

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 1 月 16 日

平成28年9月12日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 居宅介護支援事業所 春うらら 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 9) 継続的な研修・OJTの実施 職員一人ひとりの目標と研修計画を作られており、それに基づいて研修を行っています。各職員が持っているケースを毎朝ミーティングで出し合い全員に周知し、振り返り、助言する等、日々OJTが行われています。</p> <p>(通番 11・12) 労働環境の整備 ・足を伸ばせるように、休憩室が確保されていました。また、フレックスタイムの導入など働きやすい労働環境整になっています。 ・職員の様子を絶えず気にかけて、こまめに聞き取るサポート体制が組織的に出来ており、福利厚生の一環としてスタッフの家族も集まり、アットホームな食事会が設けられていました。</p> <p>(通番 17～20) 個別状況に応じた計画策定 ・アセスメントは独自の様式により記録しています。初回は可能な限り2名で訪問し、複数の違った角度からのアセスメントを心がけていました。 ・サービス担当者会議には、担当のケアマネジャーだけでなく複数で参加し、ケアプランも定期的に事例検討会を開くなど、より本人に即したものになるよう努力していました。 ・ケアプランの作成に当たり、専門職の意見を聞くために多い時ではサービス担当者会議を20名以上で行うなど積極的に情報収集・連携をしていました。 ・必要に応じて専門職への意見照会を行い定期的にモニタリングと見直しを行っていました。また、計画を変更する基準を定め、ケアプラン用紙に明記されていました。</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 毎年職員の全体会議を持ち、事業計画を立てていますが、中長期計画が明文化されていませんでした。</p> <p>(通番 4) 業務レベルにおける課題の設定 各委員会を設置し、定期的にミーティングを行い実践していますが、定期的な達成状況の見直しが行われていませんでした。</p> <p>(通番 28) 事故・緊急時の対応 事故や緊急時の対応マニュアルはありますが、予防マニュアルは作成されていませんでした。</p> |

具体的なアドバイス

「春うらら」は看護師である設立者が一人で平成18年に立ち上げた居宅介護支援事業所であり、現在では訪問看護ステーションも併設しています。「大きな組織では動きにくい一番困っている人にまず動く事が大事」とフットワークの軽い利用者にあった質の高いケアを目指しています。

管理者は「この仕事は人だけが生命線」と質の高い職員確保と研修に力を入れておられ、また、労働環境についても足の伸ばせる休憩室を設けたり、絶えず職員の表情等に気を配るなど心を砕かれています。一人ひとりの職員研修計画も作られ、実践されていました。職員ヒヤリングでも「ここでずっと働きたい」と全員の職員が語るなど、人材確保が難しい昨今ですが、人材の確保、育成と人材のマネジメントが管理者の熱い思いの元、充実していました。その結果、質の高いサービスが提供され、その事が職員の誇りとなり、より良い人材が集まってくるという好循環がありました。

難病など困難ケースも多く、ケアマネジャーひとりだけでは抱えきれないケースもお互いにアドバイスや見直しを毎日のミーティングでなされ、OJTが日々行われていました。

地域への貢献では、地域包括支援センター等と地域連絡会を持ち、勉強会を行ったり、音楽療法士であるスタッフが音楽療法のつどいをする等、地域の質の向上にも貢献されていました。また、京都府で4箇所のみである「くらしあんしん療養相談室」を設置し、難病相談等に応じるなどの事業も実施されていました。

一方で、中長期計画等、運営管理者の頭の中にはあり、職員に語る事はあっても明文化されておらず、職務権限等の規程がない等、書類作成の点では課題がありました。

今後は「カフェ」を開設して、認知症の方だけを対象にするのではなく、利用者の家族も含め地域の誰もが集えるように構想されています。利用者はサービスを受けるだけでなく、地域での暮らし方を考えていける当事者として発信できる役割も考えておられます。今後も地域づくりの要として色々な方が参加できる仕組みを作り、地域包括ケアに向けて展開される事を期待致します。

以下具体的なアドバイスです。

- ・ 中長期計画を明文化する事で、今後、事業所がどこに向かっていくのかを職員全体に周知が出来、モチベーションのアップにもつながります。
- ・ 目標の定期的な見直しは上半期に一度評価を行う事で下半期の目標が明確になりますのでお勧めします。
- ・ 1年に1回以上、利用者及び家族向けにアンケート調査を実施されてはいかがでしょうか。日頃のサービスの振り返りとさらなる質の向上が図られます。また、利用者や家族の思いを受け止める良い機会にもなり、職員の意識の向上もできます。

| | |
|--|---|
| | <p>・事故・緊急時の対応マニュアルはありましたが、予防マニュアルはありませんでした。利用者宅への訪問が多い事業所なので、事故は交通事故が考えられるとの事でしたが、事業所として「事故」とは他にどのようなものがあるかを想定して、事故発生時だけでなく事故予防の観点からも事業所として取り組まれる事を期待します。</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」に記載します。

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 事業所番号 | 2670100649 |
| 事業所名 | 居宅支援事業所春うらら |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 居宅介護支援 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 訪問看護 |
| 訪問調査実施日 | 2016年11月29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。 | A | B | |
| | (評価機関コメント) | | 1. 組織の運営方針が職員間で周知され、日々の中で実践されている。利用者、家族への浸透が不十分であった。 2. 各部署の管理者が出席する「代表会議」等組織の意思決定の方法が明確に定められており、職員の意見が反映される仕組みがあったが、職務権限等を規定する物がなかった。 | | | |
| (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。 | B | 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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 3. 毎年職員の全体会議を持ち、事業計画を立てているが、中長期計画が明文化されていない。 4. 各委員会を設置し、定期的にミーティングを行い実践しているが、定期的な達成状況の見直しが行われていなかった。 | | | |
| (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. 遵守すべき法令等はファイリングされ、スタッフがいつでも見られるようになっている。 6. 運営管理者は、組織全体をリードし、個人面談も行き常に職員の意見を聞く機会を持っているが、管理者を評価する仕組みはなかった。 7. 運営管理者に何時でも連絡できる体制があり、問題を速やかに把握し、指示を行っている。 | | | |

| 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。 | 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 8. 主任ケアマネジャーの資格取得や更新研修に全額費用負担するなど支援している。また、経験者や人間性を採用時のポイントとするなど基本的な考え方が確立している。 9. 職員一人ひとりの目標と研修計画を作っており、それに基づく研修を行っている。各職員が持っているケースを毎朝ミーティングで出し合い、振り返り、助言する等、日々OJTが行われている。 10. 実習受け入れに対する基本姿勢はあったが、マニュアルがなかった。 | | |
| (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 | A |
| | | (評価機関コメント) | | 11. 足を伸ばせるように、休憩室を増築されていた。また、フレックスタイムの導入など働きやすい環境整備がされていた。 12. 職員の様子を絶えず気にかけ、こまめに聞き取るサポート体制が組織的に出来ており、食事会等の福利厚生も充実されていた。 | | |
| (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。 | B | 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 13. 地域包括支援センターの機関紙に投稿する等広報に努めているが、地域住民との交流できる仕組み作りは、まだ不十分であった。 14. 地域包括支援センターと合同で勉強会等を行っており、その中で、地域住民向けの音楽療法も行っている。京都府看護協会主催の「くらしあんしん療養相談室」にも登録しており、難病相談にも乗っている。 | | |

| 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 |
| 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. 独自のパンフレットを作成し、分かりやすく情報提供を行っている。見学や問い合わせにも丁寧に対応しており、難病などの困難ケースを多く引き受けている。 | | |
| (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. 重要事項説明書に利用料金等を明示し、利用者、家族に説明している。また、成年後見制度を利用している人との契約も行っている。 | | |

| (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。 | 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. アセスメントは独自の様式により記録している。初回は可能な限り2名で訪問し、複数の違った角度からのアセスメントを心がけている。 18. サービス担当者会議には、担当のケアマネだけでなく複数で参加し、ケアプランも定期的に事例検討会を開くなどより本人に即したものになるよう努力している。 19. ケアプランの作成に当たり、専門職の意見を聞くために積極的に情報収集・連携をしている。 20. 必要に応じて専門職への意見照会を行い定期的にモニタリングと見直しを行っている。 | | |
| (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. 訪問看護事業も同じ事務所であり、主治医等医療職との連携は密にとれている。入退院や入院中も病院に出向き、情報収集している。 | | |
| (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。 | 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。 | 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. 業務マニュアルの内容を検討し基準に沿って毎年更新しているが、見直しに当たり、事故防止策や安全確保を踏まえた具体的な内容として反映されていなかった。 23. 利用者の状況及びサービスの提供状況は適切に記録され、管理もされている。 24. 1人で判断することのないように、初回訪問も2名体制で行い、困難ケースも複数名で対応している。毎朝のミーティングで情報交換や助言等、意見交換や情報共有を図っている。 25. 高齢者世帯や独居の利用者も多いため、家族とは意識的に連絡をするようにしている。 | | |
| (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。 | 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. 感染症マニュアルを完備し、時宜に応じて具体的な対応を研修で学んでいる。研修の日は流行する時期に先んじて行っている。 27. 事務所内は整理・整頓され、清潔を心掛けて清掃を実施している。 | | |
| (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。 | A | 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 | 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はあるが、予防マニュアルが作成されていない。 29. 現時点では、事故が発生していないが、発生した場合は、対応、分析についてマニュアルは定められている。 30. 災害発生時のマニュアルを整備し、職員にも周知している。地域での防災訓練などに毎年参加している。 | | |

| 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 |
| 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. 利用者の人権を尊重したサービスの提供をすることを理念として明記している。人権研修、高齢者虐待についての研修を内部で実施している。 32. プライバシー保護や羞恥心について、常に意識をしてサービス提供をしている。ミーティングにおいて勉強会を実施している。 33. 訪問看護事業所併設のため、難病や医療度の高いケースが多く、また地域包括支援センターからの困難ケースも断ったことがない。 | | |
| (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。 | B | 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. 利用者や家族とは毎月の訪問時に必要な時間を確保し、意向を聞き取っている。その意向をケアプランに反映させている。事業所への要望についてはミーティングで共有している。 35. 収集した意見・要望・苦情は迅速に対応しているが、それを公開するには至っていない。 36. 苦情解決第三者委員、苦情解決責任者、苦情受付担当者を設置して重要事項説明書に記載、事業所内に掲示している。 | | |
| (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 | 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。 | C | 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。 | C | B |
| | | (評価機関コメント) | | 37. 利用者の満足度については、訪問等で把握し、ミーティングで情報共有をしているが、アンケート等は実施していない。 38. サービスの質の向上については、常に意識し、全職員で話し合っている。また、地域の会議には積極的に参加し、情報収集や連携をしながら自事業所の運営に活かしている。 39. 事業所の中で委員会を設置して取り組んだ。設立から3年以上たっているが、第三者評価は今回が初めての受診となる。 | | |