事業所が提供するサービスの改善につながることを認識していることの表れであり、利用者の意向を尊重したサービス提供の実践を常に目指していることの評価になると考えます。

	<p>・利用者満足度の向上の取り組み</p> <p>積極的にあらゆる場面を活用して収集した意見・要望・苦情は事業所の提供するサービス向上を実現するための「宝の山」といえますが、そうして挙がってきた意向を集計、分析したうえでサービスの向上が実現できているかを確認する仕組みが確認できませんでした。</p> <p>収集した意向を「宝の山」として活かすために、利用者に対する満足度調査を少なくとも年に一回は行い、把握した結果を分析・検討して、調査前と調査後の改善状況を確認する仕組みを構築されることをお勧めします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2674000464
事業所名	サポート桂
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
訪問調査実施日	平成29年6月29日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		1)組織の理念及び運営方針が明示され、職員には年度初めや研修時に浸透するよう取り組んでいる。利用者・家族には口頭の説明であり、理解が深まる取り組みには至っていない。 2)少人数組織でもあり、方針の明確化や透明性は図られているが、運営に関するミーティング等が不定期的な開催となっている。		
(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質の向上に向けた計画を策定すると共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。	B	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。	C	B
		(評価機関コメント)		3)中・長期計画は、職員の意見や利用者ニーズに基づき策定されているが、現状分析や見直しがされておらず、課題設定が明確になっていない。 4)事業所全体でのミーティングでサービスの質の改善について話し合ったり、課題について職員研修を実施しているが、課題の達成状況など評価や見直しの記録がなされていない。		
(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。	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。	B	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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	B	A
		(評価機関コメント)		5)法令遵守について研修や勉強会を実施しているが、事業を実施する上で把握すべき法令について、リスト化はなく明確にされていない。 6)経営管理者は、自らの役割と責任について職員に表明し、意見を聞いて運営に反映させているが、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかは把握していない。 7)在宅事業の管理者でもあり、事業の実施状況やトラブルは全て把握できる状況である。		

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。	B	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。	B	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
		(評価機関コメント)		8)「キャリアパス図」で人員体制に関する考え方や人材確保についての方針を出している。また介護福祉士・介護支援専門員の資格取得支援や個々の希望に応じた勉強会や研修会の機会を設けている。 9)採用時研修として、同行訪問をOJTとして必ず実施している。フォローアップ研修は、職員の能力に応じた研修の斡旋や希望する研修参加等、登録ヘルパーも含めて内外部の研修の機会を設けている。 10)実習受け入れに関する基本姿勢はあるが、マニュアル等の整備がされていない。		
(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	スタッフ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)有給休暇は管理表にて確認している。また育児や介護休暇も実際に活用している職員がいる。2階が畳の休憩場所となっており、腰痛対策用にバランスボールや腹筋器具を設置し、自由に利用できる。 12)管理者が近い関係性の中で、いつでも話が聞けるような環境であり、悩みやストレスの解消を図っているが、外部や専門職による相談体制はない。		
(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)一軒家の事業所で、道路に面してポスターで福祉の相談窓口として掲示している。また、地域との関わりは大切にし、町内会活動の参加や防犯協力も行っている。 14)地域との関係性はあるが、事業所が持つ専門的な技術や情報を地域に提供する具体的な活動はしていない。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		15)パンフレットにより情報提供をし、問い合わせ等、個別の状況に応じて対応している。		
(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、利用者にわ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)重要事項説明書により、利用に必要な内容や料金を明記し、説明している。判断能力に支障がある方などは介護支援専門員や家族と事前に相談してから契約を行っている。		

(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。	B	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。	B	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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	B	B
(評価機関コメント)		17)「サービス提供依頼書」「状況確認表」「ADL生活様式」を用いてアセスメントしている。支援開始前と開始後も定期的にモニタリングとアセスメントを実施している。 18)アセスメントで利用者や家族の希望を確認し、介護計画書を策定している。 19)担当者会議やカンファレンスに出席し、関係者とは情報共有をしている。得られた情報は計画書の注意事項に反映させ、職員にもミーティングで周知している。 20)介護計画書は、3～6ヶ月ごとに見直し、利用者確認と同意を得ている。支援内容に変更が生じたときは随時作成しているが、見直しや変更する基準は定めていない。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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。	B	A
(評価機関コメント)		21)介護支援専門員の情報だけでなく、入退院時にはカンファレンスに出席し必ず情報共有するようにしている。民生委員、老人福祉委員等のインフォーマルな情報も意識して収集するようにしている。		
(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、スタッフに活用されている。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。	B	B
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。	B	B
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。	B	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)標準的業務の流れがわかる業務マニュアル、それをもとにした利用者別手順書は確認できたが、それらの見直しの基準が現在検討中で、未だ作成には至っていない。 23)利用者別手順書が整備され、支援内容を毎回記録している。保管は事務所内に鍵のかかる書棚を設置している。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄についての規定が確認できなかった。 24)個々の利用者について、連絡ノートや個人の記録票の控えて情報共有を図り、申し送り連絡事項もこれらに記入して引き継いでいる。ミーティングのほかにメール、ライン、電話、文書等ツールを活用して連絡や意見集約をしている。 25)月一回、介護支援専門員が訪問する時に同行し、利用者家族との面接機会を確保している。その他情報交換としては、連絡ノートで利用者の情報を報告したり、必要に応じて電話連絡する等している。		
(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、スタッフ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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		26)感染症対策及び予防マニュアルを設置し、例年時宜に応じて感染症対策研修を実施すると共に、感染情報を事業所内に掲示して職員に注意喚起している。二次感染を防ぐため消毒、手袋、マスク等配布し、インフルエンザに関しては予防接種の費用を補助している。 27)事業所内の清掃、整理整頓は、毎日就業前に職員が行っており清潔が保たれている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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。	B	B
災害発生時の対応	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	A
(評価機関コメント)	28)事故・緊急時対応マニュアル及び緊急時連絡表を確認した。年に一回リスク管理と安全確保をテーマに社内研修を実施している。その際、事故防止のためのサービス手順や事例検討、報告について指導している。 29)職員にヒヤリハットの提出を義務付け、事例報告にて分析検討し注意喚起している。そうした結果をマニュアルや事故防止策の定期的な見直しに活用するには至っていない。 30)自治会に加入すると共に、地域との連携を意識した災害時対応マニュアルを設置している。災害研修を実施する中で事例を挙げて、実際の避難訓練を行っている。			

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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)	31)利用者の人権尊重を基本理念・基本方針に明記し、「身体拘束防止」「虐待防止」について研修と共に、介護手順の作成や発見時の報告義務についても職員に説明している。 32)プライバシー保護について研修を行い、利用者個々の生活スタイルを尊重した支援のあり方や私物の取扱いについての具体的な配慮の仕方を指導している。 33)希望日時や対応する人員の都合で受け入れられない場合があるが、その都度利用者及び家族に説明している。その後は希望があれば主に介護支援専門員が中心となって検討している。			
(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。	B	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	公的機関等の窓口で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。	B	A
(評価機関コメント)	34)モニタリングや利用者・家族と面会し、意向・希望を直接聞いている。その他電話等においても意見・要望や苦情を聞きとっている。 35)苦情については、苦情記録表が設置され全ての職員が閲覧できる。意見や、苦情には迅速に検討、共有、対応し、改善策を講じる仕組みはあるが、その対応状況と共に公開されているかどうかは確認できなかった。 36)苦情解決の体制について重要事項説明書に記載したうえで契約時に説明している。あがってきた苦情等には迅速に対応する仕組みがある。			
(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てている。	C	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スタッフが積極的に参加している。	B	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)	37)モニタリングで定期的に訪問する際、意見要望等を伺って迅速に対応しているが、さらにそれを分析・検討はされていない。 38)サービス改善に向けての検討委員会としてはケースカンファレンスはその機能を担っており、検討した結果を具体的なサービスの質の向上につなげる役割を果たしている。 39)振り返りを行い検討し改善するための担当部署は設置されているが、事業所が提供するサービスそのものの自己評価は実施されていない。			