

アドバイス・レポート

平成29年5月18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29年2月9日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 訪問介護事業所こうめ 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>○組織体制 定期的開催される法人の意思決定を行う会議に管理者が参加しており、会議内容等については、事業所内の3つの会議において全職員に周知しています。また、管理者は、会議参加時に職員からの意見を法人代表に伝えており、職員の意見が反映出来る体制になっています。</p> <p>○労働環境への配慮 「働き方向上委員会」を設置し、職員が意見や要望を出しやすい環境を整えています。また、管理者が有給休暇取得率や時間外労働のデータを管理し、面談で職員の要望などを聞き取っています。その結果、半日単位の有給休暇取得が可能になる予定です。</p> <p>○利用者満足度の向上の取り組み 利用者アンケートを実施し結果を「CS（顧客満足度）向上委員会」で分析、改善策を検討しています。結果については、広報誌やホームページ等で公表し、積極的に顧客満足度を高める為の取り組みを行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○ストレス管理 事業所内の休憩場所は、事務所内をパーティションで区切り、テーブルとイスが置かれています。職員数名で昼食等を食べることは出来ませんが、足を伸ばしてゆっくりとくつろぐことが出来ない状況です。</p> <p>○第三者への相談機会の確保 重要事項説明書等に公的機関の相談窓口を記載しており、ホームページ等でも公表していますが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口がありませんでした。</p> <p>○評価の実施 職員は「こうめスタッフ自己評価」で自らの評価を行っていますが、事業所全体の自己評価が出来ていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>訪問介護事業所「こうめ」は、平成25年に設立され、薬局グループ法人であるイマトク薬局によって運営されています。本事業所は、阪急西京極駅から歩いて数分のマンション2階にあります。エレベーターがある為、近くに住む利用者が気軽に事務所を訪れることもあるとのこと。事業所名「こうめ」には「地域の利用者さまと働くスタッフ、携わるすべての方と一緒に幸せの芽（こうめ）を育てたい」との思いが込められています。職員が働きやすい環境づくりに取り組んでいることもあり、職員の離職率は低い状況です。事業所の管理者、職員は法人理念を深く理解し、質の向上に取り組まれていますので、今後もより良いサービスの提供を実施されていくことを期待して、以下の点についてアドバイス致します。</p> <p>○休憩スペースは確保していますが、職員がリラックスできるまでの状態ではありません。職員マンションの一室が事務所になっている為、ハード面で改善困難な場合は、少しでも職員がリラックス出来るような工夫を成されていかれることを期待します。</p> <p>○現在、第三者委員の設置がありません。利用者の相談窓口として、また、苦情等に対して公平、中立な立場から助言頂けるよう、外部の第三者委員の設置を早急にされることを期待します。</p> <p>○事業所全体の自己評価を実施していくことは、サービスの質の向上につながるかと考えています。事業所で自己評価の様式を整え、定期的に自己評価に取り組むことを期待します。</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	2670701305
事業所名	訪問介護事業所こうめ
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3月22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. 組織の理念及び運営方針が職員全員に浸透する取り組みとして、名刺サイズのカードを携帯させ、研修も行っていきます。 2. 「職務権限規程」で管理者の役割を明確にしています。月1回の訪問ミーティングやサービス担当責任者会議において職員から意見を吸い上げ、法人のグループ管理者会議で改善に向けた協議を行っていきます。			
(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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 中・長期計画を策定し、単年度の事業計画や達成期間を明確にしています。半期ごとに全職員が参加する会議で振り返りを行い、新たな課題について改善策を検討しています。 4. 事業計画の中に目標を設定して事業運営を行っていきいます。半期毎に達成状況を確認しています。			
(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. 「法令遵守のためのマニュアル」を基に研修会を行っていきいます。毎年4月に職員全員が「法令遵守セルフチェック」を行い、自らの行動を振り返る機会を持つようにしていきいます。 6. 運営管理者は、「組織図」や「職務権限規程」で役割と責任を明確にしており、全職員との面談の場で表明していきいます。「期待貢献シート(上席評価シート)」にて部下から評価を受ける仕組みがいきいます。 7. 運営管理者は、常時社用携帯を携行していきいます。緊急時や事故等が発生した場合は各種マニュアルにある「緊急連絡網」に沿って、上司に指示を仰ぐ体制になっていきいます。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 有資格者（ヘルパー2級保持）が採用前提であり、サービス提供責任者は全員介護福祉士資格を取得しています。資格取得支援として、研修は出勤扱いで費用負担があり、資格取得後は「資格手当一覧表」により各種手当を支給しています。 9. サービス提供責任者がOJTやピア研修を行う仕組みがあります。職員全員が年度毎に「個別研修計画目標」を作成し、半期毎に達成状況の確認と見直しを行っています。 10. 実習受け入れの実績は殆どありませんが、「実習生受け入れマニュアル」を作成し、受け入れ体制を整えています。実習指導者には年1回マニュアルに基づいた研修を実施しています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 管理者が職員の残業時間や有給休暇の取得率を管理し、職員面談で労働環境について意向確認しています。有給休暇の取り方等についての意見があった場合は、「働き方向上委員会」で検討する仕組みがあります。 12. 就業規則にハラスメントに関する規定を明記しており、ストレスチェック実施者養成研修を修了した法人の看護師に電話等で連絡できるようになっています。休憩場所は事務所内にありますが、十分な広さを確保出来ていません。		
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 広報誌「こうめのめ」やホームページに運営理念や行動指針を掲載しています。また、地域との交流を目的に介護相談会を開催し、運営理念や行動指針を掲載した広報誌を地域住民に配布しています。 14. 地域ケア会議や運営推進会議、徘徊模擬訓練に参加したり、介護相談会を開催する事で事業所が有する機能を地域に還元しています。		

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
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. ホームページやパンフレットに写真やイラスト入りで情報を分かりやすく掲載しています。新規契約時にサービス提供内容等が分かりやすくまとめられた「案内一覧ファイル」を利用者に渡しています。		

(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。判断能力等に支障がある利用者については、成年後見人等に同意を得ています。保険外サービスについては、パンフレットに詳細を記載しています。			
(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. 所定のアセスメント様式を用いて、モニタリング実施時に定期的にアセスメントを行っています。認定更新時やサービス内容変更時、心身状態の変化があった場合には、随時アセスメントを行っています。 18. アセスメント実施後、ケアプランの内容に沿った訪問介護計画書を作成しています。利用者の意向や家族の思いを聞きながら目標設定しています。 19. サービス担当者会議や退院時カンファレンスに参加し、主治医や看護師、ケアマネジャー等の専門家からの意見を個別援助計画書に反映させています。 20. 3ヶ月に1回、利用者宅を訪問し、モニタリングを実施しています。本人の状態やニーズに変化があった場合は計画変更しています。モニタリングの漏れがない様に、「モニタリング担当表」で確実に実施出来ているか確認しています。			
(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. 入退院時のカンファレンス参加やケアマネジャーとの情報交換など、医療機関や関係機関と連携しています。また、困難ケースでは、地域包括支援センターや行政と情報共有しながら支援を行っています。			
(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. 「介護業務マニュアル」や「手順表」を整備しています。年1回「マニュアル改定委員会」で事故発生状況等を分析してマニュアルの見直しを行っています。 23. 利用者の状況やサービス提供状況等は「個別ファイル」や「ヘルパー記録票」に記録しています。記録の保管や保存の方法等は「個人情報保護マニュアル」に記載しています。記録の持ち出しは「個人情報持ち出し記録簿」を活用し、持ち出し、返却とも2名体制で確認をする仕組みを作っています。 24. ヘルパーはサービス開始、終了、利用者の状況等の報告をメールで行っています。また、月3回のミーティングでも情報共有をしています。 25. サービス担当者会議やサービス提供時に家族等と情報交換しています。独居の場合は必要に応じ家族、成年後見人、ケアマネジャー等に電話等で情報を伝えています。			

(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. 「感染症予防マニュアル」を活用し、年1回全職員に研修を行っています。また、事業所に「二次感染防止キット」を常備しており、対象者宅への訪問時に持参しています。 27. 事務所内はきれいに整理整頓しており、清掃は毎朝、サービス直行でない職員が行っています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 「事故・緊急・災害（防災）マニュアル」を活用して年1回研修を行っています。緊急時は、家族のいるケースとないケースに分けたフローチャートを作成しており、誰でも対応出来る仕組みとなっています。 29. 事故・ヒヤリハット報告書を作成しています。毎月「インシデント・アクシデント委員会」で事故の分析を行い、マニュアルの見直しに繋げています。 30. 「事故・緊急・災害（防災）マニュアル」を作成しており、毎年3月に171伝言ダイヤルを活用した訓練を実施しています。地域向けに100食分の災害用備蓄品を準備しており、広報誌とホームページで地域へ周知しています。		

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
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. 年1回、虐待防止研修を行い、利用者本位のサービス提供を心がけるよう職員の意識向上に努めています。 32. 「プライバシー保護マニュアル」を作成しています。介護現場におけるプライバシーについて繰り返し研修をし、排泄や入浴介助時に配慮する点など職員間で振り返り、確認を行っています。 33. サービス提供地域以外や時間指定に対応出来ない場合を除いて、基本的に利用申し込みを断ることはありません。「新規相談・受け入れ一覧」に対応できなかった理由を記載し管理しています。			

(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	A
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)		<p>34. 年1回「ご利用者・ご家族アンケート」を実施し、意見や要望を汲みあげています。また、3ヶ月に1回のモニタリング面接で意見や要望、苦情等についての把握に努めています。</p> <p>35. 利用者からの意見・要望・苦情等は「CS向上委員会」や「インシデント・アクシデント委員会」で分析、検討し、サービスの質の向上に役立っています。また、改善状況等をホームページで公表しています。</p> <p>36. 管理者以外の職員を苦情相談窓口にし、利用者が相談しやすい環境にしています。また、ホームページ上に「苦情処理体制」を掲載していますが、外部の相談窓口がありません。</p>		

(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。	A	A
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。	A	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. 年1回実施しているアンケートの集計結果を分析、ホームページ上で公表しています。要望に対しての改善策は、管理者が中心となって対応策を検討しています。</p> <p>38. 全職員参加の「CS向上委員会」を年4回開催し、顧客満足度を高めるための取り組みをしています。欠席した職員には、資料配布し確認印をもらう仕組みになっています。</p> <p>39. 年1回、個人の自己評価は行っていますが、事業所としての自己評価ができていません。第三者評価は今回が初めての受診になります。</p>		