

アドバイス・レポート

平成27年5月14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17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ケアサービスあかり 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>○個別状況に応じた計画策定 利用者毎の心身の状況や生活状況を踏まえてアセスメントを行い、利用者及び家族の希望を尊重し、専門家の意見を照会して個別援助計画を策定しています。また、見直し基準を定めて、計画的に見直しを行っています。</p> <p>○事業所情報の提供について 「あかり新聞」を作成して、毎月の例会の報告や内部研修の報告、職員情報を掲載しています。ホームページには写真やQ&Aを組み込んで、利用者に対してサービス選択に必要な事業所情報を提供しています。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 「介護職員キャリアアップモデル」に階層別の表を作成し、職員一人ひとりに渡しています。職員がそれぞれの立場や目的を自覚して、何を受講すべきかが分かりやすいものになっています。また内部研修の講師を職員が交代で担当し、責任感や達成感を感じられる仕組みになっています。各自の作成する研修記録に講師への感想欄があり、意見や感想を伝達して、自分が講師を担当する際に何に気をつけるべきかを気づける仕組みになっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○ストレス管理 年1回、管理者が個人面談を実施していますが、カウンセラーなどの専門職による相談体制は確保していません。</p> <p>○地域への貢献 情報公開等は進めていますが、事業所として地域住民の生活に役立つ講習会や研修会等は開催していません。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 記録の取り扱い等については規程を設けていますが、記録の持ち出しに関する規程はありません。</p> <p>○災害発生時の対応 災害発生時の対応をマニュアルにしており、研修も行っていますが、地域との連携を意識した訓練を行っていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>当事業所は介護保険施行と同時に訪問介護特定事業所体制の指定を受けて以降、継続して質の高さの確保に努めています。現在は介護サービス以外に障害福祉サービス分野でも指定を受け、利用者の自立を支援すべく尽力されており、今後のより一層の発展を期待し以下のアドバイスをいたします。</p> <p>○職員の業務上の悩みやストレスを解消するためには単に「上司が相談に乗る」というだけではなく、支持的機能をもった「職員の悩みや不安を受け止める専門職」に相談できる体制を整えることが必要と考えます。また、専門職を設置することで、業務の効率を高めることにつながると思います。</p> <p>○介護・医療・福祉についての専門的な情報や技術を有しているので、そのことを積極的に情報提供を行ったり、講習会等を開催する等で地域住民に還元されたりすることを期待します。</p> <p>○各種記録の保管・保存・廃棄規程と並んで持ち出しに関する規程を定め、更に厳格な記録の管理体制を構築してください。</p> <p>○災害発生時に地域と事業所が連携できるよう、地域との協議を行ったり、連携を意識した訓練を行ったりしてはいかがでしょうか。</p>
------------------	---

※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	2670800149
事業所名	ケアサービスあかり
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)	
訪問調査実施日	平成27年2月18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
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. ホームページや広報誌に理念を掲載し、事業所内に掲示しています。その理念に基づいたサービス提供に努めています。 2. 月1回、全職員参加の例会で現場の声を吸い上げる仕組みがあり、組織としての透明性を確保しています。			
(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. 毎月のサービス評価委員会や例会で課題を明確にし、中長期計画や年間事業計画を作成しています。 4. 毎年度末のサービス評価委員会で年間の課題を設定し、次年度の計画に反映し、課題の達成に取り組んでいます。			
(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. 責任者が法令遵守の勉強会に参加し、事業所内で研修を行っています。新しい法令や省令、通知等を事業所内で回覧し、周知に努めています。 6. 「職務任用要件要領」で各職種の職務内容を明確にしています。責任者は職員に対して自らの役割と責任を表明し、事業運営をリードしています。 7. 責任者は常時携帯電話で連絡できるようにし、事業の実施状況を把握して、具体的な指示を行える体制があります。			

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。	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	A
		(評価機関コメント)		8. 採用時に実務経験者であるか、有資格者であるかを確認しています。また、質の高いサービス提供を継続できるよう外部研修への参加を促し、職員それぞれがステップアップを目標にできるよう支援しています。 9. 外部研修の情報は、インターネットや他事業所からの情報をFAX等で入手し、掲示する等で参加を促しています。職員が互いに学び合うために内部研修を開催し、輪番制で職員が講師を担当しています。 10. 実習生の受け入れを積極的に行っています。介護労働安定センターで責任者が雇用管理責任者講習を受け、実務経験5年以上の職員を対象に実習指導者として内部研修を行っています。		
(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、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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇の消化率や時間外労働のデータを管理しています。訪問時にスライディングシートを持参し、活用しています。また腰痛予防のためにコルセットや冷え予防のために、使い捨てカイロを職員が自由に使用できるよう備えています。 12. 年1回責任者が全職員と個人面談を行っていますが、専門職に相談できる体制がありません。		
(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. 「あかり新聞」やホームページで毎月の例会報告や内部研修の報告を画像付きでわかりやすく公表しています。 14. 関係機関が行う研修案内を外壁の掲示板に掲示していますが、本事業所での研修会や講習会は開催しておらず、事業所が有する機能を還元するまでに至っていません。		

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
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. ホームページを事業所独自で作成し、わかりやすく情報を発信しています。問い合わせにはその都度、丁寧に対応することを心掛け、受付票に記録しています。		

(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. 重要事項説明書に内容や料金に記載し説明しています。重要事項説明書以外にも分かりやすい料金表を作成しています。		
(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. 業務マニュアルに沿って面談を行い、所定のアセスメント様式を用いてアセスメントを行っています。 18. 利用者・家族の希望を確認し、自立支援のための目標を設定し、訪問介護計画書を作成しています。 19. サービス担当者会議に参加し、意見交換をしています。サービス担当者会議で主治医や利用者にかかる他の職種の意見を確認し、訪問介護計画書を作成しています。 20. 毎月のサービス状況報告書をサービス提供責任者が確認し、3か月に1回、見直しを行っています。また、必要に応じて随時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. 訪問介護計画書、緊急連絡先にかかりつけ医の連絡先を記載しています。緊急連絡先は1年に1回更新しています。入院時にはケアマネジャーに連絡を取り、退院時にはカンファレンスに参加しています。		
(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。	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	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. 業務マニュアルを作成し、サービス提供しています。マニュアルは見直し規程により見直し・変更を行い、その後、職員へ説明、周知しています。 23. 記録はパソコンで、管理しています。記録の保管等については個人情報管理規程に定めていますが、持ち出しに関しての規程がありません。 24. 職員間の連絡、引継ぎはパソコンの「連絡帳」で行っています。サービス担当者会議の参加までに、事業所内で意見を集約して会議に臨んでいます。サービス担当者会議後は内容を回覧して情報共有しています。 25. 担当者会議に参加し、家族と情報交換をしています。また、家族がサービス実施記録を確認できるようにしています。		

(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. 「衛生管理・感染症対策マニュアル」を作成しています。感染症についての情報は行政情報などで把握し、これらを基にして内部研修を行っています。職員が媒介にならないように手袋・マスク・予防衣を用意しています。 27. 書類は書庫や本棚に保管し、必要物品・備品、私物等は保管庫や棚に整理整頓しています。清掃は職員が当番制で行い、チェック表で確認しています。		
(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。	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. 「緊急時・事故対応マニュアル」を作成し、研修を行っています。緊急時連絡網を掲示し、直ぐに対応できるようにしています。 29. 「緊急時・事故対応マニュアル」に沿って対応しています。「苦情・トラブル・ヒヤリハット報告書」で報告し、できるだけ早く「検討会」を開催して職員全員で話し合っています。 30. 「非常災害時の対応マニュアル」を作成し、研修を行っていますが、実践的な訓練を行っていません。		

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

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	A		
(評価機関コメント)		31. 理念は高齢者の尊厳に配慮したものになっています。プライバシー保護や虐待防止の内部研修会を行っています。 32. 同性介助を基本としてサービス提供を行っています。業務マニュアルを整備し、ビデオを使っでの研修を行い、職員の理解を深めています。 33. 営業時間に合わない、サービス提供範囲外である等で対応が困難なものを除き、利用申し込みを受け入れています。断った件については相談を受けた記録として残しています。				

(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	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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. 3～4か月に1回、担当訪問介護員がモニタリングを行い、年1回、利用者アンケートを実施しています。アンケートの結果を事業所内部で検討し、利用者・家族に返しています。 35. 苦情対応マニュアルにもとづいて対応しています。相談や意見等は業務マニュアル（手順書）に従って対処しています。これらを記録し、職員間で情報を共有して対応を検討をしています。アンケート結果と対応を「あかり新聞」で個人情報に配慮しながら公開しています。 36. 第三者委員を設置し、運営規程や重要事項説明書に記載しています。事業所の例会案内を行い、第三者委員に参加を呼び掛けています。		

(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。	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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		37. 利用者アンケートを実施し、そこで出てきた意見等への回答をしていますが、サービスが改善されたか確認する仕組みはありません。 38. 月1回サービス評価委員会を行い、検討事項を例会で職員に周知しています。京都の民間事業所有志で構成しているネットワークの会議に2か月に1回参加して、他事業所の取組みなどについて積極的に情報を収集しています。 39. 職員全員が自己評価を毎月行い、その結果をサービス評価委員会で検討しています。利用者からのトラブル・苦情や、職員による自己評価結果を集計して課題として取り上げ、次年度の活動に組み入れています。		