

アドバイス・レポート

平成27年1月20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26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スーパー・コート京・四条大宮定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所様につきましては、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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>質の高い人材の確保 ・社内資格制度「ケアマイスター制度」(経験年数別5段階研修・年2回習熟度テスト)に取り組み、法人の理念を理解、介護技術の研鑽に力を入れておられました。またコンピテンシー冊子(行動基準)を作成して、技術だけでなく、サービスの向上のための取り組みが日々行われており、「考えて動ける職員」の育成を目指し、目標を持って働き、利用者支援ができる体制がありました。</p> <p>利用者の家族等との情報交換 ・独自に「望(のぞみ)」シートが作成され、家族に配布されていました。利用者の写真や希望が大きく記載され、家族にとっても読みやすい書式となっていました。また、年に2回家族参加の運営懇談会も開催され、安心してサービスを受けられる体制が整っていました。</p> <p>事業所内の衛生管理 ・年に2回、掃除に関する研修を行うなど、環境整備への意識づけが行われており、徹底した整理整頓、掃除が行われ快適な職場環境でした。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>利用者・家族の希望尊重 ・家族や本人の希望は聞き取られていましたが、個別援助計画にはご本人の希望が記載されていませんでした。</p> <p>業務マニュアルの作成 ・マニュアルは作成されていましたが、見直しの基準が定められていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>利用者・家族の希望尊重 ・独自シート「望」と連動させ、聞き取った希望要望を踏まえた目標をサービス計画書に具体的に表現することで、本人・家族・事業所が一体となって目標に向かって取り組めるのではないのでしょうか</p> <p>業務マニュアルの作成 ・業務マニュアル見直しの基準を定めることで、現場の状況に沿った課題がマニュアルに反映することができ、より実用的で安心できる援助につながるのではないのでしょうか。</p> <p>その他 ・各種サービスに努めておられますが、実践等の記録が不十分であるため、記録に残すことが今後の更なるサービスの向上につながるのではないのでしょうか。</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	2690300088
事業所名	スーパー・コート京・四条大宮定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
受診メインサービス (1種類のみ)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	平成27年1月7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。	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. 経営方針・組織理念については毎日の朝礼で唱和した後、経営理念に対するコメントを職員から発表してもらうことで浸透を図られていました。 2. 毎月の全体会議で協議し、京都エリア会議で議論して決定される仕組みがありました。			
(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. 10年計画を基に、中長期経営ビジョン「ロードマップ」を作成され、経営理念の実現に取り組んでおられました。 4. 訪問介護看護という事業所の特徴から、介護看護の境なく、全員が参加される会議で協議が行われていました。			
(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。	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、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	B	
	(評価機関コメント)		5. 年2日間のコンピテンシー研修(行動基準)・月1回の全体研修などで、法令遵守の研修が行われていました。 6. 年2回の22項目の従業員意識調査、役職者研修・会議等で管理者業務が評価されていました。職員のヒアリングにおいても信頼されていることが確認できました。 7. 緊急連絡体制は整備され、緊急時にも管理者が指示を出す体制は整えられていましたが、訪問介護記録の確認が行われていない部分がありました。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 有資格者の採用、独自制度のケアマイスター制度(キャリアアップ)を導入していました。資格取得支援として勉強会が行われていました。 9. 新人採用時はエルダー制(先輩職員による教育)を取り入れ、コンピテンシー研修(行動基準)・役職別研修も実施されていました。 10. 実習生受け入れに関する基本姿勢は明文化されていましたが、マニュアル等は作成さ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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		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、具体的な取り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. 有給休暇等は希望により取りやすい配慮がなされていました。また職員からの要望を受け、福祉機器を導入されていました。 12. グループ企業全体で活用されている「ホットライン」(外部委託による相談先)の連絡先が分かりやすく掲示されていました。また、ハラスメント研修の実施、スタッフルームで休憩できる仕組みになっていました。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 地域へパンフレットを配布して、事業所の情報を開示されていました。また、地域住民や事業所向けにセミナー等も行われていました。 14. 関連施設と協賛で、地域に向けた介護相談会を開催されていました。今後の地域に対する取り組みを検討されていました。		

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
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. 事業所情報はファイルにて設置されていました。また、利用者の問い合わせ等には応じておられましたが、対応記録がありませんでした。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書を活用し、分かりやすく説明して同意を得られました。利用者の権利擁護については、グループ会社を紹介されるなどの連携が行われていました。		
(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。	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	B
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	B
(評価機関コメント)		17. 事業所独自のアセスメントシートを使用されていましたが、利用者のニーズや課題を明らかにする手続きが定められていませんでした。 18. 家族や本人の希望は聞き取られていましたが、個別援助計画にはご本人の希望が記載されていませんでした。 19. 個別援助計画書・訪問看護計画書の作成に当たり、医師や薬剤師との連携が行われていました。 20. 個別援助計画等の変更や見直しは実施されていましたが、その基準・時期などが定めら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。	A	A
(評価機関コメント)		21. 年に2回「地域医療連携推進会議」（地域病院・地域包括支援センター）に参加され、関係団体との有機的な連携が図られていました。		
(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、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。	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. 業務マニュアルは整備されていましたが、マニュアルの見直し時期が確認できませんでした。 23. サービス提供記録はありましたが、記録の管理についての規定が不十分でした。 24. アセスメントは関係する職員が全員で行っておられました。またiPadを使用し、利用者の情報を共有する仕組みがありました。 25. 通常の計画とは別に、施設独自でプランシート「望（のぞみ）」を作成され、本人の目標や、サービス内容を読みやすい大きさ、わかりやすい言葉で表現され、家族に発送されておりました。		

(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、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	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. マニュアルは作成され、研修も年に1回行われていましたが、マニュアルに更新時期の明記がありませんでした。 27. 年に2回の清掃に関する研修が行われており、施設内は清潔で整理整頓が徹底されていました。		
(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。	A	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。	A	B
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。	A	B
(評価機関コメント)		28. 年に2回緊急時対応マニュアルを使用した研修や訓練が行われていました。 29. 事故報告書は作成されており、個別への対応は行われていましたが、再発防止への取り組みの会議録等が確認できませんでした。 30. 災害発生時のマニュアル等は作成されていましたが、地域との連携を意識したマニュアル内容は確認できませんでした。		

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	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	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。	A	B
(評価機関コメント)		31. コンピテンシー冊子等を使用して、個人・研修で繰り返し行われていました。 32. 接遇・プライバシー研修や、月1回のヘルパー会議での話し合い・毎日の朝夕礼で唱和して高い意識を持ち続けるための取り組みがなされていました。 33. 利用申し込みについて、距離的なもの等で対応できない場合は、グループ会社や他事業所を紹介されていましたが、記録では確認できませんでした。				

(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。	A	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。	A	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. 顧客満足度調査、家族が参加する運営懇談会を年に2回実施され、利用者の意向を収集する仕組みがありました。 35. 利用者の意向に迅速に対応されていましたが、その改善状況についての公開が行われていませんでした。 36. 外部機関の相談窓口を閲覧資料としてファイルされていました。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	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。	A	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。	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. 顧客満足度調査による調査・内容の検討は行われていましたが、改善状況を確認する記録がありませんでした。 38. 検討は月1回の全体会議で行われていましたが、その結果や改善のための具体的な取り組みについての議事録等が確認できませんでした。 39. 年1回内部監査を実施されていましたが、サービスの内容についての課題を明確にし、次年度の事業計画に反映されていることが確認できませんでした。		