

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 6 月 24 日

平成 22 年 3 月 3 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ケア・サポート紫明事業所につきましては、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 (通番2) 組織体制 (通番5) 法令遵守の取り組み 毎月定期的に管理者会議、実績会議等が開催され、職員の意見が反映されています。訪問介護マニュアルが作成され、職務に応じて権限の委譲が明確になっています。管理者は集団指導等の研修会に積極的に参加し、ミーティングやPCでのスタッフへの報告により、全職員に内容が共有されています。また雇用管理講習会も受講されています。</p> <p>II (通番12) ストレス管理 職員の悩みやストレスに対し、京都健康管理研究会の産業医と提携し何時でも相談ができる体制にあり、管理者による個人面談も取り入れられています。</p> <p>III (通番15) 事業所情報等の提供 (通番16) 内容・料金の明示と説明 (通番24) 職員間の情報共有 (通番26) 感染症の対策及び予防 (通番29) 事故の再発防止等 グループ内に整備されているトータルライフケアシステムで記録し易い方法が用いられています。介護保険外の料金もわかりやすく説明できるよう書類が用意されています。また感染症予防マニュアル等が整備され、全職員に配布し、統一が図られています。</p> <p>IV (通番31) プライバシー等の保護 (通番32) 利用者の決定方法 (通番33) 意見・要望・苦情の受付 (通番35) 第三者への相談機会の確保 同性介護を徹底し、依頼があれば断らないという姿勢であり、またクレーム等は報告書にて上位まで確認されています。改善方法についてはミーティングにて協議され全員に周知されています。</p> |
|-----------------------------|--|

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>II (通番9) 継続的な研修・OJTの実施 (通番10) 実習生の受け入れ 年間研修計画を作成し、勉強会や研修会へ参加しやすいよう時間調整し、費用を事業所が負担、伝達講習もなされていますが、日々の業務を振り返り、反省点などを記録し次に生かせるよう助言する仕組みがありません。現在、実習生を受け入れ、マニュアルが整備されて基本姿勢も明文化されていますが、実習指導者の研修がなされていません。</p> <p>III (通番20) 個別援助計画等の見直し (通番22) 業務マニュアルの作成 (通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 アセスメント方式は明確となっていますが、現在のアセスメントから問題点を抽出するのは難しい状態でした。また、いつ何を使用して、どうするかという実務的な面のマニュアル整備が不十分でしたし、記録等の管理方法も不十分でした。</p> <p>IV (通番36) 利用者満足度の向上の取組み (通番37) 質の向上に対する検討体制 (通番38) 評価の実施と課題の明確化 様々な委員会が設置されておりますが、グループ内の会議等にはマニュアルが十分整備されておらず、検討する仕組みがありません。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1 質の高い介護サービスを提供するため、勉強会、研修会を行い、資格取得支援の取組みもされていますが、職員の日々の業務を振り返り、記録に残す仕組みを構築される事をお勧めいたします。また、事業所内で実習指導者の勉強会などを催されては如何でしょうか。</p> <p>2 個別援助計画の見直しについて、計画を変更する基準を定められる事と、提供したサービスが実際に行われているかどうかを確認するための手順(いつ、誰が、何を用いて、どうするか)を作成されると充実したサービスの提供に役立つのではないのでしょうか。また記録物の保管、持ち出しに関する規定を作成されては如何でしょうか。</p> <p>3 年に一回顧客満足度調査が行われていますので、会議にて分析、検討され、結果を職員全員が共有できるような仕組みを構築される事により、サービスの質の向上に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>今後もより質の高い事業所になっていただける事を期待いたします。</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 | 2670100664 |
| 事業所名 | 株式会社ケア・サポート 紫明事業所 |
| 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25日 |
| 評価機関名 | 社団法人京都私立病院協会 |

| 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) | | 理念・運営方針が明文化され、職員全員に周知されており、運営方針に沿ったサービスが提供されています。毎月定期的に会議が開催されています。できればウェブや広報誌「和音」に理念・運営方針を明示されては如何でしょうか。 | | | |
| (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。 | 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) | | 事業計画が作成され、全職員キャリアアップシートにて課題達成期間が明確になっており、サービス提供責任者チェックシートにて自己評価見直しされていますが、達成状況の確認をされる事が必要と思います。事業計画は数字だけでなく文章も取り入れ作成されますと、もっと解りやすくなるのではないのでしょうか。 | | | |
| (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 | 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) | | 管理者は集団指導や研修会へ積極的に参加し、ミーティングやPCIにて全員に報告、職員全体で共有されています。また緊急対応マニュアルが作成され、現場で困った時には緊急携帯にて24時間指示を仰ぐ体制になっている事は評価できます。 | | | |

| 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。 | 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | ヘルパー2級以上を採用基準とし、資格の無い人に対して学校斡旋、助成金を出し資格取得後採用する体制があり、採用後資格取得に向けての研修会もなされていますが、日々の業務を振り返り次に生かす仕組みを構築される事と、実習指導者の研修を行う事をお勧めします。 | | |
| (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) | | 職員の悩みやストレスに対して、産業医と提携されています。有給は平均10日位は消化、育児休暇、介護休暇も取得できる体制があり休憩場所も広く、ヒアリングにおいても働き易い職場であると感じました。 | | |
| (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 | 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 | A |
| | | (評価機関コメント) | | 地域に根ざした訪問介護事業所になっていただくために、運営理念等を広報誌やウェブで公開されては如何でしょうか。 | | |

| 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | ホームページ、パンフレット等に記載されており、パンフレット等は常時事業所カウンターの上に常備してあります。また問い合わせ等は、新規受付票にて対応されています。 | | |
| (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) | | 重要事項説明書に記載され、締結されています。また「安心サービス」という書類で作成し、介護保険外・介護サービスの料金をわかりやすく説明されています。また権利擁護マニュアルにより、権利擁護事業の活用も推進されています。 | | |

| (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。 | 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 | B |
| (評価機関コメント) | | MDS-HC方式でアセスメントは記載されています。利用者及び家族の希望も聴取されプランに反映されています。しかし、面談されていることは聴取できましたが、MDS-HC方式でのアセスメントの記載が定期的に確認できず、問題領域の提案には至っていませんでした。 | | |
| (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) | | 退院時等のカンファレンスに参加されています。また地域との連携は「事業所連絡会議(北区居宅介護(予防)支援事業者連絡会)」に参加され、有機的な連携を図る努力ができています。 | | |
| (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 | 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 | B |
| 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) | | 業務マニュアルは整備され、一年に一度は見直しをしているとのことでした。しかし、マニュアルに基づいて実施されているか確認する仕組みはなく、見直し基準も存在していません。また顧客満足調査を毎年実施されていますが、その調査を反映される仕組みが不十分でした。なお、記録については、随時パソコン(トータルライフケアシステム)を利用し、記録、保管されていますが、保管等について規定が不十分でした。 | | |
| (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) | | 感染症予防マニュアル等が整備され、事業所全員に周知されています。また、グループ内の在宅感染対策委員会に管理者等が参加し、伝達講習する仕組みがあり実施されています。よって、感染者のサービス提供の際にはマニュアルに則り、マスク・手袋等が使用されています。 | | |
| (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 | 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) | | 事故防止マニュアル・緊急時対応マニュアル等が整備されています。また救命講習(AED講習)が実施されています。マニュアルに則り、事故報告書が記載され、管理者会議、事業所ミーティングで協議されています。また事故クレーム研修等を受講され、伝達講習も実施、全員に周知されています。なお、災害発生時の対応について、地域との連携の仕組みは十分ではありませんでした。 | | |

| 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 |
| 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) | | 同性介護を基本とされ、また倫理等については研修を行い、人権に配慮したサービス提供が行われています。排泄介助の時などはタオルをかける、カーテンを閉める、なども露出に気遣いプライバシー保護にも努められています。なお、新規受付時には、新規受付票を記載し、基本的には依頼は断らないように努め、どうしても調整がつかないようなら、空いている日時を依頼者に返すようにされています。 | | | |
| (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。 | 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 | A | |
| | 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。 | A | A | |
| | (評価機関コメント) | | 顧客満足度調査を年に一度実施されています。また毎回利用者さまの希望が受け取れるように『サービス実施記録』の「利用者さまからのご要望・伝達事項等」の欄を大きくするなど工夫されています。なお苦情処理マニュアルに則り、クレーム対応報告書記載されています。また苦情窓口は重要事項説明書に明確に記載されています。 | | | |
| (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。 | A | B | |
| | 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 | 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。 | A | B | |
| | (評価機関コメント) | | 年に一度、顧客満足度調査を行なわれていますが、検討する仕組みが不十分であり、結果について、広報・CI委員会、事業所全体ミーティングで行われているようですが、議事録等で確認できず、マニュアルの整備も不十分でした。 | | | |