

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 27 年 2 月 13 日

平成 26 年 10 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人 みつみ福祉会 三愛荘訪問介護事業所 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>記特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>通番2) 組織体制 「Mitsumi-organization」が作成され、組織としての透明性が図られています。理事会・施設長会、法人全体では事業部・財務部・人材育成部・専門部が設置され、それ以外にも各種委員会があり、職員の意見が反映される体制となっています。会議議事録等は、施設内サーバにより管理され、職員全員が閲覧できる仕組みがありました。登録ヘルパーについては、数回情報発信を行い、全員に行きわたるように徹底させています。</p> <p>通番9) 継続的な研修・OJTの実施 組織として「人材確保と育成計画」（求められる職員像）が整備され、段階的に必要な知識やスキルを身につける仕組みが確立できています。「研修とねらいの内容」も具体的に記載され、スタッフ育成について体系化され、またOJTや外部研修を積極的に取り入れています。</p> <p>通番14) 地域への貢献 地域貢献委員会を中心にクリーンキャンペーンを行ったり、地域に出向いて介護者教室を行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番22) 業務マニュアルの作成 サービス提供に係る業務マニュアルや手引書はありますが、定期的な見直しや実施方法の確認の仕組みがなく、その基準等については部門だけの課題ではなく法人として連動性を含めて体系化に取り組まれることを期待いたします。</p> <p>通番29) 事故の再発防止等 「ヒアリハット」は作成されていますが、再発防止のためにマニュアルや事故防止策に連動されていません。定期的な評価や見直し等に活用されることが望ましいです。</p> <p>37) 利用者満足度の向上の取り組み 満足度調査を23年に実施され、それ以来なく今年度末には実施予定とされています。毎年度末に課題の取り組みについて職員会議を開催されていますが、次年度に反映される仕組みになっていないのが残念です。サービスの質の向上に向けた議論は日々されていますが、議論された記録も見当たらなかったため、取り組み成果の活かす仕組みづくりを整備されることが望まれます。</p>

具体的なアドバイス	<p>三愛荘の事業所は、特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・ケアハウス・通所介護・認知症対応型通所介護・居宅介護支援・訪問介護と7事業所があります。</p> <p>みつみ福祉会の法人としては、老人・障害・保育と包括的な福祉事業に取り組み、地域に根ざした信頼性を基本とし、「共に生きる」の理念をもとに地域福祉の向上を目指しておられます。そのためにそれぞれの事業所ごとに第三者評価を受審し、業務の振り返りを行い、日々の意識化を職員が自覚することでサービスの質の向上に努めておられます。</p> <p>法人の歴史と事業所展開に伴い規模拡大から、情報共有はデジタル化され、マニュアルや記録は全てパソコンの中にファイリングされています。</p> <p>訪問事業所においても同様のシステムが構築され、業務の効率化と職員の周知徹底を図られていましたが、特に感染症のマニュアルは、感染症の利用者を断らない方針であり、ヘルパーが感染の介在者とならないためにも是非、毎年見直していただきたいと思います。また、ヒアリハットや事故報告書を活かし、実態に伴ったマニュアルへと更新されることが望ましいと思います。</p> <p>各種委員会で議論されていることも確認できませんでしたので、可視化を実行し、課題をマニュアルや次期に向けたサービスの質向上に向け、反映される仕組みづくりを期待致します。</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	2672600109
事業所名	三愛荘訪問介護事業所
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26年11月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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。	B	B	
	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)理念である「共に生きる」はパンフレットやホームページに明文化され、職員に配布するなど周知されているが、利用者や家族への周知が十分でない。 2)法人に4つの部があり、施設内には委員会を設け、職員の意見を反映できる仕組みを構築している。月1回の職員会議もあり、会議録はサーバーに管理されており、参加できない職員が閲覧出来るようにしている。			
<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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		3)法人として「みつみ福祉会5年達成ビジョン」(平成23年～27年)を策定しており、企画会議(主任級以上)、月1度のヘルパー会議などで進捗状況の報告と分析を行っている。 4)事業計画において重点課題として掲げるとともに個人目標、チーム目標を設定している。課題の達成状況の確認を半年ごとに行っている。			
<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。	B	B	
	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)管理者は研修や勉強会に参加し情報収集をしているがリスト化されていない。 6)専決事項や業務分掌に管理者の役割が明示されているが、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する方法を持ち得ていない 7)日常的には業務日誌で確認するほか、緊急時の対応マニュアルが定められ、連絡体制を構築している。			

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。	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	B
		(評価機関コメント)		8)法人に人材育成部を設置して人材確保と育成計画を掲げ取り組んでいる。資格取得支援として費用の一部負担、法人内で受験対策講座を行っている。 9)法人において研修計画が定められており、すべてのヘルパーが年に1回は参加できるようにしている。また、新しい職員には慣れるまで同行するなどスーパービジョンを行う体制がある。 10)実習の受け入れに関する基本姿勢、マニュアルは整備されているが、実習指導者に対する研修は行われていない。		
<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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		11)職員の有給休暇の取得率や時間外労働のデータを把握し配慮を行っている。 12)メンタルヘルス対策として外部の相談窓口を周知しているほか、週に1回産業医が来所している。また、ハラスメントの相談窓口についても設け職員に周知している。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		13)市民病院等に法人パンフレットを置いてもらっている。また、施設として地域と夏祭りや合同文化祭を行っている。 14)地域貢献委員会を中心に地域に出向いてクリーンキャンペーンや介護者教室を行っている。		

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)ホームページやパンフレットにおいて、事業所概要等が掲載されている。見学希望については随時受け付けている。		
<b>(2)労働環境の整備</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。	B	A
		(評価機関コメント)		16)重要事項説明書に基づき説明を行い同意を得ている。また成年後見人との契約の事例もある。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		17)所定の様式により、アセスメントを行い管理ソフトに記録している。半年に一度の定期的見直しに加え、ニーズの変化など適宜見直しを行っている。 18)サービス担当者会議などを通じて本人、家族の希望を踏まえ訪問介護計画書を策定している。 19)ケアマネジャーを通じて医療情報を収集し、訪問介護計画書に反映している。 20)毎月1回行われるヘルパー会議においてサービス内容の確認をし、必要に応じて経過の見直しを行っている。		
(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)担当者会議に出席して、関係機関との連携をとっている。必要に応じて退院カンファレンスにも出席している。介護予防の利用者については包括支援センターと連携をとっている。		
(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	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)		22)業務マニュアルは整備されているが、定期的な見直しや実施方法の確認の仕組みがない。 23)利用者ごとに記録は整備され、ケアプランに基づく記録や状態の推移も記録されている。個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し、研修計画はあるが実施されていない。 24)連絡帳にて情報共有し、登録ヘルパーには電話確認をして記録もとり、情報を確実に共有できる体制にしている。 25)「ヘルパー連絡日誌」を作成し、利用者家族との情報交換をしている。またサービス提供責任者が月1回は面接訪問をしている。		
(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。	B	B
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)		26)マニュアルは整備されているが、更新はされていない。ノロウイルスやインフルエンザの感染症マニュアルはなかった。 27)館内は非常に整理整頓され衛生管理も行き届いている。掃除は当番制で職員がしている。		
(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。	B	B
災害発生時の対応	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	A
(評価機関コメント)		28)マニュアル整備だけでなく、職員は全員救急救命（AED含む）緊急時の研修を位置づけている。 29)事故報告書は作成されているが、ヒアリハットや事故報告者の対応策がマニュアルには落とし込まれていない。 30)デイサービスとともに避難訓練を実施している。毎年のように水害が発生し、「水害マニュアル」を作成している。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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	B
		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)		31)利用者尊重のサービス実施に向け組織として、ヘルパー会議にて日常業務を振り返り、検討や対応をする仕組みがある。また「身体拘束委員会」が設置され、内部研修を実施している。 32)プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供は当然の業務としており、勉強会や研修会が実施された記録がない。 33)サービス利用者の決定については原則お断りはしないが、職員のシフト調整をしても不可能な場合は、ケアマネと相談して柔軟に対応できる体制にしている。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	B	B
		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)常に利用者や家族とは接点があり、「連絡帳」を通してや直接、利用者の意向を収集できる状態である。 35)「改善等処理内容」に苦情や要望が記録されるが、対応策がシステム化されていない。 36)第三者の相談窓口を設置し重要事項説明書に記載すると同時に施設内にも掲示している。		
<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	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。	C	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		37)利用者満足に関する検討会議は設置されている。満足度調査は23年度に実施して以来なく、今年度末に実施予定である。 38)サービスの質向上に向けた運営会議が開催されているが、議論された記録が残っていない。 39)3年に一度は「第三者評価」を受診している。年度末に課題の取り組み等、次年度に反映されるしくみになっていない。		