

## アドバイス・レポート

平成25年12月12日

平成25年9月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた あったかハート伏見東 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><b>(通番9 継続的な研修・OJTの実施)</b> 年間研修計画書を作成し、計画書に沿って職場内研修が実施されていきました。研修後は、報告書の提出を義務づけ、各職員の気付きを確認するとともに、必要に応じたスーパーバイズが行われていました。</p> <p><b>(通番16 内容・料金の明示と説明)</b> 個別援助計画契約書を作成し、サービス内容や料金がわかりやすく記載されていきました。訪問介護員（ヘルパー）が実施するサービス事項と、利用者自らに行う事項が具体的に記載されており、サービスを受ける側と提供する側の役割が明確に示されていきました。</p> <p><b>(通番30 災害発生時の対応)</b> 利用者宅で災害が発生した場合の避難場所を明記するとともに、緊急事態自然災害事故対応マニュアルにより、災害時にその避難所まで誘導する仕組みが構築されていきました。訪問介護事業所として、訪問先で災害が起こった場合の避難場所や地域役員（町内会長、民生委員等）との連携の状況等を把握することは、利用者のみならず、職員の安全確保につながることから高く評価される事項です。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番12 ストレス管理)</b> 年2回の食事会等を実施して、職員がリフレッシュできる機会を設けるとともに、職員が外部の専門家（弁護士）に相談できる体制が整備されていきました。しかしながら、組織や上司に対する意見や要望を汲み取る仕組みは不十分でした。</p> <p><b>(通番35 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善)</b> 小さな意見や要望であっても、マニュアルに従って受付を行い、苦情相談検討委員会を開催して対応されていきました。利用者等からの苦情については、委員会で検討を行い、その結果は利用者・家族に報告書を手渡し、原因や対策などの説明がされていきました。しかしながら、利用者の意見・要望・苦情などは公開されていませんでした。</p>

## 具体的なアドバイス

あったかハート伏見東は、「私達はすべての人達の日常生活がより豊かになるように自立支援を目標にサービスを提供し社会に貢献します。」という理念のもと、サービスが提供されていました。

具体的には、担当ケアマネジャーが作成する居宅支援計画をもとに、訪問介護計画が策定され、介護支援→カンファレンス、サービス担当者会議→モニタリングという、PDCAサイクル（計画、実行、評価、調整）が確立され、質の高いサービスを提供する仕組みが構築されていました。

また、個別支援計画契約書を作成して、訪問介護員（ヘルパー）が実施するサービス事項と利用者自らに行う事項をわかりやすく記載しており、ヘルパーが必要以上の介護を行うことで利用者の能力の低下を招くことを防ぎ、自立した生活の維持向上が図れるように取り組んでおられました。

当該事業所は、平成19年3月と平成23年1月に第三者評価を受診され、その都度、課題となる部分を検討し見直しをされています。今回も「事業所計画策定時における職員の意見収集」「事業所機能の地域への還元」等において改善がなされ、第三者評価の意義を十分に理解し、有効に活用されていると感じました。しかしながら、第三者評価受診に至る過程での自己評価においては、全体的に厳しく低めの過小評価となっていました。入所施設から訪問介護事業所など、幅広い事業に対して統一された評価項目となっている関係上、評価内容を理解しづらい面はあると思いますが、自己評価と第三者評価との乖離が大きく、自己評価の面で課題があると感じました。日常的な自己点検の中で適切に自己評価を行い、一定の基準に達しているサービスの質を自己認識することも重要であると感じました。

今回の第三者評価の結果に対する分析や検討を行い、ますます発展していかれるよう期待します。

以下、今回の評価で気が付いたことを記載します。

- ・組織や上司に対する意見や要望のくみ取り、解決する体制は未だ不十分と認識されていました。管理者と職員との信頼関係の構築を目的として、毎年の職員面談の実施や職員アンケートなどを通じて、職員の気持ちを聞き取る取り組みをされては如何でしょうか。
- ・利用者・家族の意見等は、マニュアルに従い受付を行い、苦情相談検討委員会を開催して、原因と対策が検討されていました。その結果は、利用者・家族に対して報告書として手渡し、説明がされるとのことでした。しかしながら、利用者の意見・要望・苦情などの公開はされていませんでした。利用者・家族に誠実な姿勢が伝わり、信頼性の向上につながるという観点から、苦情内容や利用者アンケートの結果を、個人情報に配慮して公開されては如何でしょうか。

※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	2670900303
事業所名	あったかハート伏見東
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
訪問調査実施日	平成25年10月10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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	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)及び事業所のスタッフ全員が、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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1)理念、運営方針が明文化され、個別援助計画や契約書に示されていた。年1回理念基本方針に関する研修会を実施し、運営方針の共有を図っていた。 2)業務分担表を作成して明文化されていた。その分担表は、役割ごとに細分化され、非常にわかりやすく整備されていた。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		3)理念・基本方針に基づき、中・長期的な計画が策定され、その計画達成のために事業計画が策定されていた。計画の策定に際して、職員の意見が反映されていた。 4)各業務について課題設定がされ、定期的実施する検討会で達成状況等の確認がされていた。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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	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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	B	A	
	(評価機関コメント)		5)各種法令がリスト化されていた。また、法令順守については、自己点検委員会が設置され自己点検が実施されていた。倫理規定に関する研修会により、職員の意識向上に努めていた。 6)職務分掌規程が整備され、管理者の役割や責任が明文化されていた。また、事業所の運営に関する職員の意見を聞き取る仕組みがあった。 7)管理者、サービス提供責任者が常駐しており、事業全体を把握する仕組みが整っていた。また、携帯電話の転送機能を利用して、夜間等の対応が迅速に行けるよう配慮されていた。			

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
<b>Ⅱ 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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	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	A
		(評価機関コメント)		8) 常勤・非常勤職員の比率や介護福祉士取得者の比率を算出し、定期的に検証している。採用後も資格取得支援のために、事業所内で勉強会や技術指導を行っている。 9) 年間研修計画書を作成し、計画書に沿って職場内研修を実施していた。研修報告書の提出を義務づけ、各職員の気づきを確認するとともに、必要に応じたスーパーバイズが行われていた。 10) 実習生の受入れはないが、受入れに関しての基本姿勢は明文化されていた。実習生受入れのための連絡窓口や担当者も明確にし、マニュアルや事前説明資料などが整備されていた。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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、スタッフの労働環境に配慮している。	C	A
		ストレス管理	12	スタッフ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。	C	B
		(評価機関コメント)		11) 時間外労働もほとんどなく、各職員の事情に応じて休暇が取れるよう配慮されていた。育児・介護休業を取得する仕組みが構築されていた。 12) 年に2回食事会等を実施して、職員がリフレッシュできる機会を設けていた。職員が外部の専門家(弁護士)に相談できる体制が整備されていた。組織や上司に対する意見や要望を汲み取る仕組みは不十分であった。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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、利用者地域との関わりを大切にしている。	C	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。	C	A
		(評価機関コメント)		13) 事業所の情報をホームページ、パンフレットに明記し、地域、利用者へ開示していた。責任者が地域に長年関わっており、地域住民の相談などにも対応されていた。 14) 醍醐地域連絡会や京都サポートネットワークに参加して、地域の介護ニーズや同業種の課題などの把握に努めていた。町内会の集いに事務所スペースを開放していた。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
	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) ホームページやパンフレットにより事業所概要を提供していた。利用者からの問い合わせに対応した記録は確認できなかった。			
<b>(2)利用契約</b>						
	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) 個別援助計画契約書を作成し、サービス内容や料金がわかりやすく記載されていた。訪問介護員(ヘルパー)が実施するサービス事項と利用者自らに行う事項が具体的に記載されており、サービスを受ける側と提供する側の役割が明確であった。			
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>						
	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	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。	B	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。	B	A	
	個別援助計画等の見直し	20	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	B	A	
	(評価機関コメント)		17) 所定のアセスメント様式に従ってアセスメントが実施されていた。アセスメントは定期的に見直しがされていた。 18) 個別援助計画は居宅サービス計画とアセスメントに基づき、利用者及びその家族の希望を尊重して策定されていた。 19) 居宅サービス計画に記載された意見のほか、サービス担当者会議を通じて多職種から情報収集を行っていた。 20) 個別援助計画は、本人・家族の状況確認→カンファレンス→モニタリングという手順に従い、3ヶ月ごとに評価と必要な見直しがされていた。			
<b>(4)関係者との連携</b>						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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。	C	A	
	(評価機関コメント)		21) サービス担当者会議に出席し、関係機関との連携を図っていた。利用者が医療機関に入院した際は、サマリー(入院時利用者情報)により情報を入手していた。			
<b>(5)サービスの提供</b>						
	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、スタッフに活用されている。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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	A	
	(評価機関コメント)		22) 各種マニュアルが整備され、職員が統一してサービス提供する仕組みがあった。また、そのマニュアルは、事業所のみならず他事業所でも利用できるよう出版されていた。 23) 個別援助計画に基づき支援経過が計画されていた。その記録をもとにモニタリングが実施されている状況を確認した。記録の保管、破棄、開示等の規程が整備されていた。 24) カンファレンスに関するマニュアルが整備され、定期的にかんファレンスを行い、利用者に関わる情報が共有されていた。日々の情報は、申し送りノートにより共有されていた。 25) サービス提供責任者が1ヶ月ごとに利用者宅を訪問し、サービス状況等について利用者及びその家族と面談する機会を設けていた。			

(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、スタッフ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	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)		26) 感染症に関するマニュアルが策定されていた。マニュアルには、高齢者がり患しやすい症例や、二次感染予防について記載されており、組織的に感染症対策が施されていた。 27) 事業所は、整理整頓がされ清潔が保たれていた。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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	A
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) 事故再発防止マニュアル、緊急時対応マニュアル等を整備して、職員が統一した意識のもと事故や緊急時の対応ができる仕組みがあった。 29) ひやりはっとマニュアル、ひやりはっと検討委員会を設置して、事故を未然に防ぐ対策を行うとともに、事故が発生した場合の再発防止策が講じられていた。 30) 利用者宅で災害が発生した場合の避難場所を明記するとともに、緊急事態自然災害事故対応マニュアルにより、災害時にその避難所まで誘導する仕組みを構築していた。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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	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。	B	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。	C	A
		(評価機関コメント)		31)「高齢者の尊厳を支える介護」というテーマで研修を実施していた。高齢者虐待防止法について職員に周知し、サービス提供時に虐待の有無を確認し記録していた。 32)プライバシー保護マニュアルが整備されていた。プライバシーの保護や羞恥心を配慮したサービス提供について研修が実施され、訪問時は扉の開閉や隣接住居への配慮などの細かな点も配慮するよう教育されていた。 33)新規依頼があれば検討委員会を開催していた。派遣する職員がいないなど、利用者を受入れられない場合は、その理由を申込み者に説明していた。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		34)サービス提供責任者が定期的に訪問し、意見や要望を聴いていた。利用者の意見・要望などは管理者・サービス提供責任者を中心に情報を共有し、各ヘルパーに伝達していた。 35)小さな意見や要望であっても、マニュアルに従って受付を行い、苦情相談検討委員会を開催して対応していた。利用者等からの苦情については、委員会で検討を行い、その結果を利用者・家族に報告書を手渡し、原因や対策などの説明をしていた。しかしながら、利用者の意見・要望・苦情などの公開は、されていなかった。 36)公的機関相談窓口を重要事項説明書に明記し、利用者・家族に周知している。事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置されていなかった。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	B	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スタッフ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)		37)毎年2月に利用者アンケートを実施し、アンケート調査検討委員会で分析・検討していた。アンケート調査前と調査後で、サービスが改善されたかを確認する仕組みはなかった。 38)サービスの質の向上に係る検討委員会を開催し、サービスの向上につなげていた。他の事業所の情報を積極的に収集し、良い点を参考にしていた。 39)年1回の自己評価実施や3年に1回の第三者評価受診は出来ているが、評価結果やサービス内容の課題を次年度の事業計画に反映している状況は確認できなかった。		