

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 27 年 3 月 2 日

平成 26 年 10 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたケアサービス  
おりづるにつきましては、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>○管理者による状況把握 管理者はサービス提供状況の報告を受ける中で、サービス提供責任者や登録ヘルパーと双方向のコミュニケーションを行い、状況の把握に努めています。さらに、これにより得られた情報や職員の意見を集約して、サービス内容の変更、サービスの質の向上に努めています。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定 所定のアセスメント様式を用いて利用者の状況把握を行っています。毎月 1 回サービス提供責任者が自宅を訪問し、サービスに対するご本人ご家族の要望を丁寧に聞き取るとともにサービス担当者会議に積極的に参加し、他職種や医師等の意見を入手するなどして、個別状況に応じた計画の作成に努めています。</p> <p>○利用者の家族等との情報交換、意見・要望・苦情の受付 サービス提供責任者が月 1 回、必ず利用者宅を訪問してサービスへの意向、意見や要望などを細かく聴きとり、経過記録に残して活用するなど、利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集するしくみが整備されています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>○計画の策定 研修計画や予算計画はありますが、総合的な事業計画や中長期的な計画が策定されていません。また、管理者は日常業務の中で課題について把握していますが、事業計画などにおいて明文化しておらず、職員が確認することはできません。</p> <p>○事故の再発防止 事故等報告書の様式は整備していますが、事故の事例がないとのことで、実際に活用した記録は確認できませんでした。</p> <p>○質の向上に係る取り組み 年1回利用者へのアンケート調査を行い、満足度や意見等の把握を行っていますが、分析・検討結果からサービス改善までの仕組みが確認できませんでした。 また、サービスの質等について管理者や、サービス提供責任者等の間では、随時検討を行っていますが、非常勤の職員も含めた全職種の職員が参加できる仕組みが不十分です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>京都市右京区を拠点として「この人は、わが子わが親わが兄妹」の理念をもって、地域に根差したサービスの提供に取り組んでいます。</p> <p>また、管理者と職員が積極的にコミュニケーションをとるなどして、職員一人ひとりの意見やチームワークを大切にして仕事に取り組まれていると感じました。</p> <p>小規模事業所のため、事業所運営の手法やマニュアルの作成・更新、職員研修の計画などに関して情報不足の側面も感じられましたが、今回の調査結果等をふまえ、今後は更に、サービスの質の向上に努めていただきたいと思います、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○職員への理念の周知はもちろん、サービス内容の検討や情報伝達、定期的な研修の実施などの手段として、月1回管理者、サービス提供責任者等で行う会議以外に、登録ヘルパー全てが参加できる会議を持つ必要があると考えます。また、会議に参加しやすいよう、複数の日程を設けることが必要です。議事録などで伝える場合には、押印してもらうなど、確認したことが確実にわかるようにしていただければと考えます。</p>

- 事業の目標や課題等を職員間で共有して事業所全体で取り組むためには、総合的な事業計画が必要不可欠です。日常業務の中では課題と感じておられることも多いと思いますので、その課題を明文化し、職員が確認できるようにしましょう。また、課題の設定にあたっては広く職員の意見を反映できるよう、登録ヘルパーが参加しなければならない会議を設定するなど、組織的な整備がなされることが期待されます。
- 小規模な事業所のため実習生等を受け入れる機会が少ないことはやむを得ないかもしれませんが、実習生の受入れ準備としてだけでなく、職員に対するスーパービジョンやOJT等、職員教育に活用することを目的としてサービス提供責任者等が実習指導者を対象とした研修に参加されてはいかがでしょうか。
- サービスの提供に関わる事故等について、実際に事故に該当するようなことはなかったとのことですが、「事故は発生する」という前提のもと、事故の防止・軽減に向けて事業所内で取り組むことが重要です。貴事業所における事故の基準を再確認するとともに職員への周知を図り、職員が積極的に事故報告書を活用できるようにしてください。また、一人ひとりのリスクマネジメント力や危険回避能力を高める観点からも、事故とまでは行かなくても事故となりえる可能性があったケースなどを「ヒヤリハット報告書」として職員間で共有できるように工夫してください。
- 年一回利用者へのアンケート調査を行っていますので、その調査結果の分析をして、サービス改善につなげる仕組みを構築していただければと考えます。

※ 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)

※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	2670700638
事業所名	ケアサービス おりづる
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12月17日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
<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思決定を行い、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. 理念及び運営方針を事業所内に掲示するとともに採用時研修等で周知していません。 2. 月1回の定期会議により意思決定が行っています。			
<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。	A	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. 研修計画や予算計画はありますが、総合的な単年度の事業計画や中長期的な計画は策定していません。 4. 日常業務の中で課題の把握に努めていますが、明文化していません。			
<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組みを行っている。	A	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。	A	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. 介護保険法をはじめとして関係法令の遵守に努めていますが、必要な法令のリスト化は行われていません。 6. 自らの行動が職員から信頼を得ているかどうか、把握・評価・見直しをするための具体的な取り組みは行われていません。 7. 日報、報告書等により毎日事業の実施状況を確認しています。			

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
<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。	B	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	C
		(評価機関コメント)		8. 受験対策講座などの情報提供を行うとともに、希望の講座に参加できるよう勤務調整が行われています。 9. 研修計画に基づく研修、同行訪問によるOJTは行われていますが、職員の自発的な勉強会は行われていません。 10. 実習の受け入れ環境は整えられておらず、実習指導者の研修も行われていません。		
<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、職員の労働環境に配慮している。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 時間外労働や有給休暇がデータ化しておらず、介護機器も活用していません。 12. 産業医との相談体制があり、日常的にも管理者等に相談しやすい環境が整えられています。		
<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。	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. 地域や利用者・家族への広報紙として「おりづる便り」を2ヶ月に1回発行しています。 14. サービス連絡会に参加することにより地域の情報やニーズの把握・収集に努めていますが、地域貢献には至っていません。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		15. パンフレット等で情報を提供し、問い合わせ内容は連絡表に記録しています。		
<b>(2) 利用契約</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。	A	A
		(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書及び契約書により、サービスの内容や利用料等について説明しています。		

(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。	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。	B	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	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。	B	A
(評価機関コメント)		17. 利用開始時にアセスメントを行い、利用者の心身状況や生活状況の把握をしています。主治医との連携は介護支援専門員を通じて行っています。 18. 毎月1回サービス提供責任者が自宅を訪問し、利用者や家族の希望を確認しています。 19. 個別援助計画は、サービス担当者会議での情報や医療情報を反映して作成しています。 20. 毎月1回自宅を訪問し、モニタリングを行い、個別援助計画の見直しを行っています。		
(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. サービス担当者会議等に参加するなどの方法で、関係機関との連携を図っています。		
(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	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。	B	B
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. マニュアルの見直し、更新の基準が明確に定められておらず、マニュアルの種類により更新の状況ばらつきがあります。 23. 利用者の記録に関して、保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定が定められていません。 24. 必要に応じてカンファレンスを行っていますが、定期的なカンファレンスは行われていません。 25. サービス提供責任者が毎月自宅を訪問し、家族との情報交換を行っています。		
(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	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. 感染症対策のマニュアルはありますが、更新が行われていません。 27. 事業所内は職員により整理整頓しています。		

(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。	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。	B	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. マニュアルを整備し、定期的に救命救急の講習を受講しています。 29. 事故報告書の書式はありましたが、事故は発生したくないとのことでした。ヒヤリハットの活用は行っていません。 30. 災害時のマニュアルとして各利用者宅に対応手順や避難場所等を掲示しています。地域との連携についてはマニュアルに盛り込まれていません。		

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。	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。	B	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. 会議に対して登録ヘルパーの参加が少ないこと、カンファレンスを定期的に開催していないことから、日常業務を振り返り検討・対応するしくみが弱いと感じます。 32. プライバシー保護や羞恥心への配慮に関する研修は行われていません。 33. 人員の面でサービスの提供が可能な場合は全て受け入れているとのことでした。			
	<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。	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	B	
	(評価機関コメント)		34. 月1回のサービス提供責任者の訪問により意向を確認するしくみがあります。 35. 要望・苦情・意見や対応状況は公開していません。 36. 第三者の相談窓口等は設置していません。			
	<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。	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。	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)		37. 年1回のアンケート等の調査は行われていますが、改善内容の検討と改善状況を検証する仕組みが不十分です。 38. 他事業所の取り組みの情報収集や他事業所との比較が十分ではありません。 39. 年1回以上の自己評価が行われていません。			