

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 22 年 4 月 26 日

平成 22 年 1 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ニチイ ケアセンター 亀岡）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3) 事業計画等の策定 法人の事業計画を基に事業所独自の方針としてサービスの質の向上やコンプライアンスの徹底等挙げるだけに留まらず、その為にすべきことも具体的に考えられ、職員全員が同じ目標に向かって業務に取り組めるようにされています。 売り上げ推移をグラフ化し明確にすることでその結果に応じて対応方法を分析・検討されています。</p> <p>(通番14) 地域への貢献 司法書士や小学生を対象とした認知症サポーター養成講座の講師として職員が参加されています。今後、事業所が主体となり特性を活かして地域に貢献されることを望みます。</p> <p>(通番24) 職員間の情報共有 随時ケースカンファレンスを行い、チームで共通した認識を持つ機会が確保されています。手順書も詳細に亘り作成され、均一したサービスが提供できるようにされています。日々事業所内の連絡ノートで常勤者全員が確認し、利用者宅でも連絡ノートだけでなく、必要に応じて食事・排泄・水分摂取の状況が一目でわかるチェックシートを活用する等状況把握に努められています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者は職員の意見を聞く機会を設ける等されていますが、自らの行動が職員から信頼を得ているか把握するための方法が見られませんでした。管理者が職員にどのように思われているか把握することでより良いチームケアできると考えられます。</p> <p>(通番13) 地域への情報公開 情報の公表制度等について利用者や地域住民への広報、開示をされていませんでした。利用者やサービス利用が必要な方が事業所を選択する指標になるものですので、広報や開示されることを望みます。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 アンケートをとり、法人としては全国規模の集計結果をホームページで公開されていますが、事業所としてのアンケート結果や日常の意見や要望、それに対する対応の公開が必要と考えられます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 無記名アンケートを実施し、職員から信頼を得ているか確認されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番13) 地域への情報公開 インターネットで情報を見ることはできますが、利用者には文書で知らせてはいかがでしょうか。地域の民生委員の会合にも参加されているとのことでしたので、そのような機会を利用されるのも有効と考えられます。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 些細な内容でも利用者からの意見や要望と事業所の対応を毎月の請求書に同封されてはいかがでしょうか。事業所の透明性が図れ、利用者がより意見を言いやすい環境になることで、更なるサービスの向上に繋がると考えられます。</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	2670600622
事業所名	ニチイケアセンター亀岡
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22年3月15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
<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)			社是や経営理念はホームページで公開し、事業所内へ掲示することで地域や利用者への周知を図っています。事業所独自でも「かめおか」を振り「かがやく笑顔で めざすものは おもいやりのある かいご」というキャッチフレーズを掲げて職員は業務に取り組んでいます。職員全員が社是や経営理念が明記されたコンプライアンスカードを所持し、毎月の業務ミーティングでの理念の唱和を行う等職員への周知を図っています。毎月行われる事業所内全員参加のミーティングの中で非常勤職員の意見を取り入れ、法人の支店レベルの会議を通じて職員の意見が反映される仕組みがあります。職務権限は運営規定に明記されています。		
<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	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)			年1回の顧客満足度調査の結果や年度末の業務ミーティングで職員の意見を収集し、反省点や問題点を明確にした上で次年度に向けた方針の決定に繋がっています。その上で法人の中長期計画「ターゲットファイブスター」に対し取り組んでいます。職種や経験年数に応じた研修体制があります。非常勤職員には「キャリアアップ制度」として段階的な研修を行い課題に取り組むことで、サービスの質の向上を図っています。常勤職員は「標準化研修」「サービス担当責任者研修」に設定した課題に取り組んでいます。管理職は「目標管理シート」に沿ってそれぞれの達成状況が評価できる仕組みがあります。		
<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。	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)	各種法令については法人のweb上で幅広く確認できる様になっており、マニュアルも法令に従った内容で作成されています。自主点検だけでなく、法人独自の「自己点検」を年2回実施しています。管理者は各ミーティング全てに参加し、職員の意見を聞くよう勤めています。職員へのヒヤリングで意見を言いやすい環境にあることは確認できました。管理者は日報・常勤ノート・シフト表・サービス経過表を通じて状況の把握に努め、携帯電話で緊急時の指示も適切にできるような体制ができています。
--	------------	--

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	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)		就業前から就業後にかけて研修体系図に基づき「サービステクニカル研修」「キャリアアップ制度」等計画的に研修を実施しています。職員に対して外部研修の情報も随時提供され、希望者は参加できるようシフトを調整しています。毎月のミーティング時に時間をつくり、内容によっては外部からも講師を招いて研修を行います。法人や組合で介護福祉士や介護支援専門員の資格取得に向けた受験対策勉強会が取り組みを行っています。実習受け入れに対するマニュアルは完備され、実習指導者に対する研修を受けています。		
<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。	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	B
		(評価機関コメント)		有給休暇は事前に申請することで職員の希望に応じて消化されている事が職員ヒヤリングから確認できました。「カラダとこころの健康づくり」として、社員とその家族の為の24時間体制の電話相談やカウンセリングができるシステムがありストレス軽減を図っています。管理者・常勤職員・事務員が協力し、非常勤職員が相談しやすい雰囲気作りを努めています。職員の休憩場所は客観的にリラックスできる雰囲気ではなかったものの、限られた環境の中で少しでも良い環境をつくろうと努力していることが窺えました。		
<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。	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	B
		(評価機関コメント)		法人発行の情報誌「Tomoniil」や隔月刊誌「ニチイ」を利用者に配布するだけでなく来訪者に対しても見てもらえるよう事業所内にも配置しています。行政が主体となった介護指導や福祉用具の説明会等を利用者に案内していますが、今後は事業所が主体となった地域への取り組みを期待します。		

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>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)		法人発行のパンフレットやホームページ、事業所独自で作成した「ニチイ通信」や料金表を利用して事業所に関する情報をわかりやすく提供されています。		

(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)		重要事項説明書の他「ご利用確認書」として利用曜日・時間、サービス内容、料金をわかりやすく一覧にまとめて説明し同意を得ていることが確認できました。成年後見制度等について非常勤職員への理解を深めるような取り組みを期待します。		
(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)		アセスメントは利用者の心身の状況や本人・家族の意向等必要事項が記録できる様式になっており、課題を明らかにした上で個別援助計画を作成していることが個人ファイルで確認できました。個別援助計画はサービス変更時や介護認定更新時に、利用者・家族や関連職種の意向を踏まえて見直されています。サービス提供責任者が毎月利用者宅を訪問してモニタリングを行い、担当者がまとめた状況報告書を毎月ケアマネージャーに提供しています。		
(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)		サービス担当者会議や退院時カンファレンスへの参加をはじめ、常に利用者の状態把握に努め、介護支援専門員を通じて必要な情報の入手に努めています。緊急時「緊急連絡表」により主治医に直接連絡を取り指示を仰ぐ体制ができています。		
(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。	B	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)		職員全員に各マニュアルがまとめられた「ニチケアスタッフマニュアル」が配布され、マニュアルに沿ったサービスが提供できるようになっています。個別の手順書があり内容や留意点は詳細に亘り、関係職員が同等のサービスを提供できる仕組みになっています。サービス提供後に記載する「実施記録報告書」で計画通りサービスが提供されているかを確認できます。連絡ノートを活用やカンファレンスを通じて利用者家族や職員間の情報共有が行われています。個人情報保護について入社時に研修がある他、「個人情報保護トレーニング」と題したテストが毎年全職員に対して行われ、認識を深めています。		
(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)		マニュアルが作成され、研修も計画的に行われています。個別の対応が必要な場合は手順書にも記載されています。保健所等にも積極的に働きかけ、直接指導を仰いだ結果を事業所内に掲示・回覧しています。各スタッフが携帯用の消毒剤や薬用せっけん等入ったセットを常備し衛生管理を行っています。		

(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)		緊急連絡表が作成され、裏面に緊急時の連絡手順をわかりやすく記載することで落ち着いて対応できるようになっています。行政のホームページから災害に備えた情報を入手しています。軽微な内容でも「事故トラブル報告書」を作成し、状況・結果・原因・対応等記録し再発防止に努めています。ヒヤリハット報告書を元に研修の中で原因や対策が話し合われ、その結果をヒヤリハット体験としてまとめています。		

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)		倫理・接遇・高齢者虐待予防について研修を行い職員への周知を図っています。個別の手順書の中にも利用者の羞恥心に配慮するような方法が記載されており、関係職員が共通の認識の下サービスを提供できる仕組みが確認できました。サービス利用の依頼に対しては必ず受け入れるよう取り組んでいます。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		毎月のモニタリングや担当者会議を通じて希望を聞いたり相談を受ける機会を設けています。利用者からヘルパーに意見や要望があった場合、ヘルパーは直後に事業所に報告することを義務付け、早急に対応できる体制が取られています。毎年法人が主体となり「顧客満足度調査」を行い結果をホームページで開示し、事業所でも結果を分析しサービス向上に役立っています。相談・苦情受付の連絡先を重要事項説明書に明記し、利用者への周知を図っています。法人の相談窓口として24時間フリーダイヤルで受け付けており、連絡があった場合は管理者に連絡があり対応されていることが記録から確認できました。利用者からの意見・要望・苦情を個人情報に十分配慮した上で広報誌等で公開することを期待します。事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置することを望みます。		
(3)質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	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。	A	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)		顧客満足度調査が年1回行われ、調査結果から課題を明確にできるようミーティングの中で話し合い、サービスの質の向上に役立っています。年2回法人独自の自己点検を行い、不備点がある場合は改善期日を定めその結果を記録しサービスの改善に努めています。		