

アドバイス・レポート

平成28年4月21日

平成27年6月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた、ケアササービスののんのんな 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>(通番1 理念の周知と実践) 理念及び運営方針をパンフレットに記載し、玄関に提示すると共に、利用者やその家族にも配布し、理解を深める努力をされていました。また、職員には採用時に周知徹底し、理念に基づいたサービスの提供を行うように指導されていました。</p> <p>(通番8 質の高い人材の確保) 質の高いサービスを提供するための必要な人材や人員体制についての方針が確立していました。事業所の実施するサービスに沿った専門職を配置し、希望者には資格取得への支援が行われています。</p> <p>(通番9 継続的な研修・OJTの実施) キャリアアップ助成金の人材育成コースを活用し、必要なスキルや知識を身につけるための評価シートやカリキュラムに沿ってOJTに取り組んでいます。</p> <p>(通番34 意見・要望・苦情の受付) 利用者宅訪問時に、利用者や家族からの希望があれば聞き取りを行い、その内容を職員会議で検討し対応しています。利用者の意向を把握する目的でのサービス担当者会議を実施しています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番4 業務レベルにおける課題の設定) サービスの質の向上のための課題設定や支援の方向性を示す計画が策定されていませんでした。</p> <p>(通番10 実習生の受け入れ) 介護人材育成事業を受託していますが、実習の受け入れはなく、実習マニュアルや基本姿勢も明文化されていませんでした。</p> <p>(通番37 利用者満足度の向上の取り組み) 利用者に対する満足度調査が行われておらず、サービスの質の向上に関する検討は日々行っていますが、組織的に検討する委員会等は開催されていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「ケアサービス のんの のんな」は開設2年目の事業所であり、地域に根差した訪問介護事業を展開しようと努力されています。利用されている方一人ひとりの顔が見える、小規模な事業所であることのメリットを生かしたサービス提供を意識されています。</p> <p>大規模な事業所ではできない、きめ細かな支援を行うために、事業所の規模をできるだけ小さくし、地域も限定して事業を続けていくことをひとつのポリシーとして、ある意味新しいタイプの運営を行っていました。また、サービスの質的向上を図るため、スタッフ全員を介護福祉士、社会福祉士をはじめとした福祉の有資格者でそろえ、入職後には職員のキャリア制度の導入を積極的にすすめていました。</p> <p>今後ますます地域で、利用者の方々に対するきめ細かなニーズを把握した事業運営を継続されていくことを期待します。</p> <p>以下に具体的なアドバイスをいたします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・少人数の事業所であることで文書指示より口頭での指示が多いようにお聞きしました。職員の資質向上の蓄積になるようになるべく記録として残る形での指示を行う取り組みをされてはいかがでしょうか。 ・小さい事業所のメリットを生かすことを明文化し、スモールスケールメリットとは何か？を概念的ではなく具体的に表現されることを期待します。 ・管理者の方は今後の事業展開を考えているとお話しされましたが、中長期の計画が策定されておらず、前記のスモールスケールメリットの事業所をどのように展開されていくのかを分かりやすく文章化さ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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673300220
事業所名	ケアサービス のんの のんな
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護事業
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	なし
訪問調査実施日	2016年3月11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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		1)理念及び運営方針をパンフレットに記載し、玄関に提示すると共に、利用者やその家族にも配布し、理解を深めている。職員には採用時に周知を徹底している。 2)運営に係る顧問との定例報告会は毎月実施されているが、組織図が確認できず、職員の意見を反映するための定期的な会議等が行われていない。			
(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	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)管理者は行政が開催する福祉計画会議に参加して、地域の実状を把握した上で事業提案書を作成し、職員に配布している。中長期計画は作成されていない。(現在、作成中) 4)業務レベルにおけるサービスの質の向上のための課題や計画が策定されていない。			
(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。	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。	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)順守すべき福祉及び関係法令を、朝のミーティングにて職員に伝達している。管理者は法令に関する研修会に積極的に参加すると共に、法令文書を書架にて管理し、リスト化している。 6)組織図にて職務権限の明文化や、サービス管理責任者の役割りについて文書化し、職員に配布している。管理者は各種会議に参加し、リーダーシップを発揮しているが、管理者自らを評価する仕組みがない。 7)全職員がスマートフォンのLINEを活用し、常に連絡がとれる体制を整備している。そのため、管理者は事業の実施状況を随時把握でき、職員に具体的な指示を行う事ができる。			

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。	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) 質の高いサービスを提供するための必要な人材や人員体制についての方針が確立している。事業所の実施するサービスに沿った専門職を配置するとともに、介護福祉士等の資格取得への支援を行っている。 9) キャリアアップ助成金の人材育成コースを活用し、必要なスキルや知識を身につけるための評価シートやカリキュラムに沿ってOJTに取り組んでいる。 10) 介護人材育成事業を受託しているが、実習の受け入れはなく、実習マニュアルや基本姿勢を明文化していない。		
(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。	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) 有給休暇の取得状況については管理者が把握し、取りやすい雰囲気づくりに努めている。育児や介護などの休業制度も就業規則に定めている。 12) 職員の業務上の悩みについては、管理者が個別に対応したり、会社の顧問が必要に応じて相談に応じている。外部の相談機関等の案内は行っていない。		
(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、利用者や地域との関わりを大切にしている。	C	B
		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) ホームページやフェイスブックにて事業所の情報を公開している。パンフレットを医療機関や地域包括事業所に配布している。他事業所からの見学は受け入れているが、地域への開示等は十分ではない。 14) 介護に関する研修会を企画したり、管理者が介護に関する講演会でコメンテーターとして参加しているが、事業所の機能を積極的に地域へ還元できていない。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		15) パンフレットの作成やホームページ、フェイスブック等で事業所の必要な情報を提供している。他事業所や民生委員等からの見学を随時受け入れ、利用者の紹介に繋げている。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		16) サービス内容や料金を記載した重要事項説明書に基づき、利用者やその家族に説明し、同意を得ている。必要に応じて、成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用を推進する体制が整備されている。		

(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>17)各事業所のケアマネージャーによるアセスメントシートや退院サマリー等から、利用者の心身の状況や生活状況を把握しているが、事業所独自のアセスメントシートは確認できなかった。アセスメントの定期的な見直しも行われていない。</p> <p>18)利用者宅で行われるサービス担当者会議で、直接、利用者や家族から意向を聞き取り、希望を尊重した上で目標を設定し、訪問介護計画書を作成している。</p> <p>19)ケアマネージャーや訪問看護師も参加するサービス担当者会議で、専門家からの意見を聞き取り、訪問介護計画書に反映させている。利用者の入退院時には、医師も交えて行われるカンファレンスに積極的に参加し、意見照会している。</p> <p>20)要介護度の変更や新しいサービスの導入時にサービス担当者会議を開催し、訪問介護計画書の見直しが行われるが、見直しを行う時期は定められていない。</p>		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>21)連絡ノートを活用し、訪問看護師との連携を図っている。医師との連携に関しては、具体的にケアマネージャーを通じて行われている。また、利用者を支援する関係機関のリストを作成し職員が周知している。入退院時の医療機関との連携体制も確保されている。</p>		
(5)サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	標準的な実施方法(業務マニュアル・手順等)が整備されている。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)		<p>22)食事介護や排泄介護、口腔ケアマニュアル等、各種業務マニュアルを整備しているが、見直しの基準が定められていない。</p> <p>23)書面による記録はあるが、記録に関する文書管理規定はない。また、ラインを活用し、訪問時の気づきや家族からの情報をいち早く伝達する体制が整っているが、ラインの情報による個人情報保護の規定はなく、管理運営についても職員に周知されていない。</p> <p>24)毎朝のミーティングや職員会議で利用者の情報を職員間で共有している。常勤以外の登録職員に対しては、ラインの活用による情報共有の他に、週に一度事業所に出社し、支援内容についての意見交換を行っている。</p> <p>25)訪問時に家族と積極的に情報交換を行っている。家族と離れて生活している利用者に対しては、定期的に家族と電話で連絡をとり、情報交換を行っている。</p>		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>26)感染症マニュアルを整備し、保健所が作成した感染症対応DVDを活用して職員に研修を行っている。ノロウイルス対策の用具は準備しているが、全職員への周知は不十分である。</p> <p>27)職員一人ひとりのロッカーが設置されており、必要に応じて物品をロッカーに保管する等して、事業所内は整理整頓されている。</p>		

(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。	A	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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 事故発生時対応マニュアルや救急マニュアルを整備しているが、研修や実践的な訓練は行われていない。 29) 事故報告書を作成して、事故の発生から原因までを記入し、リーダーからのコメントを記述して事故の再発防止に向けての取り組みを行っているが、解決策に向けての検討やマニュアルの見直しまでには至っていない。 30) 災害発生時の基本対応マニュアルは整備しているが、地域との連携を意識したマニュアルとまでは至っておらず、研修や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) 言葉遣いや声掛け等の対応について職員に周知しているが、「高齢者虐待防止法」についての勉強会や研修は行われていない。身体拘束に関する意識付けについて、関係書籍を事務所に設置している。 32) プライバシー保護の取り扱いマニュアルを整備しているが、勉強会や研修は行われていない。 33) 利用申込は、主にケアマネージャーからの依頼であり、曜日や時間を利用者や家族と相談し、なるべく希望に沿うようにして利用申込を受け入れている。				
(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。	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。	B	A		
(評価機関コメント)		34) 訪問時に、利用者や家族からの希望や要望があれば、職員会議で検討し対応している。サービス担当者会議を通じて、利用者の意向を把握している。 35) 苦情内容や対応については、職員会議で全職員周知しているが、苦情対応について、書面で確認するものはなかった。 36) 重要事項説明書に苦情解決のシステムを明文化し、相談窓口や公的機関の電話番号が明記されている。				
(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。	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	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	C		
(評価機関コメント)		37) 利用者に対する満足度調査は行っていない。サービスの質の向上に関する検討を行っているが、組織的に検討する委員会等は開催されていない。 38) 管理者は月に一度、峰山町地域ケア連絡会議に参加し、他事業所の情報収集や比較検討を行っているが、サービスの質の向上に係る検討委員会は設置していない。 39) 事業所が提供しているサービスの質の向上に係る評価を組織的に行う仕組みはなく、委員会も設置していない。				