

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 3 月 30 日

平成 24 年 11 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ニチケアセンター右京」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(※)	Ⅱ 組織の運営管理 通番9 「継続的な研修・OJTの実施」 取り上げるべきチェック項目として該当するところがこの項目になるかと思いますが、研修計画に基づき「接遇マナー」についての研修が行われています。その成果として、応対にあたる職員の対応は非常に気持ち良く、「接遇マナー」の徹底が図られています。 丁寧かつ感じの良い対応であることのみならず、「相手の立場」に立った対応がどの職員もできているように思われます。介護サービスにあたる者としての、自覚と誇りが見て取れますので、今後も更に接遇マナーの研修を続けるとともに、気持ちの良い対応ができる職員の育成に期待するところです。 Ⅲ 適切な介護サービスの実施 通番17～通番20 「アセスメントの実施」～「個別援助計画の見直し」 個別援助計画の策定について、アセスメント→個別援助計画（訪問介護計画）→サービス実施→モニタリングの一連の流れを独自の様式を使い、適切にまとめられていることが確認できました。一連の流れに沿った書類の整理がなされており、誰が見てもわかりやすいものとなっています。「サービスの標準化」を図る上で、適切なアセスメント、個別援助計画の作成、見直しが丁寧に行われている点については、今後も継続していかれることに期待をしています。
-----------------------------	--

特に良かった点と その理由（※）	Ⅲ 適切な介護サービスの実施 通番22 「業務マニュアルの作成」 業務に必要なマニュアルや手順書がしっかりと整備されています。事故防止や安全確保を踏まえたものとなっており、分かりやすい内容となっています。「スタッフケアマニュアル」という簡易版を作成し、ケアにあたる職員が常に携帯できるような工夫がなされており、活用という視点からみても充分機能しているように見受けられます。マニュアルや手順書については、作成され「活用されること」が大事ですので、そういった視点からのマニュアル作成となっています。
特に改善が 望まれる点と その理由（※）	Ⅱ 組織の運営管理 通番14 「地域への貢献」 地域の事業所連絡会等へ参加されていますが、「地域への貢献」という視点に立った取り組みの充実が望まれます。今後地域へ向けた研修会の実施を計画されていますので、その機会を足掛かりとし、地域に向けた取り組みの強化がなされていくことに期待するところです。 Ⅲ 適切な介護サービスの実施 「事業所情報等の提供」 事業所の情報はホームページやパンフレット、重要事項説明書で提供されています。しかしながら、重要事項説明書の文字配列や行間の狭さから読みづらさは否めませんので改善が望まれます。 また、事務所が商業ビルの6Fに位置していますが、看板等がなく事業所そのものの存在が分かりにくいところがあります。工夫が望まれるところです。 Ⅳ 利用者保護の観点 通番36 「利用者満足度の向上の取り組み」 「顧客満足度調査」を年1回実施をし、分析・検討を行っています。運営改善委員会や業務ミーティングでその結果についての話し合いは行われていますが、その調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みが確認できませんでした。

具体的なアドバイス

○第三者評価における「地域への貢献」の定義として、「事業所の有する機能を地域に還元」とは、事業所が持っている介護・医療・福祉についての専門的な知見を地域貢献として還元しようとしているか、となっています。地域性もあるかと思いますが、事業所の有する機能をどのように地域に還元していくかが今後の課題であると思われます。

今後、救急法等の研修を実施される予定とのことですので、この機会を広げていくことが望まれます。定期的に地域に向けた「介護教室」の実施を検討されるなど、訪問介護事業所としての特性を生かした取り組みを実施されていくことに期待しています。

○事業所情報の提供において、「重要事項説明書」を活用されていますが、前述のとおり読みづらいところが全体を通して見受けられます。特にサービスの対象者は、年配の方が多いと考えられますので、文字の大きさ、配列、文字の間隔等に工夫が必要であると思われます。

法人全体で統一した様式を使っておられるようですので、責任者会議や支店会議といった管理部門も参加されるような機会に、「現場からの意見」として提起されてみてはいかがでしょうか。

合わせて看板の設置も事業所情報の提供という視点からも望まれるところです。事業所の存在が分かりやすいということもその情報提供としての役割を果たすものと考えます。こちらにも改めて提起されてみてはいかがでしょうか。

○顧客満足度調査も実施され、運営改善委員会や業務ミーティングで話し合いもなされています。それに伴う課題の明確化もされていますので、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みづくりが望まれます。

例えば、顧客満足度調査を実施した後、その結果を検討・協議され、その調査についての改善を具体的にどのように行うかをプラン化され（アクションプランを策定するなど）、一定の期間でその進捗状況を確認していくといった取り組みをされるなど、「仕組み」として機能させていくといったようなことを検討されてみてはいかがでしょうか。

改善を確認する「仕組み」を日々の取り組みの中にどう組み込んでいくか、つまり手間や時間がかかりすぎない、効率的に実施できる「仕組み」づくりをされていくことに期待しています。

※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	2670700828
事業所名	ニチイケアセンター右京
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25年2月26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
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)		(1)「私たちは誠意を以て社会参加の信条とし、社業の社会的使命を弁え(わきまえ)、誇りをもって行動し、若々しい情熱で限りない未来へ挑戦します。そして社業の発展を通じて豊かな人間関係の向上に貢献します。」という理念に基づき事業運営を行っています。掲示・唱和・コンプライアンスカードの携帯等で職員に、パンフレット・ホームページ等で利用者や家族・地域にも周知する取り組みも行っています。 (2)法人の規模が大きい為、組織の意思決定はシステム化され、各事業所の管理者を中心に業務を動かす体制をとっています。職位・職責毎に会議や研修を行い、また職務の権限を明確にし、その委譲も行っていることが見て取れました。職員の意見が反映されていることが職員ヒアリングからも窺えました。			
(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)		(3)事業方針に基づき年間の計画を策定し、職員全員で計画の実行に取り組んでいます。「サービスの質の向上」に取り組む「運営改善委員会」と業務ミーティングを運動させることで職員の意向が反映される仕組みになっています。 (4)職位・職責ごとの会議において、個別の課題設定を行いその達成に向けて取り組んでいます。また職員個々にはキャリアアップ制度を活用しながら、課題の設定と取り組みを行っています。「運営改善委員会」が達成状況の把握と見直しを行う機能を果たしています。			
(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。	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)		(5)法人で策定した「コンプライアンスマニュアル」に基づき、法令遵守・倫理・接遇マナーに関する研修を行っています。関係法令については、職員全員がいつでも閲覧できるようにしており、自主点検のみならず独自の自己点検を作成し、法令遵守について取り組みを行っています。 (6)事業方針の策定にあたっては、業務ミーティングの場において職員全員の意見交換を行うように努めています。管理者を交えずに会議を行う場面を意図的につくり、その折に管理者に対する意見を聴取しています。管理者が評価・改善をした内容を職員フィードバックする取り組みを行っています。 (7)緊急対応フローを作成し、平日9:00～18:00以外は管理者が携帯を所持し、対応を行う体制をとっています。日々の状況は日報により把握しており、申し送りが確実に行われるようになっています。大きな事故発生はないようですが、事故発生時には迅速に対応できる体制を整備していることが確認できました。			

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。		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)		(8)ヘルパー2級養成講座を自社で行っていることもあり、講座終了生に対し、就業説明会等を実施することで人材確保に努めています。また、介護福祉士や介護支援専門員の資格取得も推奨しています。 (9)職種別・職階別の研修として「サービステクニカル研修プログラム」が整備されており、体系立てての研修システムとして機能しています。また「キャリアアップ制度」もあり、段階的に必要な知識や技術を身につけられるようになっています。職員の「気づき」を促す仕組みとして、ヒヤリハット報告を業務ミーティングで共有し、その改善策を職員全員で話し合っています。 (10)法人としてヘルパー2級養成講座を行っていることもあり、毎月実習生の受け入れを行っています。受け入れ数も多いため、マニュアルを整備し実習指導者に対しても、研修プログラムに基づき研修を実施しています。			
(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)		(11)シフト表に基づき、日々の職員の労働状況について確認するよう努めています。有給休暇の取得もしやすく、働きやすい環境にあることが、職員ヒアリングからも確認できました。介護機器の活用についても、事業所内で使用方法について研修を行い、介護者の負担が少しでも減るような工夫がなされています。 (12)職員がいつでも相談できる外部専門相談窓口が設置されています。また職員からの意見を聴くため「意見箱」の設置や、業務ミーティングにおいて職員の意見や要望を聴く機会を設けています。休憩場所の確保にも努めていることが確認できました。			
(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。		A	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	B
	(評価機関コメント)		(13)「ちゃんばか」という事業所独自の広報誌を作成し、配布したり事業所入口に様々な関係資料を設置しています。ただし、チェック項目にはありませんが、看板等の表示がほとんどなく事業所の存在が分かりにくいと思われますので今後の改善が望まれます。 (14)地域の事業所連絡会へ参加し、地域の介護ニーズの把握に努めています。独居の利用者も多く、その対応をサービスを通して行っています。今後、地域に向けて研修会等を実施する予定であり、その充実が望まれるところです。			

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。		A	B
	(評価機関コメント)		(15)事業所の情報はホームページやパンフレット、重要事項説明書等において提供しています。法人全体で作成されていますので、全社的な対応になるかもしれませんが、「重要事項説明書」の文字配列や行間が狭く、読みづらさは否めません。改善が望まれます。			
(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)		(16)重要事項説明書に基づいて内容や料金については説明し、同意を得ています。成年後見制度や権利擁護についての研修を司法書士を講師に招き実施する予定をしており、権利擁護に向けての取り組みを推進しています。			
(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	定期的及び必要に応じて、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)		(17)所定の様式に従い、定期的にアセスメントを行い、利用者の心身状態や生活状況の把握に努めていることが確認できました。訪問看護と連携を図ってのサービス実施もあり、主にサービス担当者会議において、介護支援専門員や訪問看護等の意見もふまえてアセスメントを行っています。 (18)アセスメントを行う際、利用者のニーズを把握し、個別援助計画を策定しています。できるだけ本人の希望を尊重するため、本人を交えて聴き取りやサービス担当者会議等を行っていることが個別援助計画から窺えました。 (19)主にサービス担当者会議で専門家との意見交換・照会を行っており、個別援助計画からもその様子が見て取れました。またサービス担当者会議の要点をまとめたものを作成し、個別援助計画の策定に生かしています。 (20)所定の様式により、定期的にモニタリング（最低でも3ヶ月に1回）が行われていることが確認できました。個別援助計画も必要に応じて見直しがなされており、「見直す必要のある状況」に対する認識も充分であると考えます。			
(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)		(21)緊急連絡票に記載のある利用者の主治医や関係機関とは必要に応じて連携を図っています。利用者が医療機関を退院する場合は、退院時カンファレンスに参加しサービス提供責任者も同行するなど、その連携が図られていることが確認できました。			

(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。	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。	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。	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) 法人全体で作成された業務上必要なマニュアルは全職員が閲覧可能な場所に保管されています。見直しについては法人一括で行われています。「ケアスタッフマニュアル」という業務マニュアルの簡易版は使いやすく、コンパクトでそのエッセンスをうまくまとめたものとなっており、いつでも活用できるような工夫がなされています。 (23) サービス実施報告書において利用者の様子や状態が適切に記入されています。経過記録にその推移が記入されており、共有できるよう工夫されています。記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程を定め運用しています。個人情報保護に関しては、研修と確認テストを年1回実施し、その周知を図っています。 (24) 事業所で毎週行う業務ミーティングにおいて利用者情報の共有を図っています。日報の活用で日々の情報共有を図るとともに、訪問介護事業の特性上登録ヘルパーが多いので、実施記録や電話での共有を図る体制をとっています。 (25) 利用者宅に常備している「連絡ノート」に利用者の状況や連絡事項を記入し、利用者家族との情報共有を図っています。体調の変化等があった場合は随時連絡をとるようにし、情報交換の充実を図るよう努めています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		(26) 感染症対策、予防に関するマニュアルを作成し、職員の研修も実施しています。在宅への訪問ということもあり、消毒セットを携帯するようにしています。感染症のある利用者に対しては介護支援専門員との連携を図り、※スタンダードプリコーションの徹底を図っています。（※スタンダードプリコーション…感染症の有無に関係なく、血液や体液などを感染の可能性のあるものとして扱い、それに対して標準化された感染予防策を講じること。例えば、手洗い、マスク・手袋の着用など） (27) 事業所内は職員が週1回必ず清掃を実施しており、整理整頓され清潔に保たれています。書類等は鍵のかかる書庫に保管され、その安全が保たれています。		

(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。	A	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)		(28) 事故・緊急時・災害発生時のマニュアルが整備されており、これらの点について職員の研修も行われています。また事故・緊急時・災害発生時の指揮命令系統も明確にされています。地域との連携として、「防災意見交換会」が予定されており、その対応を協議することとなっています。 (29) 発生した事故については、「事故トラブル報告書」を作成し、対応経過の記録と関係者への説明も適切になされています。「事故トラブル報告書」の内容については、業務ミーティングで検証し、その再発防止策を話し合うことでその再発防止の取り組みとしています。		

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
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)	(30)事業所の運営方針に「人権の尊重」が盛り込まれ、運営規程・重要事項説明書に人権・意見の尊重等が記載されています。また、高齢者虐待防止・モラル・職業倫理についての職員研修を行うことで尊厳の保持に配慮したサービスの提供に努めています。 (31)職員が携帯している「ケアスタッフマニュアル」にはプライバシー保護についての項目が盛り込まれ、職員に向けての研修も実施しています。特にプライバシー保護が必要な利用者については、手順書においてケアにあたる職員が分かりやすいようにマーカー等で印をつける等の工夫を行い、利用者のプライバシー保護が徹底されるよう努めています。 (32)原則、利用者の受け入れを断ることなく行っていますが、提供地域外や人員の調整がつかない等の理由で受け入れを行えない場合、その理由を説明し、他事業所の紹介を行っていることが確認できました。利用者の決定については、職員間で必ず話し合いを行い、法令遵守やサービスの標準化という視点でその決定を行っていることが見てとれました。				
	(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てている。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)	(33)重要事項説明書や事業所内の掲示によって意見・要望・苦情等の相談窓口を伝えていますが、利用者の意向を広く吸い上げる仕組みとして、定期的なモニタリングを活用しその意向の把握に努めています。その内容については業務ミーティングで話し合い、共有を図るようにしています。 (34)意見・要望についてはサービス提供時やモニタリング時に把握し、苦情については「事故トラブル報告書」を活用し、苦情に対しても迅速に対応していることが確認できました。運営改善委員会や業務ミーティングにおいて、利用者からの意見や苦情について検討を行い、サービスの質の向上に役立っています。意見や苦情については事業所の広報誌において公開されています。 (35)重要事項説明書や掲示において、国保連合会や区役所を相談機関として伝えていますが、事故トラブル発生時（保険者に報告義務のあるもの）には行政への報告をする仕組みが整備されています。しかし、第三者として、行政以外の第三者の設置が行われていませんでした。				
	(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てている。	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	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	B	
	(評価機関コメント)	(36)1年に1回、「顧客満足度調査」を実施しており、その結果について運営改善委員会や業務ミーティングで話し合いを行っています。しかし、その調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みがありませんでした。 (37)サービスの質の向上に係る検討体制として「運営改善委員会」や業務ミーティングで話し合いを行っていることが確認できました。他の事業所の情報収集については、責任者会議等で行っています。 (38)法人全体で取り組む自己評価の結果を運営改善委員会や業務ミーティングで検討しています。検討結果が次年度の計画策定にも反映されていることが確認できました。また、第三者評価も3年に1回受診し、課題の明確化を図っています。しかし、「自己評価」の内容が自己点検の内容を踏襲したものであるため、内容の見直しが必要であると考えます。				