

アドバイス・レポート

平成29年3月9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28年12月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた メッセージケアサービス桂川につきましては、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>○法令遵守の取り組み 単年度計画の目標として、コンプライアンスの徹底を掲げ、社内ネット共有で「ケアサービス事業所マニュアル」が閲覧でき、職員が簡単に調べられるような環境になっています。また、「コンプライアンスガイドブック」を作成し、カンファレンスなどで職員全員に浸透するような取り組みを行っています。</p> <p>○人権等の尊重 高齢者虐待防止について、職員全員に「できてますか？11」を名刺サイズで作成、配布してセルフチェックを毎日行っています。また、採用時に『やっていますか？100』の書籍を会社が購入し、職員のテキストとして配布しています。『やっていますか？100』を活用した研修会を定期的に開催するなど、人権に配慮したサービスの提供や援助の方法について検討しています。</p> <p>○意見・要望・苦情の受付 それぞれの利用者に対して担当する職員を配置するなど担当制にしています。モニタリング訪問には、担当職員とマネージャーが同行し、利用者の満足度や意向を把握しています。また、利用者の入院時には必ずお見舞いに行くなど面談する機会を積極的に作っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○業務レベルにおける課題の設定 スーパーバイザーは、京都エリア内の事業所の課題などを把握し、現状の課題を解決するための取り組みを検討していますが、職員それぞれが自身の課題を把握し、目標を立て業務に取り組む仕組みがありません。</p> <p>○地域への情報公開 事業所のパンフレットや事業所独自の取り組みについて発信する媒体を持っていません。また、情報の公表制度など利用者や地域住民に広報する仕組みがありません。</p> <p>○地域への貢献 地域包括支援センターが主催する研修会や事業所連絡会に参加はしていますが、事業所として地域の介護や福祉ニーズの把握につながる取り組みを行っていません。また、事業所が持つ専門的な技術や情報を地域に還元していません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>当事業所は平成24年12月に開設され、職員が長く勤めることができるように、子育て支援や福利厚生を充実させています。また、全国展開している企業であり、キャリアアップ制度を構築し、人材育成や研修に力を入れ、職員の能力を高めることに取り組んでいます。さらにサービスの質の向上や地域に開かれた事業所になることを期待し、以下の通りアドバイスいたします。</p> <p>○階層別に研修を体系化されていますが、職員が自身の目標を設定する仕組みがありません。各職員が課題を把握し、課題を解決するためにやるべきことは何かを検討させることは、職員の自己成長にもつながります。「個別目標計画シート」を作成中とのことですが、職員に「個別目標計画シート」を何故作成していくのかなどの目的をきちんと説明した上で仕組みを導入することをお勧めします。</p> <p>○サービス付き高齢者向け住宅の入居者に対するサービス提供が中心となっていることもあり、地域住民との接点がほとんどありません。また、本社が作成しているホームページはありますが、事業所独自の情報を発信することができていません。まずは、事業所独自のパンフレットを作成するなどして、事業所の取り組みやどのような事業所なのかを広く知ってもらうことから始めてみては如何でしょうか。事業所がある担当圏域の地域包括支援センターに、地域とのかかわり方について相談することで良いアイデアをもらえるかも知れません。</p> <p>○地域に開かれた事業所でありたいと考えておられますので、研修会や事業所連絡会に参加するだけでなく、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に積極的に事例を出したり、認知症に関する取り組みについて企画段階から関わらせてもらうなど、主体的に行動されては如何でしょうか。事業所が所在している地域は、認知症について各関係機関が協議会を設置するなど先進的な取り組みをしておられます。まずは、認知症サポーター養成講座でスタッフとして協力できるように、事業所の職員が認知症サポートリーダー研修を受講されることをお勧めします。</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	26740008111
事業所名	メッセージケアサービス桂川
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 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年1月30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. 組織の理念や運営方針が職員に浸透する取り組みとして、新人研修や年1回の研修を実施しています。 2. 「職務権限規程」でスーパーバイザーや管理者の役割を明確にしています。月2回のカンファレンスで現場の意見を吸い上げ、「関西のSV会議」で検討し、検討した内容を「経営会議」で協議するなど、職員の意見を反映する仕組みがあります。			
(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	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		3. 単年度計画として「コンプライアンス」を課題とし、事業運営を行っていますが、達成期間を明確にした中・長期計画は作成していません。 4. スーパーバイザーは業務レベルの課題を設定し業務に取り組んでいますが、各訪問介護員それぞれが自身の課題を把握し、目標を設定するなどの役割に応じた業務に取り組む仕組みがありません。			
(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。	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. 運営管理者は、会社の管理者向けに行われる「京都のエリア会議」の中の勉強会に参加し、「法令遵守の観点での経営について」に関して研鑽しています。「ケアサービス事業所マニュアル」を活用し、全職員が調べられる仕組みとなっています。 6. 運営管理者は、全職員と定期的に面談し、職員の意見を聞く機会を設けています。また、「熱意・誠実さ・知識」の3項目について、上司や部下から評価を受ける「360°評価」を年1回実施しています。 7. 運営管理者は、常時連絡がとれるよう携帯電話を携帯しています。職員は「緊急時の対応」に基づき「メッセージケアサービス桂川職員連絡網」に沿って、指示を仰ぐ体制となっています。また、WEB上で連絡を取れる仕組みもあります。			

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。	C	C	
	(評価機関コメント)		8. 資格取得支援として、参考書購入費用や研修費用などを補助する仕組みがあります。また、マネージャーが講師となり介護福祉士の試験対策を目的とした勉強会を事業所ごとに実施しています。 9. スーパーバイザーや管理者、1年以上の職員、1年未満の職員と階層ごとの年間研修スケジュールを作成し、体系的に研修を受ける仕組みがあります。新人研修については、導入研修、採用後1ヶ月研修、採用後3ヶ月研修と段階を経て学ぶ機会を確保しています。 10. 実習を受け入れた実績はなく、実習を受け入れるための基本姿勢の明文化や体制の整備ができていないなど環境が整っていません。			
(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. 職員の残業時間や有給の消化率などを本社の人事部が把握し、スーパーバイザーが職員との面談を通じて意向などを確認しています。原因を分析した結果について改善策を検討するなど、労働環境水準に配慮しています。 12. 「スタッフの皆さんのための通報・相談窓口一覧」として、①対応困難検討チーム相談窓口、②ハラスメント相談窓口、③公益通報社会窓口、④なんでもコールとスタッフが相談しやすい体制が整えられています。			
(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	C	
	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	C	
	(評価機関コメント)		13. 事業所独自の取り組みを発信する媒体を持っていません。地域住民との関わりもなく、また、情報の公表制度などの情報を自ら開示していません。 14. 地域との関係機関と連携を図るために事業所連絡会に参加していますが、事業所が有する機能を地域に還元している取り組みは行っていません。			

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
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。	B	B	
	(評価機関コメント)		15. 会社全体のホームページはありますが、事業所ごとのパンフレットがなく、事業所概要がわかりにくいものとなっています。			
(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. 重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ています。利用契約時に判断能力などに問題がある利用者については、家族や成年後見人などに説明し同意を得ています。			
(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. 事業所独自のアセスメント様式を用いて、半年に1回アセスメントをしています。 18. サービス担当者会議に本人が参加し、本人の意向を確認しています。「訪問介護計画書」を作成し、利用者や家族などから同意を得ています。 19. サービス担当者会議時に専門家などへの意見照会や意見交換した内容を「訪問介護計画書」や「訪問介護・介護予防訪問介護サービス手順書」に反映しています。 20. 月1のモニタリングを実施しています。また、利用者の状態の変化に応じて、計画を見直す仕組みがあります。			
(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. 担当の介護支援専門員を介して他の関係機関と連携を図っています。また、利用者の入院時には、2週間以内に入院先を訪問するなど、病院の職員から情報収集をしています。			
(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	A	
	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. 社内Webサイトで全職員が閲覧できるようにマニュアルを整備しています。マニュアルはイラストなどが多く、わかりやすいものとなっています。 23. 情報セキュリティ管理規程に基づき、記録を管理しています。個人情報保護テキストを用いて研修会を開催しています。 24. 月2回カンファレンスを開催しています。また、「訪問介護・介護予防訪問介護サービス手順書」や「申し送りノート」も活用し、職員間で情報共有しています。 25. サービス担当者会議や「連絡ノート」を用いて家族などとサービス提供状況などについて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	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. 本社のリスク管理部が作成した「感染症対策マニュアル介護従事者用」を用いて、研修会を開催しています。二次感染予防の取り組みとして「チェックリスト」を活用し、対策を講じています。 27. 事業所内における物品などについて整理・整頓しています。毎日、職員が順番でトイレ掃除をするなど衛生管理に努めています。		
(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. 「緊急時の対応」というマニュアルを整備し、事故や緊急時における指揮命令系統が明確になっています。同系列の事業所と合同で救命講習を年1回行っています。 29. 発生した事故については、事故報告書を作成し、月2回のカンファレンス会議で事故防止策などを検討しています。 30. 「災害対応マニュアル」については、新人導入研修時に周知しています。しかし、地域との連携を意識したマニュアルとはなっていません。		

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. 「コンプライアンス・倫理・行動指針」の研修会を行っています。また、『やっていますか？100』という介護実践教育マニュアルを全職員に配布するなど、尊厳保持について周知しています。 32. 利用者のプライバシーを意識づけする目的として、年1回職員に対して羞恥心研修を行っています。 33. 利用申し込みに対して、サービスを受け入れしなかった事例はありません。必要に応じて、同系列の事業所に社内Webサイトを活用し紹介しています。		
(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	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. 月1回のモニタリング訪問で意向を確認しています。利用者に対して担当職員制とするなど意向を引き出しやすい工夫を行っています。訪問時には、マネージャーも同行するなど積極的に利用者の意向を収集しています。 35. 苦情対応マニュアルを活用し、迅速に対応しています。苦情については「苦情（相談）対応記録」で記録しています。しかし、苦情に対する改善状況などについて公開する仕組みがありません。 36. 重要事項説明書に、連絡先として公的機関等の窓口を明記しています。また、本社本部に「公益通報窓口・通報センター」を設置し、広く苦情を受け付ける仕組みがあります。		

(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てている。	C	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	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)		<p>37. 満足度調査アンケートは実施していませんが、モニタリングで利用者の意向を確認し、月2回のカンファレンス会議でサービスの改善について検討しています。</p> <p>38. 会社の地区ごとで開催する研究発表会や、キャリアアップにおける事例レポートを年1回提出するなど、サービスの質の向上のための取り組みを行っています。</p> <p>39. 社内独自の「できてますか? 11」を用いて、職員それぞれが自己評価しています。また、月1回、スーパーバイザーが「施設改善セルフチェックリスト」を活用し、事業所の評価をしています。事業に反映する仕組みがありません。</p>		