

# アドバイス・レポート

平成27年12月8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27年11月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 株式会社ケア・サポート 平野事業所(訪問介護)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><b>管理者等による状況把握</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問介護員の訪問先利用者の状況がすぐに電話で報告され、経過記録として利用者のファイルに蓄積される電子カルテ化システムが構築されています。電子カルテ化により運営管理者は利用者の変化や、訪問介護員が困った状況に遭遇した時に指示を出し、対処した事を確認する等、一連のケアの流れから職員の対応まで、きめ細かな状況の把握が行なわれていました。</li> </ul> <p><b>質の高い人材の確保</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>法人は各部署ごとに職責一覧を作成し、新人スタッフから経験年数ごとに職責がステップアップしていく仕組み「キャリアデザイン制度」を構築されています。また、資格取得支援については、法人内で受験対策講座を実施されていました。実務経験に応じた職責アップが目に見える事で、職員の働く意欲が保たれていました。</li> </ul> <p><b>事業所情報等の提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページに利用料金やサービス開始の手順を分かりやすく掲載し、利用者に対する細かい配慮が行なわれていました。また、専門の相談員を設置し、緊急な新規利用者の受け入れを検討され、利用者の安心感を得るための努力がうかがえました。</li> </ul> <p><b>プライバシー等の保護</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>毎年プライバシー保護の研修を行なうとともに、利用者の要望に応え、必要に応じて同性介助を行なう等、きめ細かい配慮が成されていました。</li> </ul>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>業務マニュアルの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>業務マニュアルや手順書等は作成され、必要に応じて見直しされていましたが、見直しの基準が定められておらず、苦情や顧客満足度調査の分析、事故防止策などの具体案が反映されるような仕組みがありませんでした。</li> </ul> <p><b>サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の記録の保管や保存に関する規定はありましたが、持ち出しや廃棄に関する規定はありませんでした。</li> </ul> <p><b>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>苦情処理マニュアルに沿って報告書を作成し、改善の検討を行なっておられましたが、改善状況について公開されていませんでした。</li> </ul> <p><b>利用者満足度の向上の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の満足度調査は3年前の実施以降取り組まれていませんでした。</li> </ul> <p><b>評価の実施と課題の明確化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>企業戦略委員会 (CI) 参加や教育委員会への参加を通して課題の明確化が図られ、次年度の事業計画に反映させておられましたが、第三者評価の受診は今回が初めてでした。</li> </ul>

具体的なアドバイス

#### **業務マニュアルの作成**

・既存のマニュアル委員会で見直しの時期を検討され、定期的に見直しを行なう事で業務やケアの振り返りが行なえ、標準的なケアの統一が図れるのではないのでしょうか。

#### **サービス提供に係る記録と情報の保護**

・電子カルテ化されているため、基本的には持ち出しはしませんが、法人の考えを提示し、廃棄に関しても手順を明示する事で、個人情報保護に配慮が成されている事業所として利用者の安心感が得られるのではないのでしょうか。

#### **意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善**

・苦情に関しては個別に対応されていましたが、毎月発行される広報誌にアンケート結果をフィードバックする形で明らかにすれば、組織の透明性が保たれ利用者の安心感につながるのではないのでしょうか。

#### **利用者満足度の向上の取り組み**

・3年前実施のアンケート様式を有効活用し、毎年満足度調査アンケートを取る事によって、利用者の声を聞く事でサービスの振り返りができ、更なるサービス向上につなげられるのではないのでしょうか。

#### **評価の実施と課題の明確化**

・今回の受診結果から改善点を明らかにし、次回の受診までに目標を立て、常に目標の達成を意識することでサービスの向上に役立てられてはいかがでしょうか。

※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	2670100664
事業所名	株式会社 ケア・サポート 平野事業所
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27年11月20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
<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. 毎年4月の全体研修で法人の理念、運営方針の周知徹底を行なうとともに理念の掲示や職員身分証に記載し、日常的に意識するよう取り組まれていました。 2. 毎月の事業所ミーティングや管理者会議で出された意見は、取締役会で報告する仕組みがありました。職務権限表にもとづいて権限を委譲されていました。			
<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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		3. 単年度で事業計画が立てられており、今年度は法人内での人事異動による効果的な人員配置「グループ人材の再生」をスローガンに計画が立てられ、実行されていました。 4. 事業計画は半期ごとに職員ミーティングで検討後、管理者会において見直しが行なわれ、特に介護度の低い方の対応について検討されていました。			
<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	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. 毎年1回サービス提供責任者全員で自主点検表により法令を確認し、事業所内に関係法令の冊子が設置されていました。 6. 管理者は毎月の職員ミーティングで職員の意見を聴く機会を設け、管理者に対する職員の評価については、上司の人事考課表による面談時にフィードバックする形で伝わっていました。 7. 管理者は専用の携帯電話で常時連絡が取れ、利用者の状況もすぐに経過記録に反映されるシステムによって把握でき、適切な指示が送れるようになっていました。			

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
<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	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. 法人独自の職責一覧（キャリアデザイン制度）にもとづく人材の育成が行なわれており、職員の働く意欲が保たれていました。 9. 法人が設置する研修委員会が、年間の研修計画を立て実行し、教育委員会では必要に応じて勉強会を実施しておられました。 10. 実習生受け入れマニュアルが整備され、法人内で実習指導者研修が行なわれていました。		
<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。	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. 有給休暇や時間外労働の管理を行ない、職員の希望や体調に配慮しておられましたが、職員の負担軽減につながるような機器の活用は行なわれていませんでした。 12. 産業医や安全衛生委員会を設置し、職員のストレスチェックやメンタルヘルスの維持がなされていました。スポーツジムや旅行券の割引など福利厚生制度が充実していました。		
<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	A
		(評価機関コメント)		13. 毎月発行される広報誌「和音」に事業所情報を掲載し、ホームページに利用料金やサービス開始の手順を分かりやすく載せ、情報の公表制度の公開も行なわれていました。 14. 地域住民に呼び掛け、平野グループ（訪問介護・通所介護・訪問看護・居宅介護支援）で認知症の勉強会を行なっておられました。地域包括支援センターが主催する徘徊ネットワークの模擬訓練に参加する等、地域とのかかわりの場を積極的に設けておられました。		

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
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		15. ホームページに事業所の概要を記載し、サービスの問い合わせは利用受け付け票で管理しておられました。		

(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. ホームページや重要事項説明書でサービス内容や料金に関して説明され、同意を得ておられました。権利擁護事業の利用者はありませんでしたが、必要に応じて利用できる仕組みがありました。			
(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	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. アセスメント様式（MDS-HC）を活用して心身の状況や生活状況を把握した上で、希望を聞き取っておられました。 18. サービスの開始時にサービス提供責任者が利用者、家族の希望を聞き、個別援助計画に反映されていました。 19. サービス担当者会議において、専門職との意見交換をおこなっておられました。また、医療的ケアチェックシートも活用しながら、個別援助計画を作成しておられました。 20. サービス提供責任者により定期的、または必要に応じて個別援助計画の見直しが行なわれていました。			
(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. 退院時カンファレンスには出席し、利用者の身体状況の把握に努め、スムーズに在宅に復帰できる連携、支援体制が確保されていました。			
(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。	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。	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. 業務マニュアルは、マニュアル委員会で検討し、見直しがされていましたが、見直しの基準が定められていませんでした。 23. 個人情報保護規定により、保管、保存の規定はありましたが、持ち出し、廃棄に関する規定はありませんでした。 24. 利用者管理の記録を電子カルテ化し、職員間の情報の共有を行なっておられました。 25. 定期的なモニタリングの訪問時やサービスの変更時、必要に応じて家族との情報交換を行っておられました。			

(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	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. 2か月ごとに法人で開催される在宅感染委員会において感染症対策マニュアルが作成されていました。委員会には管理者が参加し、すべての職員に委員会の内容を伝達しておられ、マスクや手袋、使い捨てエプロンが支給されていました。 27. 毎日の清掃は職員が持ち回りでを行い、日曜日は清掃の日と決めて、事業所内の整理整頓が行なわれていました。		
(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	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	A
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時の対応マニュアルが整備され、2年に1回普通救命講習の受講をされていました。緊急時の連絡網やフローチャートも事業所内に掲示されていました。 29. 事故報告書を作成し、職員ミーティングや管理者会議において事故発生の原因を分析し、今後の対応について検討されていました。 30. 災害時マニュアルを作成するとともに、併設のデイサービスの消防訓練を地域と一緒にこなう等、積極的に関わっておられました。		

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
<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。	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. 利用者の気持ちに配慮して、希望があれば同性ヘルパーの派遣を行ない、身体拘束の禁止や高齢者虐待防止法の研修を毎年行なっておられました。 32. 訪問介護マニュアルにプライバシーの保護を明記し、毎年研修を行なっておられました。 33. 新規で依頼のあったケースは基本的に断らない方針でした。緊急な依頼に対応するために専任の相談員を置く計画になっていました。			
<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. サービス提供責任者が定期的にモニタリング訪問し、利用者や家族の意向を把握できる体制がありました。 35. 事故や苦情に対して、利用者個別に対応しておられましたが、改善状況を公開する仕組みがありませんでした。 36. 重要事項説明書に相談窓口が明記され、利用者に説明する体制が整っていました。			
<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。	C	C	
	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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		37. 満足度アンケートは3年前に実施していましたが、それ以降は行われていませんでした。 38. 毎月1回サービスの質の向上に関して、事業所ミーティングで検討された内容を事業所伝達会議で職員全員が定期的に検討されていました。 39. 企業戦略委員会（CI）参加や教育委員会への参加を通して課題の明確化が図られ、次年度の事業計画に反映させておられましたが、第三者評価の受診は今回が初めてでした。			