

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 25 年 5 月 15 日

平成 25 年 1 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ニチケアセンターけいはんな」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>1. 通番6 管理者によるリーダーシップの発揮</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 経営理念及び事業目的を実現するために果たさなければならない管理者としての役割と責任は、運営規定において明確に定められるとともに、全職員に対し周知されていました。</li> <li>* 運営管理者は、常に事業所運営の中心にいて、関係法令、経営理念、運営方針、社内規定その他、業務推進の基本となるコンプライアンスについて周知徹底を図り、全職員をリードしていました。</li> <li>* 毎月開催される「業務ミーティング」については、開催日を複数設けるほかいずれにも出席困難な者に対しては個別にミーティングを行うなど、重要な指示・連絡事項が必ず全職員に伝わるように配慮するとともに、出席者全員に対してレポート提出を義務付け、理解の程度や問題点の把握を徹底して行っていました。</li> </ul> <p>2. 通番24 職員間の情報共有</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* 利用者に対し、特定の訪問介護員を担当させるのではなく、チームケア制度を採用することにより、複数の職員間でその利用者の情報を共有し、サービスの質の水準を保つとともに、利用者の状態や個別の事情等を客観的に把握していました。</li> <li>* 事業所の事務所に在席する職員全員が、日常的な連絡事項や問合わせ事項等の情報を共有する仕組みができており、対外的に齟齬・遺漏の無い対応を速やかに行っていました。</li> </ul>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1. 通番12 ストレス管理 * 職員や訪問介護員の休憩場所は設けていましたが、広さや環境面で、リラックスするためには不十分でした。</p> <p>2. 通番13、14 地域への情報公開、貢献 * 法人が隔月に発行する情報誌の配布は行われていましたが、事業所独自の情報を開示・広報する仕組みが見られませんでした。 * 地域貢献として、事業所が有する専門的知識、技能等を地域に還元する仕組みがありませんでした。</p> <p>3. 通番37、38 質の向上に対する検討体制、評価の実施と課題の明確化 * 地域内の他法人の事業所の質の向上に対する取り組み状況等について、積極的に情報を収集する姿勢が見受けられませんでした。 * 毎年自己評価を行うとともに、3年ごとに第三者評価も受診していましたが、前年度の振り返り結果を次年度の計画に反映させるPDCA(計画・実施・チェック・改善)サイクルを継続的に実施する仕組みが見られませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 通番12 ストレス管理 職員の健康管理やストレスからの開放等、休憩場所のあり方は大変重要です。パーテーションの採用などで、会議室や他用途との兼用も考え、オフィスレイアウトなどの見直しを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 通番13、14 地域への情報公開、貢献 * 地域への情報公開は、事業所の経営理念や提供する介護サービス、事業所の運営状況などを自主的に公開して、利用者・家族、地域住民、自治体、関係機関等との良好な関係を築き、地域に根ざした事業所となるための重要な行動の一つです。 今回、事業所独自の理念を皆さんで話し合っって作成されましたが、これを契機に、事業所独自の広報紙の発行を検討されてはいかがでしょうか。 * 事業所が有する専門的な知識・技能を広報するのも地域貢献となりますが、自治体や事業者団体等が主催する行事への講師派遣なども考えられます。地域へ貢献しようとする姿勢は事業所に対する信頼度の向上に繋がります。事業所としてどのような地域貢献ができるか検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 通番37、38 質の向上に対する検討体制、評価の実施と課題の明確化 * 地域内の他の事業所のサービスの質の向上に対する取り組み状況に関する情報を収集し、比較検討をすることによってサービスの改善についての大きなヒントが得られることがあります。どのようにして情</p>

	<p>報を集めるか検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>* 介護サービスの質の向上に上限はありません。質の向上は、前期で達成できなかった事項(目標・課題)を基に、新しく当期の課題を設定して挑戦する恒常的なシステムとしてのPDCAサイクルを効果的に回すことにより得られます。</p> <p>事業所として、このシステムの構築を検討されてはいかがでしょうか。</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	2671400329
事業所名	ニチイケアセンター けいはんな
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25年4月18日
評価機関名	NPO法人京都ビジネス・サポート・センター

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	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)		法人としての経営理念のほかに、事業所独自で「けいはんなの理念」を、運営管理者（センター長）を中心に皆さんで話し合っって策定していました。これらの理念の周知・徹底については、毎月2回開催される、センター長とサービス提供責任者及び事務担当者で構成される「のぞみ会」で検討し、毎月1回開催される「業務ミーティング」で訪問介護員全員に伝達され、この理念に基づいたサービスの実践を心がけていました。組織体制は運営規定に明記されていました。事業所の運営については、「のぞみ会」で検討する仕組みになっていました。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	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)		法人の介護事業統括本部方針「お客様満足度の極大化～安全・安心なサービス提供～」及び、ヘルスケア事業本部方針「顧客満足度の極大化に向けての、既存顧客への確実なサービス提案の実施」に基づき、利用者一人ひとりの状況に応じた新たなサービス提案を策定していました。センター長、サービス提供責任者、事務担当者及び訪問介護員は、それぞれ課題を設定し、確実な報告・連絡・相談を行って、課題の達成に取り組んでいました。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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。	B	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)		遵守すべき法令や各種の社内規定等は、速やかに検索できるようパソコンに整備され、判断や解釈等の疑問に対しては、法人としてバックアップする体制ができていました。運営管理者の役割と責任は、運営規定及び重要事項説明書に明記されていました。運営管理者は、常に事業所運営の中心にいて、業務の進捗状況やサービスの提供状況などについては、管理日報、報告・連絡等で把握し、適切な判断・指示を行ってリーダーシップを発揮していました。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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)		ヘルパー2級以上の有資格者のみを採用し、採用後も、キャリアアップ制度や年間研修計画に基づいて、計画的に必要な知識・技能についての研修が行われ、法人が実施している通信教育の受講については、割引制度を設けるほか、適宜OJTを行うなど、人材育成に力を注いでいました。実習生の受け入れ態勢ができており、毎月数名の実習生を受け入れていました。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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	B
		(評価機関コメント)		各訪問介護員の稼働時間や技量を考慮して業務シフトを作成し、4週8休を確保するほか、要請に応じて有給休暇を与えていました。業務上の悩みや精神的な悩みについては、組織的に対応し、解決する仕組みができていました。厚生制度については、日本介護クラフトユニオンに加入していました。休憩場所は設けていましたが、リラックスするには、広さや環境が不十分でした。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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	B
		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)		自治体や居宅介護支援事業所、利用者等には、法人が発行する隔月刊誌「Tmoniile(トモニール)」を配布していましたが、事業所からの、独自の情報を広報・開示する仕組みが見られませんでした。居宅介護支援事業者が開催する地域の連絡協議会へは参加していましたが、事業所が持つ専門的な技能や知識について、地域貢献として地域へ還元する姿勢が不十分でした。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)		法人の会社案内のほかに、訪問介護において「提供するサービス」と「提供できないサービス」を、イラスト入りで判りやすく説明する資料が用意されていました。		
<b>(2)利用契約</b>						
		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)		契約時には、契約書や重要事項説明書に基づいて契約内容を説明し、利用者・家族から同意の署名・捺印がありました。また、判断能力に支障がある利用者の場合には、代理人による署名・捺印がありました。		

### (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)		法人所定の様式に従ってアセスメントを行っていました。サービス担当者会議において、利用者本人や家族の要望を尊重するとともに、関係専門家間での意見交換に基づき、個別援助計画が策定されていました。毎月1回定期的にモニタリングを行うほか、訪問介護員からの「お客様状況報告書」により、必要に応じて適宜、援助計画を見直していました。		

### (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)		利用者ごとに、緊急時対応マニュアルに基づいた連絡先が明記されていました。また、関係機関との緊密な連携を図り、必要に応じて、相談や指導を受けられる仕組みができていました。		

### (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)		業務マニュアル、スタッフマニュアルが整備され、訪問介護員は常にスタッフマニュアルを携帯していました。サービスの提供は、チーム制をとり、複数の訪問介護員が、情報を共有して交代で行うとともに、3ヶ月に1回はサービス提供責任者が直接訪問し、利用者の状況等を客観的に把握していました。サービスの提供記録は、実施報告書に基づき整備されていました。また、記録は文書規定・個人情報保護規定に基づいて管理され、施錠された書庫に保管されていました。利用者・家族等や関係者からの問合せ・連絡事項等に対しては、センター事務所内の職員全員が必要な情報を共有し、齟齬・遺漏の無い対応が出来る仕組みができていました。サービス提供時には、サービス実施報告書に利用者の状況を記録して利用者宅に置くとともに、連絡ノートにより家族からの要望を把握するほか、3ヶ月に1回はサービス提供責任者が家族と面談していました。		

### (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)		感染症及びその対策については、マニュアルが整備され、毎年1～2回の研修を行うとともに、訪問時には感染症予防グッズを必ず携帯するよう定められていました。事務所内は、常勤職員が週2回清掃を行い、その結果を、チェック表に記入していました。		

### (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。	B	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	A
(評価機関コメント)		緊急時対応マニュアル及び事故対応マニュアルが整備されるとともに、事故事例やヒヤリハット事例については、所定の書式に従って記録されていました。また、これらは業務ミーティングで報告・検討がなされ、再発防止・発生予防が図られていました。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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)		利用者の意思及び人格の尊重については、運営規定及び重要事項説明書に明記し、計画的に研修を行うとともに、毎月開催される業務ミーティングにおいても、その徹底が図られていました。サービスの提供に際しては、常に利用者のプライバシーに配慮した行動を取るよう指導していました。利用申込みに対しては、対応が可能な限り、すべて受け入れていました。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	B	B
		第三者への相談機会の確保	35	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	B
		(評価機関コメント)		利用者からの相談窓口は重要事項説明書に明記してありました。利用者からの要望は、訪問介護員を通じて事業所に伝えられるとともに、定期又は必要に応じて、サービス提供責任者が訪問し、苦情等を把握する仕組みになっていました。利用者からの要望や苦情に対応した結果は、業務ミーティングで報告されていましたが、これを公開する仕組みはありませんでした。また、事業所関係者以外の第三者を、相談窓口として設置する仕組みは見られませんでした。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	A	A
		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	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		利用者満足度調査は、本部が毎年実施し、全社的な集計・分析結果は隔月刊誌「トモニール」で公表され、各事業所は、その事業所に関する集計結果を把握できる仕組みになっていました。サービスの質の向上に関しては、「のぞみ会」で検討していましたが、他法人の事業所が行うサービス提供状況や質の向上に対する取組み状況等については、積極的な情報収集はしていませんでした。また、サービス提供状況について自己評価はしていましたが、これの分析・検討結果から次年度の課題につなげる、継続的なPDCA(計画・実施・チェック・改善)サイクルの仕組みは見られませんでした。第三者評価は、3年毎に受診していました。		