

アドバイス・レポート

平成 21 年 4 月 28 日

平成 21 年 2 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 財団法人仁風会 訪問介護事業所さがの 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>I (1) 組織の理念・運営方針 通番1. 理念の周知と実践 通番2. 組織体制 (3) 管理者等の責任とリーダーシップ 通番5. 法令遵守の取り組み 通番6. 管理者等によるリーダーシップの発揮 通番7. 管理者等による状況把握 「まごころ医療宣言」に基づき、利用者の自立支援を常に考えた援助が徹底されています。法人としての組織体制も確立されており、各種の定例会議にて職員の意見を汲み上げ、研修やミーティングでの徹底も図られています。 管理者のリーダーシップもしっかり発揮され、事業所の団結の要となっていることが明確に確認できます。</p> <p>II (1) 人材の確保・育成 通番8. 質の高い人材の確保 (3) 地域との交流 通番13. 地域への情報公開 通番14. 地域への貢献 常勤は介護福祉士採用と規定されており「利用者は断らない」の精神から、必要に応じて採用枠を決められています。採用後の資格取得についても熱心で、法人内の受験対策講座を受け、6名中4名がケアマネ資格を取得され、日々の援助に活かされており、懐の広い、レベルの高い事業所と伺えます。 地域との交流も社協発行の「宇多野たより」への投稿、月2回開催される「福祉の相談日」の取り組みと連携して相談を実施されているなど地域への貢献及び信頼の大きさを感じます。 又、管理者の豊富な知識が活かされ、地域に対してもリーダーシップを発揮されていることも大きく評価したいと思います。</p> <p>IV (1) 利用者保護の観点 通番30. 人権等の尊重 通番31. プライバシー等の保護 人権等の尊重は理念に沿って実施するため、研修会も頻回におこなわれています。全職員が「まごころ医療宣言」を実践する気持をもってサービスの提供をされています。又、プライバシー保護も同様、排泄等はトイレを使用、家族であっても失禁等があったときの言葉かけなど指導が徹底されています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>I (2) 計画の策定 通番3. 事業計画等の策定 毎年、単年度の計画、方針に基づいて運営されています。しかし、中・長期の課題については不十分で、目標管理とあわせて、'09年度の課題とされています。</p> <p>III (5) サービスの提供 通番22. 業務マニュアルの作成 実務の実際のマニュアルは整備されていますが、詳細に至るまでのマニュアルが十分ではありません。ヒヤリハットにより、買い物マニュアルが追加されるなど積極的に取り組まれています。更に詳細まで整備されることで、より一層、質の高い職員統一したサービスが提供できると考えます。</p> <p>IV (3) 質の向上に係る取組み 通番36. 利用者満足度の向上の取組み 利用者満足度について、現状は意見箱が嵯峨野病院に設置されているので、意見が聞きにくい状況となっています。しかし、'09年度、事業所に直接設置する予定となっており、積極的に取り組む姿勢が伺えます。又以前行われていた家族会も今後予定されており、生きた評価を直接受け取ることができ、事業所の質の向上につながると考えられます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所設立後、4年が経過しています。単年度計画は明確に立てられていますが中長期計画を立案し、その計画に沿って、単年度計画を立てられた方がさらに永続的に必要な事業所として運営されるのではないかと考えます。そしてその単年度目標を職員の目標とし、個別で目標を達成されるよう、指導育成され、達成度を評価される仕組みを検討されることで、職員のやる気が増し、気付きも明確になると考えられます。 ・すべての面（ハード面、ソフト面）において、もっとアピールされてはいかがかと思います。今後ホームページ、パンフレットも見直しをされるということです。事業所の信条、こだわりの援助内容、そして家庭的な温かい雰囲気の事業所建築物をもっと地域に発信されてはいかがかと思います。 ・意見箱の設置や、満足度調査の実施など、利用者の声そして、職員自身の意見を反映される仕組みを準備中ですので是非実行されることを期待します。第三者評価でのアンケートにも85%以上の方が「満足している」と答えています。ぜひ「声」からさらなるサービスに役立てられ、ステップアップされることを願います。なお、法人母体との関係で、職員のストレス管理の体制がありますが、実行はなかなか難しいと考えられます。他職種も含めて気軽に相談できる具体的仕組みを検討されては如何でしょうか。

※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	2670700455
事業所名	財団法人仁風会 訪問介護事業所さかの
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・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成21年3月11日
評価機関名	京都私立病院協会

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)		まごころ医療宣言に基づいてサービスがおこなわれています。年2回以上の研修を実施しており、事業所内への貼り出しなど理念が全職員に徹底されています。定例幹部会等を毎月実施して研修会兼ミーティングで周知徹底を図っています。			
(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。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		事業計画は単年度のみで、中・長期計画については今後検討されています。目標管理も4月から実施予定との事です。業務レベルにおける課題の設定は、定期的に達成状況が把握されていません。人事考課はありますが目標管理が現時点はありません。			
(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)		法令遵守の取り組みは関係法令の整備ができています。管理者は常にPHS持参で緊急時対応されています。			

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
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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		常勤は介護福祉士の採用。「利用者はことわらない」を精神として採用人数を決定しています。採用後の資格取得への援助は計画的に勉強会を実施され施行されています。外部研修に関しては、回覧板等で研修の周知徹底を行い、年一回以上参加のシステムがあります。実習生も積極的に受け入れており、同行訪問で受け入れマニュアルの活用をおこなっています。		
(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)		超勤時間等は月単位で管理者が把握されています。就業規則、有給取得状況も明確です。また、産業医がおられます。院長研修に参加するようにされていますが、実際には要望や不満を明確にする体制は無く、意見箱の設置を検討中です。横になるための休憩室はありませんが、事務所の「有効的な使い方」が検討されています。		
(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。	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	A
		(評価機関コメント)		ホームページや社協発行の「宇多野たより」に投稿。月2回の福祉の相談日の取り組みに連携をおこなっています。老人ふれあいセンターとの連携など管理者を中心に積極的な活動を展開しています。		

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		ホームページ、パンフレットに事業所内容は記載されています。現在情報の内容をさらにわかりやすいものとし、利用者に提供できるよう検討中です。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書、契約書は大きな字で見やすく作成されており、内容も介護保険外サービス内容と料金等も明確に記載されています。		

(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。	B	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。	C	B	
(評価機関コメント)		右京区共通様式を使用し、基本情報を共有しています。更新時及びプラン変更時などはアセスメントをされ、計画書作成されています。さらに改善するため、用紙においては検討中との事です。			
(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)		サービス提供中の利用者の変化は直接、医師・介護支援専門員に連絡、報告を行っています。又関係機関等は介護支援専門員と協力しながら連携が行われています。			
(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。	B	B	
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。	B	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、朝の申し送りに関するマニュアル、訪問介護実習の受け入れマニュアル、口腔ケアマニュアル等、業務手順に関するものから、実務に関するものまで多種のマニュアルが作成され、必要に応じて更新されています。又記録等も「訪問記録カード」等利用し、日頃の状態が常に記録されており、常に誰でも閲覧できるように設置され、常に指導のポイントを管理者が指導されています。独居で、御家族が遠方の場合も、なにかあればすぐに電話連絡されています。			
(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)		食中毒、ノロウイルス等、「感染症マニュアル」が整備されています。なお、マニュアルが整備されていないことが発生した時は、その都度マニュアルを整備し、管理者に指導されています。			
(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。	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。	A	A	
(評価機関コメント)		「事故の原因と安全対策」「事故防止対策マニュアル」等、整備されています。なお、火災非難訓練など年2回実施されています。現時点で事故はありません。			

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
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。	B	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。	B	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)		「まごころ医療宣言」に則った研修を年に数回実施し、職員全員がその気持ちを持ってサービス提供しています。なお、利用者のプライバシー、羞恥心に配慮され、自宅での排泄は必ずトイレで行うことを基本にされ、言動についても管理者により常に指導されるシステムになっています。		
(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。	B	B
		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	公的機関等の窓口に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)		利用者からの苦情や気づきは、直接管理者により、利用者の話を傾聴され対応されています。「苦情処理マニュアル」も整備され、職員全員で共有されています。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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。	C	C
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		利用者の満足度を把握するため、4月に調査予定です。サービスの質向上のため、事業所にはケアカンファレンス、記録検討委員会、研修企画委員会、サービス質向上委員会が設置されています。又自己評価表を作成され、事業所内での自己評価を今後稼働させる計画があります。		