

## アドバイス・レポート

平成 25 年 9 月 10 日

平成 25 年 5 月 28 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嵯峨野につきましては、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><b>特に良かった点とその理由(※)</b></p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○組織体制<br/>職種ごとの職務権限が明確に定められており、組織体制に応じた各種会議が設定されています。全職員が参加する会議が定期的に行われており、現場の意見を汲み取ることができる体制になっています。</li> <li>○サービス提供にかかる記録と情報の保護<br/>個別ケースファイルは詳細に記録が取られており、わかりやすく整理されています。「個人情報保護トレーニング」のテキストに基づき、年1回個人情報の取り扱いについての確認テストが全職員対象に行われています。</li> <li>○災害発生時の対応<br/>災害発生時のマニュアルが整備されており、災害の場面に応じた、職員の対応方法が詳細に記載されています。また、マニュアルに基づく研修が年1回行われています。</li> </ul> |
| <p><b>特に改善が望まれる点とその理由(※)</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○サービス向上に向けた課題設定及び検討・評価<br/>事業計画の達成状況は半期に1度見直しをしていますが、職種や役割に応じたサービス改善のための課題が設定されていません。また、定期的なサービス向上の検討や評価内容を次年度の計画へ反映していく仕組みがありません。</li> <li>○地域への貢献<br/>右京区事業所連絡会等に参加し、地域の情報収集に努めています。しかし、地域住民が参加できる研修会、講演会等は開催しておらず、また、地域の福祉行事等の参画もありません。</li> <li>○事故の再発防止<br/>事故報告の内容について、経過報告及び今後の対応は記載されていますが、家族への対応についての記録、業務ミーティングで検討された記録が確認できませんでした。</li> </ul>  |

|                  |   |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>全国展開している法人に属する本事業所は、安定した組織体制のもとで、事業を運営されています。また、事業所独自の広報誌「嵯峨野だより」を発行し、情報の発信をしています。今後さらなるサービスの質の向上に向け、以下の通りアドバイス申し上げます。</p> <p>○事業計画に基づく達成状況を半期に一度見直しをしていますが、職種や役割ごとのサービスの質の向上に向けた課題設定がありません。職種や役割に応じた課題を設定することで、さらに職員の意欲向上につながるのではないのでしょうか。また、前年度の課題を次年度の事業計画を反映させていくことでサービスの質の向上、改善に継続的に取り組むことが出来ると思います。</p> <p>○事業所独自の広報紙「嵯峨野だより」を発行して情報発信に努めていますが、事業所がもっている力を地域に十分還元しているとはいえません。例えば、地域ケア会議や認知症サポーター講座への参画、地域包括支援センターや他の事業所、地域住民と協働した福祉行事の開催等の取り組みをされてはいかがでしょうか。</p> <p>○事故やヒヤリハットの定義が明確ではなく、報告書等の作成基準があいまいな状況です。職員間で事故やヒヤリハットの定義を確認・見直しをしてください。事故報告やヒヤリハットを適切に作成し、それを分析することは、サービスの見直しや質の向上につながります。報告書は、事故等の経過や利用者や家族への対応も含めて出来る限り細かな部分まで作成し、適切な事故対応や再発防止につなげて下さい。</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                    | 2670700174                |
| 事業所名                     | 株式会社ニチイ学館<br>ニチイケアセンター嵯峨野 |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問介護                      |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 予防訪問介護                    |
| 訪問調査実施日                  | 平成25年6月27日                |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都社会福祉士会            |

| 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 |
| <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)        |     | 1. 経営理念を記載したコンプライアンスカードを職員全員が携帯し、ミーティングの時に唱和するなどして、浸透を図っています。<br>2. 組織図及び職務内容に基づき職務権限を定め、毎月の拠点ミーティング等で職員の意見交換を行う機会を設けています。                 |      |      |       |
| <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    | 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    | B    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 3. 単年度の計画が作成され、職員の意向が反映される仕組みになっていますが、中長期の計画は確認できませんでした。<br>4. 事業計画に基づく課題の達成状況等を6ヶ月に1回確認し見直しが行われていますが、職種ごとの課題設定がなされていません。                  |      |      |       |
| <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    | 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)        |     | 5. 法人本部より法令に関する必要な情報を受けており、継続的に周知する仕組みがあります。<br>6. 管理者は年2回、個人面談で意見を聞く機会を設けていますが、管理者自らを評価する仕組みはありません。<br>7. 管理者は、終業報告や日報でサービスの提供状況を確認しています。 |      |      |       |

| 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 |
| <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    | B     |
|                    |     | 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)    |    | 8. 京都支店を通じて、人材確保の対策がとられています。法人主催で介護福祉士等の受験対策講座を開催しており、職員は割引料金で受講できる仕組みがあります。<br>9. 年間計画に基づき毎月研修を行っていますが、外部研修への参加がありません。<br>10. 実習受け入れマニュアルがあり、実習指導者への研修も行われています。 |      |       |
| <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。  | B    | B     |
|                    |     | 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。  | B    | B     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 11. 職員の有給休暇の取得状況や超過勤務等は台帳により確認できますが、データ化されておらず、分析する仕組みがありません。<br>12. 職員が専門のカウンセラーによる相談を受けることができる仕組みがあります。ハラスメントに関する規定はありません。                                     |      |       |
| <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    | 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    | C     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 13. ホームページやパンフレットで事業所の情報を開示しています。事業所独自の季節ごとの機関紙を発行して情報の発信を行っています。<br>14. 事業所独自の地域住民に対する講習会等は行われていません。  |      |       |

| 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)  |    | 15. パンフレット、ホームページで情報を提供し、問い合わせ内容は、相談受付表に記録しています。                        |      |       |
| <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)  |    | 16. 重要事項説明書や1ヶ月あたりの利用料金見積もり書を提示して説明しています。判断能力に支障のある人については、家族等に同意を得ています。 |      |       |

| (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 | A |
| (評価機関コメント)        |    | 17. 利用開始時にアセスメントを行い、利用者の心身状況や生活状況の把握をしています。利用者の状況変化時以外にも定期的にあセスメントを実施しています。<br>18. アセスメントやモニタリング時に、利用者や家族の希望を聞いて、個別援助計画を作成しています。<br>19. 個別援助計画作成時には、サービス担当者会議での情報や医療情報を反映させています。<br>20. 3ヶ月ごとにモニタリングを行い、個別援助計画を見直しています。 |   |   |
| (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. ケアマネジャーを通じて医療情報や関係機関からの情報収集を行っています。右京区事業所連絡会に参加し、関係機関との連携を図っています。   |   |   |
| (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 | B |
| 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。  | B | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22.顧客満足度、事故・苦情等は本社で分析され、マニュアルの見直し、更新が行われています。<br>23. 利用者の記録についての保管、保存、持ち出し、破棄に関する規定を定め、個人情報保護に関する研修を年に1回実施しています。<br>24. 訪問の状況を日報に記録し、必要な情報を職員間で共有していますが、定期的なケアカンファレンスは開催されていません。<br>25. 連絡ノートや実施報告書等を通じて情報交換を行っています。    |   |   |
| (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。   | B | A |
| (評価機関コメント)        |    | 26. 感染症に関するマニュアルがあり、職員に対する研修も行っていきます。<br>27. 整理整頓を心がけ、清潔の保持を管理表にてチェックしています。   |   |   |

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| (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 | 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 | B |
| 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) |    | 28. 事故や緊急時の対応マニュアルを作成し、研修を年1回実施しています。<br>29. 事故、ヒヤリハットの定義が不十分で、事故報告書が1件しかありませんでした。また、保険者への報告も適切に行われていません。<br>30. 災害発生時の対応マニュアルがあり、研修を年1回実施しています。 |   |   |

| 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     | 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) |    | 30. 運営規程、重要事項説明書に明文化しており、高齢者虐待防止法についての研修を年1回実施しています。<br>31. プライバシー保護や羞恥心に対する配慮について、研修を行っています。<br>32. 対応が困難な場合は同法人の事業所を紹介する仕組みがあります。過去に利用申し込みを断ったことはないとのことです。 |   |   |

|                       |    |  |   |   |
|-----------------------|----|--|---|---|
| (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。   | 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 | A |
| (評価機関コメント)            |    | 34. 3か月に1度、サービス提供責任者が利用者との面談し、希望を聞いています。<br>35. ヘルパーが利用者の意向を把握した場合は、速やかに報告し、全スタッフが共有する仕組みがあります。<br>36. 重要事項説明書に公的機関の相談窓口を記載し、利用者や家族に説明しています。 |   |   |

|               |    |  |   |   |
|---------------|----|--|---|---|
| (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スタッフが積極的に参加している。  | A | B |
| 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)    |    | 37. 顧客満足度調査の結果を本社で分析・検討し、サービスの見直しや改善する仕組みがあります。<br>38. 右京区事業所連絡会・ヘルパー連絡会に参加し、他事業所と情報交換を行っています。事業所内ではサービスの質の向上について定期的な検討は行われていません。<br>39. 3年ごとに第三者評価を受審していますが、評価結果の分析・検討は十分に行われていません。 |   |   |