

様式 7

アドバイス・レポート

平成24年3月9日

平成23年12月9日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 有限会社ジェイズ 訪問介護なごみ様につきましては、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

特に良かった点と その理由(※)	<p>管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員から「業務・自己評価アンケート」を聴取され、経営責任者等が職員の意識を把握する仕組みがありました。 <p>多職種協働</p> <ul style="list-style-type: none"> 経営母体の診療所の医師が参加し、入院時の情報提供・退院時のカンファレンスが積極的に行われていました。 <p>事故・緊急時等の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域との連携を意識した災害対応マニュアル作りに取り組んでおられました。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	<p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 業務レベルでの課題の設定がありませんでした。 <p>労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員の就業状況や意向を把握する仕組みが不十分でした。 <p>地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域への情報発信に不足がありました。 <p>個別援助計画等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 計画を変更する基準が明記されていませんでした。 <p>サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の記録の保存・持ち出し、廃棄に関する規定がませんでした。

具体的なアドバイス	<p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 目標を定め、具体的な課題を設定し、その達成状況を確認することによってサービスの質の向上につなぐができるのではないでしょか。 <p>労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> 現場段階でも有給休暇の消化率を把握しておくことで、職員の心身の負担軽減に繋がるのではないでしょか。 <p>地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> 広報誌、パンフレット配布、ホームページの公開等によって情報を発信されると地域との結びつきも強くなるのではないでしょか。 <p>個別援助計画等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 見直しの基準を定めることにより、利用者の心身変化についての観察力や認識力が高まるのではないでしょか。 <p>サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <ul style="list-style-type: none"> 記録の保存期間を定めることにより、保存すべきか否かの判断が明らかとなり、持ち出しについての手順・廃棄の方法等を定めることにより個人情報が適切に保護されることになります。
その他	<ul style="list-style-type: none"> 訪問介護事業所単独では実現が難しいことでも、同じグループ内で連携して取り組まれることにより成果が上がります。例えば、生活援助における各行為に関する研究会の立ち上げなどもその一つです。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2672000243
事業所名	有限会社ジェイズ 訪問介護 なごみ
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24年2月23日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)	・組織の理念を事務所内に掲示し、パンフレットにも明記され周知を図っておられました。 ・組織図は備えておられましたが、権限規程はありませんでした。			

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。	C	C
(評価機関コメント)	・単年度ごとの事業計画はありましたが、中・長期的計画はありませんでした。 ・業務レベルでの課題の設定が行われていませんでした。			

(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。	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	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。	B	A
(評価機関コメント)	・遵守すべき法令の明文化がされていませんでした。 ・年2回、経営責任者が職員に面談し、意見・要望を事業運営に活用されていました。 ・職員連絡網を整備し、指示命令系統を明確にされていました。			

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

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。	B	B
継続的な研修・○JT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。	C	C
(評価機関コメント)	•職員の採用方針としての採用基準が明確ではありませんでした。 •職員の年度研修計画が策定され、新人及び現任職員研修が実施されていました。 •実習生受け入れマニュアルが未整備でした。また実習指導者研修が行われていませんでした。			

(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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)	•職員の就業状況や意向を把握する仕組みが不十分でした。 •職員の相談希望に応じて、カウンセラーや対人援助の専門職の確保がありませんでした。			

(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。	C	C
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)	•地域への情報発信に不足がみられました。 •地域の小学校の認知症サポーター研修に職員を派遣し、地域に事業所の有する機能を還元しておられました。			

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

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	A
(評価機関コメント)	•生活援助について、介護保険で「できること」と「できないこと」がパンフレットで詳しく明記されていました。また利用の相談については、経過と対応結果が詳しく記録されていました。			

(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	B
(評価機関コメント)	•成年後見制度や地域福祉権利擁護事業についての取組みが不十分でした。			

(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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・連絡ノート等で利用者の心身の状況、生活状況を把握し、主治医と連携し、全体会議、ケース会議で課題を明確にし、計画書に反映されていました。 ・専門職と意見交換し計画の見直しは、必要に応じて行われていました。 ・個別援助計画を変更する基準が明記されていませんでした。 			

(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・経営母体の診療所の医師が参加し、入院時の情報提供・退院時のカンファレンスが積極的に行われていました。 			

(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。	B	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。	C	A
(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・業務マニュアルの見直しが定期的に行われていませんでした。 ・記録の持ち出し、廃棄についての規定がありませんでした。 ・全体会議、ヘルパー会議、連絡ノートで職員間の情報共有を図っておられました。 ・サービス提供責任者が自宅を訪問し、利用者の様子や希望について家族面談を行い、連絡ノートで情報交換をされていました。 			

(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。	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)	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回、主治医と連携し、感染症対策の研修会を実施しておられましたが、二次感染を防ぐ対策について不十分でした。 ・職員が当番を決め事業所内の清掃を実施し、事業所内は整理整頓されていました。 			

(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	A
(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「緊急時対応マニュアル」を整備し、自然災害に対応した「災害マニュアル」も作成されました。 ・実際に保険者に報告する事故は発生していませんが、「緊急時対応マニュアル」には、保険者への報告義務が明記されていました。 			

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

<p>(1)利用者保護</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(評価機関コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の日常業務が理念である人権の尊重に基づき、提供されているかを全体会議において検討されていました。 ・利用者の個々の状態に合わせた手順書を作成し、プライバシーに配慮したサービス提供に努めておられました。 ・原則「断らない」を方針で、主治医との連携のもとターミナルの利用者を実際に受け入れておられました。 	B	A
	C	A
	B	A
	B	A
	B	B
<p>(2)意見・要望・苦情への対応</p> <p>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。</p> <p>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てている。</p> <p>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。</p> <p>(評価機関コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス改善の機会である全職員が参加する会議で利用者の意向を共有されていましたが、利用者への個別面談の定期的開催を行う仕組みがありませんでした。 ・苦情報告の記録はされていましたが、事業所内での情報共有にとどまり、公開はされていませんでした。 ・相談担当窓口として担当者名が契約書等に明記されていませんでした。 	C	B
	B	B
	B	B
	B	B
	B	B
<p>(3)質の向上に係る取組</p> <p>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てている。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>(評価機関コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年1回アンケート調査を実施し、結果から課題分析し次年度の計画に反映されていました。 ・自事業所の比較を行うための他事業所の評価取組み等についての情報収集が不十分でした。 ・3年に1回の第三者評価の受診が行われていませんでした。 	B	A
	B	B
	B	B
	B	B
	B	B