

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 22 年 4 月 1 1 日

平成 22 年 1 月 1 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京都岡崎）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 無記名アンケートにより、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	2670800222
事業所名	ニチイケアセンター京都岡崎
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)	予防訪問介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成22年3月24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)		社是に「誠意・誇り・情熱」を掲げ、経営理念と共に採用時研修、事業所内への掲示、各職員に配布されるコンプライアンスカードへの記載、朝礼時の唱和を通じて職員は常に意識を持って業務に携わるように勤めています。利用者に対してはホームページや事業所内への掲示を通じて周知を図っています。運営方針は重要事項説明書に明記されています。会議図や委員会図を基に各業務レベルで毎月会議を行い、職員の意見が反映される仕組みがあります。職務権限は重要事項説明書・運営規定に記載しています。事業所内の研修の中で「人の関係づくり」と題したグループワークが行われ、相手の感情を重んじる・思いを汲み取ることができるよう勤めています。		
<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)		「ターゲットファイブスター」と銘打った中長期経営方針を基に単年度計画を策定しています。事業所独自の方針として「地域No.1」を掲げ、サービスの質の向上・適正利益の確保・コンプライアンスの徹底に向けて、その為にすべきことをミーティングの中で話し合い事業所全体で取り組んでいます。売上推移をグラフ化、分析し対応方法を検討しています。非常勤職員・常勤職員・管理者それぞれに課題が設定され取り組んでいます。事務員は「事務業務自己点検チェックリスト」により、現状を把握し業務に取り組んでいます。		
<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)	採用時研修・サービステクニカル研修で法令に対する理解を深め、責任者が収集した法令等の情報は事業所内のミーティングを通じて職員への周知が図られています。拠点運営改善委員会が開催され、働きやすい職場環境について検討しています。職員へのヒヤリングで働きやすい職場であることが確認できました。管理者は連絡ノート・シフト表・経過記録により日々の状況が把握できます。緊急時の連絡体制はフローチャートでわかりやすく掲示しています。
--	------------	--

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	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採用時研修・サービステクニカル研修・フォローアップ研修等計画的に研修が行われ、外部研修の情報も随時提供されています。法人教育課が行う講座は社内割引が適用され、職員のレベルアップに繋がっています。毎月のミーティング時にも研修の時間をつくり、資格取得の取り組みも行われています。事業所内に設置されている特殊寝台・車椅子・ポータブルトイレを利用した実践的な指導も行っています。実習生受け入れマニュアルが整備され、利用者の個人情報等に十分留意した上で実習生を受け入れています。		
<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。	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	A
		(評価機関コメント)		有給休暇も取得できており、スタッフが無理なく業務にあたっていることがヒヤリングにて確認できました。福祉用具の活用をすすめ、職員の負担軽減に配慮しています。管理者も職員の心身の負担が軽減できるよう心掛けています。法人が「カラダとこころの健康づくり」として行う取り組みの中で、職員やその家族が相談したりカウンセリングを受けられる制度により精神的なサポートをしています。職員の休憩場所は専用のスペースがあります。		
<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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		法人発行の冊子「tomonile」、利用者向けの小冊子「ニチイ」以外にも事業所独自にパンフレットを作成し配布し事業所に設置しています。情報の公表制度についての広報と開示について、広報誌等に記載して利用者や地域に周知を図ることを期待します。職員が小学生や司法書士を対象とした認知症サポーター養成講座の講師として参加しています。地域の民生委員の会議に参加し地域のニーズの把握に努めています。		

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
<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)		ホームページやパンフレットを用いて事業所の情報を提供し、問い合わせに対しては「相談・苦情受付表」に沿って対応しています。		
<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)		利用開始前には重要事項説明書の他にも「訪問介護ご利用確認書」を用いて利用曜日・時間帯・金額等記載し、わかりやすく説明し同意を得た上でサービス提供しています。訪問介護でできることとできないことをイラスト付きで説明しています。成年後見制度や地域権利擁護事業についても研修の中で触れ、職員の理解が深まるよう取り組んでいます。		
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>				
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)		アセスメント表は本人・家族の意向、心身状態、生活状況等記載できる様になっています。サービス担当者会議等積極的に参加し、他職種と連携を図りながら必要な情報の収集や提供行う中で個別援助計画を作成しています。毎月ヘルパーとは別に担当者が利用者宅を訪問し、利用状況の確認や利用者本人や家族の意見を聴く機会を設けています。ケアマネージャーにも毎月個々の利用者の状況等報告しています。		
<b>(4)関係者との連携</b>				
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)		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医療情報等入手に努めています。「緊急時連絡表」が作成され、緊急時には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。緊急時の連絡先だけでなく緊急時に救急車を希望するかしないか等、利用者の意思を尊重した項目も含まれていました。		
<b>(5)サービスの提供</b>				
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)		各種マニュアルが整備され、職員がいつでも閲覧できる場所に保管しています。職員全員に「ニチイケアスタッフマニュアル」が配布され、常にマニュアルが確認できることで事故防止や安全確保に努めています。個別の手順書は内容や留意事項が詳細に亘り記載され、職員全員が同等のサービスを提供できるように工夫しています。サービス実施後は利用者宅に置いた連絡ノート・サービス実施記録にサービス内容や状況を記載し、職員・関係機関で利用者情報の共有を図っています。ヘルパーや関係機関からの報告や情報提供については個別の事業所内の連絡ノートや経過記録に記載され、必要に応じて責任者からヘルパーに周知を図り、ケースカンファレンスも随時開催しています。利用者の家族とは書面でのやり取りだけでなく担当者が毎月訪問して情報交換に努めています。		
<b>(6)衛生管理</b>				
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)		感染予防マニュアルが作成され、計画的に研修が行われています。研修以外にも法人からの情報提供やWAMNETから情報を収集し、職員が回覧しています。日常業務の中では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・二次感染の予防に努めています。事業所内は職員が清掃を行っています。		
<b>(7)危機管理</b>				
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	B
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)		マニュアルが作成され、事故トラブル・ヒヤリハット事例を基にした研修を行っています。毎年地域の消防署に協力を仰ぎ、救命講習を受けています。事故等があった場合は事故トラブル報告書に記載し、原因や対応についての分析を行い、マニュアルや利用者個々の手順書を見直し再発防止に活用しています。災害発生時に地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練を行うことを望みます。		

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

<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)		運営規定・重要事項説明書・ニチケアスタッフマニュアルに利用者の尊厳の保持について記載しています。尊厳の保持についてはグループワークを中心とした具体的に理解しやすい研修を行っています。高齢者虐待防止・プライバシー保護に関する研修も行い職員の理解を深めています。介護手順書の留意点の中にプライバシー保護に関する内容も広く盛り込まれています。利用申込みは「受付表」に沿って受け付け、時間帯等利用者の希望にどうしても応じられない場合は同法人の他事業所を紹介することで対応しています。				
<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。	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)		重要事項説明書に相談・苦情受付窓口を記載し、事業所内にも掲示しています。毎月のモニタリング時に意見等を拾い上げる他、連絡ノート上でも利用者や家族の意向を確認できます。意見や要望があった場合は事業所内でのミーティングで取り上げ、改善方法や対応について職員間で話し合う機会を設けています。年1回顧客満足度調査を行い、法人のホームページ上で公開しています。利用者からの意見・要望等について個人情報に配慮しながら広報誌等を利用して公開することを期待します。法人が運営する24時間のコールセンターがあり、利用者から連絡があった場合は速やかに管理者に伝えられ対応できるよう取り組んでいます。第三者を相談窓口として設置することを望みます。				
<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)		毎年顧客満足度調査を行い、結果を職員全員で事業所内ミーティングの中で共有し、改善に向けて取り組んでいます。毎年自主点検の他にも法人独自の「自己点検」を年2回行い、満たされていない項目については原因・改善方法・改善結果の記載まで徹底し、サービスの質の向上に努めています。				