

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 1 月 15 日

平成 24 年 8 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた株式会社ニチイ学館ニチイケアセンター綾部につきましては、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>II 組織の運営管理</p> <p>○(通番 8・9) 質の高い人材の確保と研修 法人全体で、職員の資格取得に向けた支援や各種研修に力を入れています。自社でヘルパー講座や介護職員基礎研修講座などの研修事業を実施しています、その利点を活かし、受講料の社員割引や受講生に対する就業説明会等を実施し、優秀な職員の確保に繋がっています。また、就業後の「サービステクニカル研修」や「ケアマスター研修」等のキャリアアップ体制も整っています。このような資格取得やスキルアップの支援が、勤労意欲の向上に繋がっていると考えます。</p> <p>○(通番 11・12) 労働環境への配慮とストレス管理 職員の勤務シフト作成を出来る限り希望に沿って作成し、有休が消化しやすいよう配慮しています。「家族愛休暇」の創設や職員向け24時間対応のフリーダイヤル、カウンセラーの配置など、組織全体で労働環境に配慮した運営がなされています。また、柔軟な勤務シフト作成など、「働きやすい職場」との職員からの意見も聞き取れました。</p> <p>IV 利用者保護の観点</p> <p>○(通番 37・38) 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 定期的に第三者評価の受診と年1回自己点検、顧客満足度調査を実施しています。常に現状の課題や利用者・家族の意向を把握し、改善に努めています。事業所自らがサービス内容を「評価」することを認識しサービスの質の向上を目指していることは、評価できると考えます。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>I 介護サービスの基本方針と組織 ○(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 センター長や管理者が自らの行動に対する信頼度を客観的に計る上で、具体的な取組みがなされていませんでした。</p> <p>Ⅲ適切な介護サービスの実施 ○(通番17) アセスメントの実施 一連のケアマネジメントは実施されていますが、第三者には利用者の全体像が把握しにくい個人ファイルが見受けられました。</p> <p>Ⅳ利用者保護の観点 ○(通番34・36) 利用者、家族の意向への対応 顧客満足度調査の実施や、利用者・家族向けのフリーダイヤル、意見箱の設置等、日常的に利用者・家族の意向を掴む努力をしています。但し、その対応策等を地域に公開されていませんでした。 ○(通番35) 第三者への相談機会の確保 前回の評価時の課題でしたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者への信頼度を計る方法として、例えば匿名性に配慮した「職員アンケート」を実施されてはいかがでしょうか。</p> <p>○個人ファイルの整理 平成24年11月にアセスメントシートを見直し、利用者の生活歴・嗜好等を詳細に記載できるよう工夫しています。平成25年2月よりグループホームを開設されるとのことで、センター方式の研修など認知症ケアに対して前向きに取り組まれています。第三者が見ても利用者のマネジメントプロセスが分かるよう、個人ファイルを整理することをお奨めします。</p> <p>○第三者の相談窓口の確保 事業所関係者以外の「第三者委員」の設置をお奨めします。利害関係のない第三者委員を設けることで、より客観的な状況把握や利用者の意見・苦情等をすくい上げることができると思われます。</p> <p>○その他 ①顧客満足度調査や利用者、家族の意見・要望・苦情等を収集し、分析・結果をサービスの向上に繋げています。もう一步踏み込んで、その結果や対応策を匿名性に配慮した型で施設内に掲示したり、広報誌等を使って地域へ広く公開されることを期待します。運営の透明性を図り、より地域に認められる施設に繋がっていくと考えます。 ②施設全体の備品等はよく整理されていましたが、浴室の入り口正面の棚(下段)にある洗剤等が丸見えの状態でした。扉かカーテンで目隠しをすることで、万一の事故等が防止できると考えます。</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	2671800106
事業所名	株式会社ニチイ学館 ニチイケアセンター綾部
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	予防通所介護・訪問介護・予防訪問介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成24年 12月13日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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。	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. 社是、法人理念及び運営規程を明文化し、事業所内やホームページに掲示されています。また、職員全員がコンプライアンスカードを常時携帯、ミーティング等で唱和し、理念・運営規程に沿ったサービスの提供に努めています。社是、理念等を法人の会社案内や広報誌「ともしる」等に記載し、分かりやすい文で周知しています。 2. 「サービスマニュアル」内に組織図、職務権限規程など各種規程が記載されています。支店、拠点(京都府下23拠点)単位で職位・職責ごとに研修や会議【拠点責任者会議・サービス提供責任者会議・のぞみ会議(拠点別営業戦略会議)・事務員会議など】を開催しています。サービスごとに業務ミーティング(デイ月2回、居宅週1回など)を開催し、情報共有とともに職員の意見・提案を吸い上げています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 本社、支店、拠点間の連携をとりながら事業方針を策定しています。中長期計画「ターゲットファイブスター(売上・利益・商品力・社員待遇・モラリティ)」に対する行動計画を実行しながら、年度末に見直すことで課題を明確化し、次年度の計画や方針を決定しています。 4. 各業務毎に課題を定めています。申し送り・ミーティング・各種研修等の活動記録や報告書などから、全職員が主体性を持って課題に取り組んでいる様子が窺えました。また、センター長は常勤職員に個人面接(半期ごと)を実施し、目標の設定、達成状況の確認を適宜行っています。			
(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	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。	A	A	

	(評価機関コメント)	<p>5. 施設運営で遵守すべき法令については、就業規則や各種マニュアルに詳細に記載され、自由に閲覧できる場所に設置しています。新人職員に対しコンプライアンス研修を必須化とし、全職員に対しミーティング等で法令遵守に関する意識強化に努めています。法令遵守を徹底するため、年2回京都府様式による自主点検、年1回法人独自で自己点検表を用いて点検を行っています。</p> <p>6. 運営管理者の役割と責任は、組織図・職務分掌に文書化しています。センター長はミーティングや面接から職員の意見や要望を広く聴き取り、職員の仕事に対する意欲向上に努めています。但し、センター長自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価する仕組みが確認できず、今後の対応を期待してB評価といたしました。</p> <p>7. 法人独自の緊急時対応マニュアルを基に組織間の連絡体制が整備されています。時間外でも留守番電話や携帯電話への転送により、いつでも連絡がとれる体制が確認できました。センター長、管理者は常に業務日報や「事故トラブル・苦情報告書」などを確認し、事業の実施状況を把握しています。</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. 入社希望者はヘルパー2級以上の資格者を基本としています。法人内にヘルパー講座や介護職員基礎研修講座があり、また受講料の社員割引や資格取得を奨励しています。非常勤職員への資格取得に向けた対策として、受験対策講座の開催が支店単位や組合主催で行われています。</p> <p>9. 新人研修や採用時研修を支店・拠点ごとに実施しています。職種別研修や外部研修への派遣も計画的に実施しています。職員の知識・技能に合わせて評価し、各種研修の回数や時期などを調整しています。</p> <p>10. 実習の受け入れマニュアルに基づき、介護職員現場実習や大学生・教師のインターシップなど、実習生を積極的に受け入れています。尚、実習指導者は法人が行う指導者研修を受講しています。</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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>11. 職員が有休を消化しやすいよう有休台帳を使い、できる限り職員の希望に沿ったシフト作成に配慮しています。去年より「家族愛休暇(10日間)」を導入し、有休の消化を図っています。希望に沿ったシフト作成など、職員にとって働き易い職場環境であることが職員ヒアリングから聞き取れました。</p> <p>12. 法人内で臨床心理士を確保しています。職員と家族のためのフリーダイヤルを設け、24時間体制で電話相談やカウンセリングを行っています。非常勤職員の悩み等の相談には、センター長や常勤職員が随時相談にのっています。職員専用の休憩場所は事務所に整備されていました。</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. 年1回「ニチイ祭り」を開催し、老人会や地域住民も参加しています。事業所の情報に関しては、ニチイ学館発行の「ともしる」や「ニチイ」、拠点発行の「アイリス通信」を利用者や地域住民、各種機関に送付し、季節行事、日頃の施設生活の様子などを広報しています。</p> <p>14. 4年以上前より綾部市と共同で行う、介護予防「からだいきいき体操(年間12回開催)」に複数名の職員を派遣しています。綾部市介護サービス事業者連絡会や介護支援専門員協議会等に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズ等の把握に努めています。2月に開催される綾部市主催の認知症研修には、事業所スタッフが参加する予定です。</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. 法人パンフレットや事業所独自の利用案内・料金表、行政発行の広報誌等を配布・掲示することで、利用者のサービス利用選択に必要な情報を提供しています。利用者の問い合わせや見学等への対応は丁寧に行っていることが「相談・見学利用表」から確認できました。			
(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られています。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. 介護サービスの提供時に、重要事項説明書や利用確認書等を用いサービス内容や料金等の説明を行い、同意を得ています。判断能力に支障がある方については、現在1名の利用者が保佐人と契約を結んでいます。社協との連携をとりながら利用者の権利擁護に努めています。			
(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	B	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>17. 平成24年11月よりアセスメント様式を変更し、利用者の生活歴などの項目を増やしています。利用開始前後の状態変化や更新時期に合わせアセスメントを実施しています。利用者の心身や生活状況、その変化に応じたケアマネジメントプロセスが第三者に十分に把握できないファイルが一部に見受けられました。</p> <p>18. ひとり一人の利用者について、アセスメント情報を基に自立支援に向けた個別援助計画を策定しています。援助計画は本人・家族から同意を得ています。</p> <p>19. サービス担当者会議、ケースカンファレンスやモニタリング会議等を定期的に開催し、利用者ひとり一人の援助内容について検討・見直しを行っています。専門家からの情報を個別援助計画に反映しています。</p> <p>20. 3か月ごとのモニタリングや担当者会議を開催し、定期的な見直しが行われています。個別援助計画に連動した見直しや、ひとり一人の支援の経過が実践記録より確認できました。</p>			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		21. 入退院時のケア会議に参加し、居宅介護支援専門員との連携を図っています。退院時にはカンファレンスに参加し、医療機関との情報共有に努めています。		
(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、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。	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. 業務マニュアルは整備され、事業所内のいつでも自由に閲覧できる場所に配置されています。マニュアルが現場のニーズに合っているか、使い易いものであるか等を毎年度検討・見直しする基準も定められています。 23. 個人情報の管理について、「個人情報保護トレーニングテキスト」を使い年1回研修・確認テストを実施しています。個人情報の保管、保存、持ち出し、廃棄に関するマニュアル等も整えています。 24. 勤務交代時の申し送りノート・手順書・各帳票等から、職員が利用者の状況に関する情報を共有し、チームケアで支援していることが確認できました。 25. 「情報共有ノート」に利用者の様子を記載し、家族からも要望や家での利用者の様子を書いてもらうことで、情報の共有を図っています。さらに、普段の様子を伝える方法として、「個人アルバム」を作成したり、遠方の家族には適宜電話で状況を報告しています。		
(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、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。	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. 「感染予防マニュアル」に基づいて対応しています。職員は携帯用の消毒セットを所持しています。法人や保健所からの情報は掲示、回覧することで、速やかに伝達しています。 27. 「4S活動（整理・整頓・清掃・清潔）」を職員全員が心がけ、1日1回清掃を実施しています。手の触れる箇所は職員が常時ハイターで拭くなど、施設内は掃除が行き届き清潔が保たれています。また、衛生管理会社による機器や備品の掃除が定期的に行われていることなども「清掃作業日報」から確認できました。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
(評価機関コメント)		28. 事故、緊急時、防災マニュアルに則った指揮命令系統が記載された連絡網を作っています。拠点別の災害マニュアル（ハザードマップ）をつくり、避難訓練や研修が行われています。自然災害に備え、必要物品などを備蓄しています。 29. 「事故トラブル報告書」を作成しています。各部署のミーティング等で原因や対応について分析を行い結果を情報共有することで、再発防止に努めています。		

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	30	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	31	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	32	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>30. 法人により、年1回以上の身体拘束禁止、倫理、接遇、高齢者虐待防止に関する研修が行われています。また、4種類から選べる昼食メニューや入浴時間の決定など、利用者の自己決定権を尊重したサービスが行われています。</p> <p>31. 各種業務マニュアル・スタッフマニュアルによりプライバシーの保護に関する意識付けを徹底しています。トイレの入り口は視線を隠すためにドアとカーテンで2重にしたり、ホール内で適宜間仕切りを使用するなど、プライバシーに配慮したケアが行われています。また、入浴は同性介助を基本としています。</p> <p>32. サービス利用者の決定はマニュアルに基づいて行われています。正当な理由(サービス提供地域外など)以外での受入れ拒否はなく、その都度支援相談員より利用者・家族・介護支援専門員等に説明しています。</p>		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	B
		第三者への相談機会の確保	35	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>33. 利用者・家族向けフリーダイヤルを設置し、苦情相談窓口についても重要事項説明書に記載し説明しています。意見箱の設置、必要時に利用者・家族との個別面談を行い、意見・要望・苦情を拾い上げ、改善に繋げています。</p> <p>34. 管理者や職員は、日常的に利用者・家族との対話を大切にしています。苦情・意見等は管理者が責任を持って把握し、状況に応じて迅速に対応しています。利用者の意見・要望・苦情等についての改善状況を、個人情報に配慮した上で広報誌等に公開されることをお奨めします。</p> <p>35. 前回の第三者評価結果でコメントされていますが、現在まだ第三者委員の設置は実現していませんでした。公的機関等の相談窓口を重要事項説明書に記載し説明しています。また、事務所内にも掲示しています。</p>		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	36	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。	B	B
		質の向上に対する検討体制	37	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	38	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>36. 年1回顧客満足度調査を実施し、調査結果の内容をミーティング等で分析・検討し、サービスの質の向上に役立っています。今後はその改善策を利用者・家族に配布し、施設内に掲示・公表されるよう期待します。</p> <p>37. 第三者評価の自己評価に向け「サービス評価検討委員会」が設置され、センター長・部門管理者・各業種・各職種の責任者・事務員等が参加しています。日ごろの業務ミーティングや職員面接などで全職員の意見を吸い上げ、ケース検討会を行い議論を重ねる中で、サービスの質の向上に繋げています。</p> <p>38. 定期的な第三者評価受診に併せ、毎年顧客満足度調査や自己点検を実施し、サービス内容の課題を明確にすることで次年度の事業計画に反映させています。</p>		