

様式 7

アドバイス・レポート

平成28年 1月18日

平成27年10月31日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 笑顔のもとケアシステムにつきましては、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。

記

c v b

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番11) 労働環境への配慮 職員の有給取得率や時間外労働のデータの把握をするとともに、できるかぎり職員の要望に応えるように配慮されています。また、腰痛予防などの研修を行っています。</p> <p>(通番18～20) 個別状況に応じた計画の策定 計画の策定にあたっては、本人や家族が参加するサービス担当者会議に参加し意見を聞きとり、介護計画を作成し、同意を得ています。 また、ケアマネ等を通じて医師など専門家に意見照会等を行っています。計画の見直しについては、毎月のモニタリングを行い、状態の変化等に応じて見直しを行っています。</p> <p>(通番21) 他職種協働 ケアマネを通じて連携を図っています。訪問時に訪問看護事業所等と連絡帳でやりとりをし、緊急時においても連絡が出来るようになっています。退院時のカンファレンスにも同席をしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 代表者において方向性は持っているとのことでしたが文書化されたものがありませんでした。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み 利用者満足度調査は行われていませんでした。</p> <p>(通番39) 評価の実施と課題の明確化 自主点検を除く自己評価が行えていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>株式会社笑顔のもとケアシステムは、2010年に開設された訪問介護（介護予防）事業所です。「日々感謝」のスローガンのもと、人と人との絆を大切に京都市東山区、大津市で事業を展開されています。</p> <p>開設5年目を迎え、振り返りを行い、更なるサービスの向上に向けて第三者評価を申し込んだとの事でした。</p> <p>従業員の待遇をよくしていくことが良い介護につながるという代表の思いのもと、資格取得支援のための費用負担や腰痛予防等の研修などに取り組まれました。</p> <p>また、自治会活動として運動会やお祭りへの参加など地域に根差すための取り組みも行われていました。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>個別状況に応じた計画策定については、他職種との協働、利用者及び家族の意見尊重、計画の見直しなど丁寧に行われていました。</p> <p>所定のアセスメント様式を策定されるとさらによいと思われます。</p> <p>一方で中長期計画は代表の頭の中にはあるとのことでしたが、明文化されていませんでした。目指すべき方向について職員と共有していくためにも明文化されてはいかがでしょうか。</p> <p>訪問調査において、日々の実践は努力しておられることをお伺いしましたが、多くの場面においてマニュアルの整備、文書化などが確認できませんでした。下記に具体的なアドバイスとして記しますので参考にいただければと思います。</p> <p>今後ますます地域に根差した事業所として発展していかれることを祈念いたします。</p> <p>具体的なアドバイスを下記に記します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・週1回の会議について職員会議として位置づけ定例化をするとともに、記録の整備をされてはいかがでしょうか。(通番2参照) ・各業務レベルにおける課題の設定について文書化し検討を行ってはいかがでしょうか(通番4参照) ・職員の資質向上について積極的に取り組まれています。今後はさらに研修の体系化を行い、計画的にされてはいかがでしょうか。(通番9参照) <p>あわせて、人権及びプライバシーの研修も位置づけられることをおすすめします。(通番31、32参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所が有する機能の地域への還元として地域対象に研修会等をされてはいかがでしょうか。地域との関係が一層深まると考えられます。(通番14参照) ・業務マニュアル、感染症対応や緊急時の対応マニュアル等はあるが活用されていないとのことでした。規程類とあわせて今一度見直しをして整備されてはいかがでしょうか。(通番22、26、28参照) ・苦情解決の仕組み及び第三者委員の設置について検討されてはいかがでしょうか。(通番35参照) ・質の向上にかかる取り組みとして利用者満足度調査の実施、基準を作成しサービスの自己評価を継続的にされてはいかがでしょうか。(通番37、39参照)
------------------	---

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670600762
事業所名	笑顔のもとケアシステム
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	2015年11月10日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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。	C	B
		(評価機関コメント)		1)理念、社はホームページに掲示している。利用者には重要事項説明書に記載し説明はしているが不十分である。また職員に対する周知は、新人には必ず行っているが、継続した取り組みとなっていない 2)週1回職員が集まり会議を行っているが、定まった会議としては開催されていない。		
(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。	C	C
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		3)代表者において方向性は持っているが文書化されたものがない。 4)業務レベルにおいて課題の整理はしているが文書化されていない。		
(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。	C	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)管理者が集団指導等に参加して回覧できるようにしているが、関係法令のリスト化ができていない。研修等の取り組みもできていない。 6)週に一度の会議で意見を聞く機会を持っているが、役割と責任等について表明や運営方針等の文書化されていない。 7)職員全員が携帯を所持している。緊急時はメール等で報告し、対応を指示している。		

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。	B	B
		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)		8)人材確保・育成に向けて、試験、初任者研修等の費用など資格取得費用の負担をしている。 9)新人職員等には、必ず研修を行うとともに業務ができるようになるまでは2人体制をとっている。外部研修にも受講できるよう勤務調整などの配慮をしている。内部研修は定期的に行っている。定まった研修体系がない。 10)看護実習の受け入れは行っており、事前説明は行っているが、マニュアル等が整備されていない。		
(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	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)職員の有給取得率や時間外労働のデータの把握をしている。腰痛予防などの研修を行っている。 12)職員の悩みを聞く仕組みやストレスを解消するための独自の福利厚生制度がある。ハラスメントに関する規定も整備されている。休憩場所も確保されている。専門職による相談体制が確保されていない。		
(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。	C	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。	C	B
		(評価機関コメント)		13)自治会に加入して組長などの活動を行っている。運動会や祭りなどにも参加している。 14)自治会活動を通じてニーズ等把握しているが、具体的な研修など機能の還元は行っていない。		

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、パンフを元に情報提供を行っている。		
(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)重要事項説明書を元に説明し同意を得ている。成年後見制度を活用した事例もある。		

(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。	C	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。	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)アセスメントは行っているが所定の様式に記載されていなかった。 18)本人が参加するサービス担当者会議に参加している。それをもとに介護計画を作成し同意を得ている。 19)計画の策定にあたってはケアマネを通じて医師など専門家に意見照会等行っている。 20)認定機関に合わせて見直しを行っている。毎月のモニタリングを行い、状態の変化等に応じて見直しを行っている。初回訪問報告書をケアマネに渡している。		
(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)ケアマネを通じて連携を図っている。訪問時に訪問看護事業所等と連絡帳でやりとりをしている。緊急時においても連絡が出来るようになっている。退院時のカンファレンスも同席している。		
(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。	C	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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		22)業務マニュアルはあるが活用されていない。 23)利用者の記録については適切に保管されている。しかし規定が定められていない。 24)日々の情報については電話、社内メール等で共有化されている。定期的なカンファレンスはできていない。 25)連絡帳や電話による情報交換を行っている。また、必要に応じ実施記録を見てもらっている。		
(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。	B	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)マニュアルは作成しているが、活用できていない。研修も行われているが定期的ではない 27)室内は職員で清掃をし清潔に保っている。訪問時には、グローブ、消毒液、マスク等の携帯を義務付けている。		
(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。	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。	C	C
(評価機関コメント)		28)業務マニュアルは作成されているが、定期的な研修等は行われていない。 29)ヒヤリハット、事故報告書を提出する仕組みはあるが活用されていなかった。事故報告に係る話し合いは行われているが分析したり、マニュアルの定期的な見直しがなされていなかった。 30)マニュアルが作成されていない。訓練も行われていない。		

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。	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) 事業所の運営方針等において明確にされているが、高齢者虐待等の研修は行われていない。 32) プライバシーへの配慮をしたサービス提供は行っているが研修は行われていない。 33) 派遣の調整が難しい以外は断らないことを原則としている。		
(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っている。	C	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。	B	B
		(評価機関コメント)		34) 訪問時に聞いたクレームなどは組織的に対応している。利用者の意向などを把握するための取り組みが行われていない。 35) 迅速に対応し記録に記載されているが、利用者の意向に対する対応方法等が定められていない。 36) 重要事項等に第三者表の公的窓口の記載がある。第三者委員の設置が出来ていなかった。		
(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。	B	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。	C	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。	C	C
		(評価機関コメント)		37) 利用者満足度調査は行われてなかった。 38) 週1回の会議で話し合いを行っているが、質の向上に対する検討は行われていない。 39) 自主点検を除く自己評価が行えていない。		