

アドバイス・レポート

令和 3年 5月 17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

令和2年11月19日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた24時間安心在宅介護のクローバー合同会社につきましては、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2) 組織体制 「思い」を同じくされた実践経験者が経営者となり、月1度の役員会を開催し、組織としての重要な案件を協議し、適切な意思決定が図られている状況が確認できます。また、グループラインやスマートフォンアプリ「スマケア」(＝利用者へのサービス提供の状況や申し送りなどを共有するシステム)を導入し、職員との意思疎通や運営状況の把握・管理が行われています。</p> <p>(通番18) 利用者・家族の希望尊重 制度事業を支援のベースに置きながらも、日々の支援実践の中から汲み取った利用者及び家族の希望を尊重して、生活支援も含めた個別支援計画の策定と支援が行われている状況を聞き取ることができます。より重厚な生活支援の取組みが、今後の事業展開の方向性と可能性を広げている状況にもあることが見受けられ、高く評価することができます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番3) 事業計画の策定 単年度事業計画「24時間安心在宅介護のクローバー合同会社 第三期事業計画」の策定状況は確認できたが、単年度では達成し得ない人材育成計画や現利用者及び潜在的利用者の動向を踏まえた中長期的な視点を盛り込んだ中長期計画の策定はされていなかった。特に中期に関しては、数値目標や成果アウトカムの設定をイメージしながらより実践的な計画の策定にむけた協議・検討が望まれます。</p> <p>(通番10) 実習の受け入れ 現状では実習生の受け入れは行われてませんが、今後、本事業所の実践成果を共有し新たな人材育成の場としての機会を提供するためにも、実習生の受け入れを視野にいたした体制の協議・整備に努められますことを期待します。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取組み アンケート調査等、利用者の満足度を把握しサービスの向上に資する「利用者満足度」調査の取組み状況に課題が見受けられます。日々の支援実践の中で、利用者の意向把握に取り組みはしていますが、また違った角度から年に1回程度、定期的かつ継続的に取り組み、その結果を職員並びに利用者へフィードバックするようなシステムとして検討・構築されますことを期待しています。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○最適かつ有効な中期計画の策定と活用の際して</p> <p>法人(事業所)設立からまだ数年が経過したところですが、今後、法人(事業所)として、どのように維持・成長・拡大していくのか、また、現利用者・潜在的利用者の動向を踏まえながら組織の規模、人材の育成を行っていくかについては、一定度の長さ(期間)を想定した上でのビジョンと計画が必要となります。</p> <p>その計画は、経営陣だけではなく、就労者や採用、利用者さらには地域に対しても法人(事業所)の進むべき方向性を示唆し共有していく必要があります。</p> <p>計画策定時には数値目標や成果アウトカムの設定を行いながら、達成感(成功体験)が実感できるように検討・作成ください。</p> <p>作成時には、法人経営陣だけではなく、利用者(家族)の意向、職員の実践現場からの意見、さらには専門的な第三者の視点を取り入れることで、より有効かつ機能的な法人(事業所)固有の中期計画(3~5年)の策定が可能になると言えます。</p> <p>引き続き、策定にむけた協議・検討が行われますことを期待しています。</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	2690900549
事業所名	24時間安心在宅介護のクローバー合同会社
受診メインサービス (1種類のみ)	定期巡回随時対応型訪問介護・看護サービス
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	令和3年3月26日
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構

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思決定を行い、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は明文化されており、玄関に掲示されていることを確認した。法人理念研修を年1回以上開催し、職員全員へ周知徹底を図っていることを聞き取った。利用者やその家族等には、事業所としての考え方や特徴などをパンフレットで説明をしているが、理念への理解を深める取組みについては確認できなかった。 2. 月1回の役員会議、職員の情報共有や研修のためのヘルパー会議、月2回の役職者2人と役員による役職者会議が開催され、意思決定がなされていることを聞き取った。キャリアパス内規に職位や職責についての記述が確認できた。			
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3. 単年度計画については、「24時間安心在宅介護のクローバー合同会社 第三期事業計画」から確認はできたが、中長期計画の策定はされていない。 4. 自主点検表に基づいて課題を確認しているが、具体的な解決に向けた計画の策定には至っていない。			
(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。	B	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)	<p>5. 集団指導への参加やヘルパー研修で法令遵守の研修は行なっているが、関連法令のリスト化までは行われていなかった。</p> <p>6. 月1回のヘルパー会議で意見交換を行い、サービスの質の向上に反映させていることを聞き取った。しかし、組織図などはなく、経営責任者又は運営管理者の責任について文書化はされていなかった。</p> <p>7. トラブル等が発生した場合には、夜間でも運営管理者等に電話ができる仕組みが整えられている。事業の実施状況については、グループLINEを使って役員・職員間で共有されていることを聞き取った。</p>
--	--	------------	--

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。	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。	C	C
		(評価機関コメント)		8. 事業所が求める人材像についてキャリアパス内規に明文化されていた。資格取得のために、費用や出勤体制に関する事業所としての支援が行われていることが分かった。 9. 月1回のヘルパー会議時に、研修が行われていることを聞き取った。今後はウェブによる研修システムを導入し、職員による学びの環境を整備する予定であるとの説明を受けた。 10. 実習生の受け入れは行っていない。		
(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. 有給休暇の取得率については、月1回の役員会議で確認していることを聞き取った。また、職員の業務負担の軽減のためスマートフォンアプリ「スマケア」（＝利用者へのサービス提供の状況や申し送りなどを共有するシステム）を導入し、随時、記録がつけられる仕組みが整えられていることを確認した。 12. 法人が加入している保険のメンタルヘルスケアのカウンセリングについて、職員に案内をしている。就業規則においてハラスメントに関する規定が明記されていることが確認できた。しかし、ストレス解消のための福利厚生制度については特に設けられていなかった。		
(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。	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. 事業所の概要や運営理念についてはホームページを通じて開示している。定期巡回随時対応型訪問介護・看護サービスに関するチラシを作成し、事業所の広報に努めていることが確認できた。その他に、町内会による地域の夏祭りやクリスマス会にも運営スタッフとして参加し、地域との関わりを大切にしていることがうかがえた。 14. 民生委員の研修や近くのカフェ等での地域勉強会において、定期巡回随時対応型訪問介護・看護サービスの概要について説明している。地域からの個別の相談については、その都度対応し、地域においてサービスが利用しやすい環境づくりをしている。		

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
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. ホームページの他に、サービスの内容や1日のスケジュールがイラストを用いて分かりやすく示されているパンフレットを用いて、利用者にとって必要な情報を提供していることが確認できた。			
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. 重要事項説明書によって、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、利用者に説明しているとの状況を聞き取ることができた。			

(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)		<p>17. 半年に1回、アセスメントを行なっていることを聞き取った。その他にケアプランの変更時や入退院時など、利用者の状況に応じてアセスメントを行なっている。</p> <p>18. サービスとしては、身体介護がメインではあるが、利用者や家族の希望を聞いた上で、一部生活支援も行なっていることを聞き取った。</p> <p>19. ヘルパー会議や「スマケア」での入力情報、担当医師の指示書等をもとに、個別援助計画が策定されている状況をうかがうことができた。</p> <p>20. 個別援助計画については、ヘルパー会議で確認し、必要に応じて見直しを行なっていることが分かった。また、3ヶ月に1回、定期モニタリングを行なっているとの説明を受けた。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>21. 担当医師、看護師他関係機関との連携のもと、その内容をスマケアシステム、電話、連絡ノート等によって共有し、リアルタイムで支援体制ができていることを聞き取ることができた。</p>		
(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、パンフレット等に記載されており、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。	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. 「介護サービスマニュアル」の中に各種マニュアルが作成・ファイリングされており、スタッフが閲覧できるようにしていることを確認した。しかし、各種マニュアルの更新された日付が入っておらず、更新の有無及び更新時期の確認ができなかった。</p> <p>23. 利用者の状況については、スタッフ全員がスマホを携帯し、アプリ「スマケア」を使用して適切に記録されている。ただ、管理体制については、特にマニュアル化はされていない。</p> <p>24. グループLINEを使用して、利用者の情報を共有化できていた。また、出勤時には記録を確認し、月に一度のヘルパー会議でも情報共有されていることを聞き取りした。</p> <p>25. 情報や意見交換については電話や連絡ノートを活用し、モニタリング時にも家族の意見を聞いていることが確認できた。</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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>26. 感染対策、二次感染被害を防ぐ具体的な内容を衛生管理、感染マニュアルにより確認した。</p> <p>27. 事業所内は整理・整頓が出来ており、清掃等の当番も決められていた。自己評価では書類等の整理が出来ていないとのことであったが、適切に整理・整頓がなされている状況を確認したため自己評価BをAとした。</p>		

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。	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)		<p>28. 月に1度のヘルパー会議にて研修の機会を設けられており、研修内容についてもスタッフ全員で共有がなされている。マニュアルについても緊急時対応マニュアルや、そのフローチャートについても確認することができた。</p> <p>29. 事故発生時、家族への説明についての記録や報告書の作成、マニュアルの作成は行われていたが、定期的な見直しの状況については確認できなかった。</p> <p>30. 災害発生時における対応等を定めたマニュアルの作成、研修や訓練等の実施状況は確認できなかった。</p>		

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。	C	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)		<p>31. 行動規範が作成され、スタッフ全員に周知確認を行っている。また、接遇研修も年に1回実施しており、月1度のケース検討会議でも話し合いを行っている状況を取り取ることができた。</p> <p>32. 利用者のプライバシー保護や羞恥心への対応は、訪問時にサービス内容伝達をする際、口頭で意識付けがされていることを聞き取った。しかし、常に意識を保つためのマニュアルの整備等といった工夫はなされていなかったため自己評価CをBとした。</p> <p>33. サービスの提供実施内容、回数を利用者、ケアマネージャーに明示し、サービス利用については利用者が決定できるよう公平に行われている。地域外については、対応事業所の紹介を行っている状況を取り取った。</p>			
(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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者の意向の聞き取りの機会としてモニタリング時を活用している。日常的には、連絡ノートにて意見、要望、苦情を伝えやすいようにしている。また、面談を定期的に行い情報を収集する体制ができている状況を取り取ることができた。</p> <p>35. 利用者の意向に対して、対応記録に残し、サービス提供に役立てられるようにしているが、対応方法等については文書化されていない。</p> <p>36. 事業所内には第三者の相談窓口は設置していないが、外部の第三者相談窓口の連絡先等を玄関に掲示していることを確認した。また重要事項説明書にも明示し、説明していることを聞き取りにて確認した。</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。	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。	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. 利用者満足度の調査に関しては特に行われておらず、サービスが改善されたかどうか確認できる仕組みや体系化がなされていなかった。</p> <p>38. 毎月のヘルパー会議にて、サービスの質について検討がされており、全スタッフに情報の共有化ができる体制ができていることを聞き取った。会議欠席者も後日オンラインで視聴できる体制を整備中であるとの説明を受けた。</p> <p>39. 年に1回以上自己評価を全正職員に実施している。評価の基準に関しては、定期巡回随時対応サービス自己評価・外部評価表にて確認した。ただし、評価結果の反映が次年度にされていないため、自己評価通りB評価のままとした。</p>			