

アドバイス・レポート

平成25年8月30日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成25年5月30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 茂原接骨院在宅介護サービス」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>○業務マニュアルの充実(通番22) 業務マニュアルが充実しており、その内容が実際の業務に生かしやすい内容になっていることは評価されます。マニュアルは「つくる」に主眼を置くのではなく、「活用」し必要に応じて「見直す」ことが大事であると考えます。「業務マニュアル検討委員会」を設置し、実際の業務と顧客満足度調査の結果を反映する「仕組み」づくりに取り組んでいます。</p> <p>○「質の向上に対する検討体制」とその取り組み(通番38) 質の向上に向けて、様々な取り組みがなされています。委員会の定期的開催は望まれますが、顧客満足度調査の分析・検討やコンサルタントの活用により、「質の高いサービス提供」に対する具体的な取り組みを実施している点は評価されます。「質の向上」のためには、具体的な「取り組み」の積み重ねが必要と考えられますので、今後の継続的な取り組みに期待しています。</p> <p>○利用者家族との情報交換体制(通番25) 利用者家族との情報交換を目的に、意図して利用料の集金を管理者・サービス提供責任者が行う取り組みを実施しています。その機会を業務に組み込むことで、家族との情報交換の方法論に工夫が見られます。「利用者のできたこと」に焦点をあてることは、介護サービスの原則であり、その積み重ねがより良いサービス計画の策定にもつながると考えます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>○研修体制への工夫(通番9) 法人内の研修体制については、計画に基づき実施されていますが、外部の研修に参加する機会を設けていくことが必要であると思われます。また内部の研修において「気づき」をまとめるなどの取り組みをしていますので、「気づき」という視点に立った一歩踏み込んだ工夫が望まれます。</p> <p>○地域への貢献(通番14) 「事業所が有する機能を地域に還元する」という視点に立った取り組みが望まれます。行事への地域住民の参加等は積極的進めています。還元という視点での取り組みは、地域の福祉ニーズの把握にもつながっていくものと思われるので、今後の工夫に期待します。</p> <p>○意見・要望・苦情の公開(通番35) 意見や要望・苦情の集約はされており適切に対応していますが、個人情報に配慮しながらの「公開」が望まれます。事業所の対応を公開することが、質の向上につながるものと考えます。</p>
具体的なアドバイス	<p>○「気づき」を促す仕組みづくりとして、職員の外部研修への参加に取り組み、その内容を伝達研修という形でお互いに「気づき」を共有したり、ディスカッションする機会を設けてみてはいかがでしょうか。また、現在内部研修で「気づき」をまとめておられますので、職員同士がその「気づき」を共有できるようフィードバックするような工夫があれば良いのではないかと考えます。</p> <p>○事業所として地域に向けた介護教室や研修会などを実施されてみてはいかがでしょうか。また、単独で実施が難しいようであれば、地域の事業所と共同してそういった取り組みを行うことも一つの方法として考えられると思います。柔軟な発想とちょっとした工夫で「質の向上」が積み重なっていくものと思われるので、今後の取り組みに期待します。</p> <p>○意見・要望・苦情の公開は、事業所のサービス提供体制の質を評価されるものと思われます。掲示等の方法も考えられますが、例えば広報誌に掲載する等の方法でも良いのではないかと考えます。公開の方法について検討されてみることをおすすめします。</p> <p>○アセスメントの様式について、詳細なアセスメントが可能なものとなるよう検討が必要であると考えます。アセスメントから評価までは一連の流れとなっていますので、より詳しいアセスメントが質の高いサービスの提供に寄与するものと思われます。外部のコンサルタントを活用されていますので、協働で検討されてみてはいかがでしょうか。</p>

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670900063
事業所名	有限会社 茂原接骨院在宅介護サービス
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)	通所介護
訪問調査実施日	平成25年8月21日
評価機関名	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)及び事業所の職員全員が、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。	B	B
		(評価機関コメント)		(1) 理念を事業所内に掲示し、パンフレットにも理念や運営方針を別紙にまとめるなど明確化、周知に工夫がなされています。職員に向けても研修による周知、名札への掲載を通して周知しています。利用者や家族への理解を深める取り組みがなされていませんでした。 (2) 組織体制・役割については規定等を整備し、その意思決定方法が明確にされています。職員ヒアリングからも、意見が反映されていることが窺えました。理事会などの開催が不明でした。		
(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。	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)		(3) 事業計画を策定され、その計画に基づいて組織運営を行っています。年1回の利用者満足度アンケートの結果を踏まえたものとなっています。中・長期の事業計画の策定と職員の意見反映が望まれます。 (4) 業務レベルの課題設定に取り組んでいます。その課題の定期的な見直しと評価がなされていませんでしたので、取り組みが望まれます。		
(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、いつでも職員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) 遵守すべき法令等については、詳細にマニュアルを作成され分かりやすいものとなっています。活用がなされており、法令遵守への取り組みとして機能しています。職員への法令遵守に向けた取り組みが望まれます。 (6) 経営責任者や運営管理者は、自らの役割や責任を明文化し、周知しています。運営方針への職員の意見反映や管理者を評価する仕組みの構築が望まれます。 (7) 携帯電話や連絡ノートを活用し、状況の把握や連絡体制の整備を図っています。大きな事故発生はないとのことですが、緊急時に対応できるようその体制整備を行っています。		

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	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。	B	B	
		(評価機関コメント)	<p>(8) 人事管理の方針を明文化し、その方針に基づき人材の確保に努めています。資格取得への費用面での支援も行うなど、キャリアアップの仕組みも導入されています。</p> <p>(9) 体系的な研修計画を策定し、実施しています。外部研修への参加や職員が互いに学び合う勉強会の開催が望まれます。内部の研修で「気づき」をレポートにまとめる取り組みを実施しており、その「気づき」をフィードバックし共有化することが更なる「気づき」を生み出すと考えられます。</p> <p>(10) 実習生の受け入れ実績はありませんが、マニュアルの整備を行っています。今後に向け、実習指導者の研修実施が望まれます。</p>				
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	B	
		ストレス管理	12	職員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)	<p>(11) 接骨院という特性を生かし、治療機器の活用できるような工夫を行っています。職員の就業状況には配慮がなされていますが、有給休暇の取得が進んでおらず、有給休暇があることを知らない職員への周知も望まれます。</p> <p>(12) 職員のヒアリングからは、働きやすい職場であることが確認できました。休憩室も確保され十分な広さが確保されています。カウンセラーなどの相談体制の確保とハラスメントに関する規程や対応体制の整備が望まれます。</p>				
(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	C	
		(評価機関コメント)	<p>(13) パンフレットや広報誌（どんぐり便り）を通して地域への広報を行っています。地域の医療機関へのパンフレット配布も行っています。情報の公表制度等の地域への広報がなされていませんでしたので、工夫が望まれます。夏祭りをはじめとする行事への地域住民の参加は積極的になされています。</p> <p>(14) 事業所の持つ機能を地域還元という視点での取り組みが確認できませんでした。地域向けの介護教室やイベント参加などの「取り組み」が望まれます。</p>				

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)		(15) 分かりやすいパンフレットと要点をまとめた別紙の資料を活用し、事業所の情報を提供しています。見学者にも個別の状況に応じて対応しています。ホームページの活用があると更に良いものと思われそうです。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		(16) 重要事項説明書は利用者に配慮した分かりやすいものとなっています。書面で同意を得ていることも確認できました。成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用推進の取り組みが望まれます。			
(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	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		(17) 独自のアセスメント様式を活用し、利用者の状況把握に努めています。記録も整っており、定期的なアセスメントも実施されています。独自の様式となっていますが、更に詳しいアセスメント項目を盛り込むことが、個別の利用者状況の把握と適切な個別援助計画につながるものと考えます。 (18) 策定された個別援助計画からは、利用者・家族の希望が尊重されていることが読み取れました。定期的な見直し、サービス担当者会議への本人参加もなされています。「訪問介護サービス評価報告書」を独自に作成し、毎月の報告を行っています。 (19) 個別援助計画の策定にあたり、介護支援専門員や他事業所の情報照会を行っています。主治医やその他専門職からの意見照会が十分ではなく、介護支援専門員を通じて入手するなど工夫が望まれます。 (20) サービスが適切に行われているかの確認やモニタリングは適切に実施されています。専門家への意見照会や計画変更の基準の策定が望まれます。必要に応じて計画の変更は行われています。			
	多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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。	B	B	
	(評価機関コメント)		(21) 利用者の入退院時には必ずカンファレンス等に参加し、連携を図っています。医師との連携体制や地域包括支援センターとの連携が不十分であると事業所として認識されていますので、地道な連携体制確立が望まれます。			
(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、職員に活用されている。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	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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		(22) 業務マニュアルが充実しており、内容も分かりやすく使い勝手の良いものとなっています。「業務マニュアル検討委員会」を置き、見直しや顧客満足度調査の結果を反映する仕組みを構築しています。 (23) 利用者状況は適切に記録されており、その管理体制も整備されています。個人上保護に関する研修も実施されています。記録の保管・保存・持ち出し・廃棄の規程が作成されておらず、今後策定するとのことです。 (24) 連絡ノートを活用しながら、利用者情報の共有を図っています。ケアカンファレンスを定期的を実施し、更に共有化を図るよう努めていることが確認できました。全職員に伝わるよう回覧システムを活用しています。 (25) デイサービスでは送迎時に利用者家族との情報交換を行っています。また、訪問では管理者とサービス提供責任者が情報交換を目的とし、利用料の集金をあえて手渡し回収しています。この取り組みが、情報交換の良い機会となっており、「利用者のできたこと」に焦点をあてた情報提供を行っています。			

(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、職員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) 感染症予防に関するマニュアルを策定し、職員研修も実施しています。二次感染予防の対策として、手袋の着用やマスクの利用なども徹底しています。 (27) 事業所内は清掃が行き届き、整理整頓がなされています。清掃は職員全員で実施することとしています。衛生物品の管理も適切になされています。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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
災害発生時の対応	30	災害発生時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
(評価機関コメント)		(28) 事故・緊急時のマニュアルが整備され、対応の指揮命令系統が明確にされています。事故・緊急時における研修や特に訓練が十分ではなく、今後の取り組みが望まれます。 (29) 大きな事故発生はありませんが、ヒヤリハット報告を作成し事故防止に努めています。分析も行われており、会議で報告検討されています。委員会活動の体制を整備されていますので、「事故防止委員会」を作り、検討する体制があれば尚良いと考えます。 (30) 災害時のマニュアルが整備され、指揮命令系統も整備されています。地域と連携したマニュアル策定や訓練がなされていないので、今後の課題と考えられます。		

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	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。	B	B
		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	A
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>(31) 組織の理念や運営方針に人権の尊重や尊厳の保持が盛り込まれ、職員に向けて研修も実施されています。日々の業務における人権尊重を意識したサービス提供の検討ができる仕組みと、高齢者虐待防止に向けての研修実施が望まれます。</p> <p>(32) プライバシーの保護に向け、研修を実施し、利用者のプライバシー保護に努めています。特に訪問介護は、在宅というプライベート空間でのサービス提供であることに特段の配慮が行えるようマニュアルや研修に工夫が見られました。</p> <p>(33) 利用者の決定は公平・公正に行われています。今まで受け入れを断ったケースはなく、ニーズのある利用者については、サービスが提供されるよう努めていることが窺えました。</p>		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		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	B
		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てている。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>(34) 利用者の意見・要望・苦情についてはアンケートやモニタリング、集金時に収集するよう取り組んでいます。それらの要望等は全職員に伝え共有を図っています。個別の相談面接や利用者懇談会を実施されるとよい、意見等の集約に寄与するものと考えます。</p> <p>(35) 意見・要望・苦情の対応方法が定められ、迅速な対応が行われていることが記録から確認できました。これらの内容の「公開」がなされていませんでしたので、「公開」の方法について検討を要するものと思われます。</p> <p>(36) 事業所以外の第三者機関を相談窓口として設置し、利用者・家族に伝えてあります。また、それらの機関を通じて寄せられた内容に対応する体制を整備しています。外部の人材の受け入れが行われていませんでしたので、今後の工夫が望まれます。</p>		
(3) 質の向上に係る取組						
		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てている。	B	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の職員が積極的に参加している。	B	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)		<p>(37) 利用者の満足度を把握するために、年1回の利用者満足度調査を実施しています。その内容についても分析・検討が行われています。満足度の分析結果をふまえ、サービス改善を確認する仕組みの構築が望まれます。</p> <p>(38) 「質の向上検討委員会」を設けて、質の向上について検討をしています。また、外部のコンサルタントを活用し、サービスの質の向上につながるように細部の調整を行う取り組みを試行的に行っています。委員会の定期的な開催がなされていませんでしたので、今後の取り組みに期待します。</p> <p>(39) 年に1回、第三者評価の評価表を活用した自己評価表をつくり、評価を実施しています。その内容を次年度の事業計画に反映されていることが確認できました。第三者評価も定期的を受診していますが、前回受診が平成21年のため、チェックポイントにチェックが入りませんでした。</p>		