

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 3 月 12 日

平成 24 年 8 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 生活支援センター 金閣こぶしの里 金閣こぶしの里ヘルパーステーション 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

特に良かった点とその理由(※)	(通番 8 質の高い人材の確保) (通番 9 継続的な研修・OJTの実施) 法人全体の方針として、質の高い人材の確保と継続的な研修を通じて、職員のレベルアップに熱心に取り組んでおられます。多くの有資格者が従事し、事業所職員の 5 割が介護福祉士です。また、資格取得のためのフォローアップとして、資格試験の対策講座の開催、研修受講料や資格登録料の支援などの制度があります。 (通番 11 労働環境への配慮) (通番 12 ストレス管理) スタッフの労働環境に配慮して、休職規定やセクハラ規定なども策定されています。福利厚生も充実しており、職員の自己負担分を助成する制度も実施されています。法人がメンタルヘルスの専門カウンセラー団体と契約し、職員が心の健康維持のために気軽に利用できるようにしています。 (通番 18 利用者家族の希望尊重) 居宅サービス計画書や、面談時の利用者・家族の意向をもとに訪問介護計画書を作成し、同意を得ています。毎月 20 件程度のサービス担当者会議に事業所職員が必ず参加し、事業所独自でも会議の内容を記録しています。 (通番 33 意見・要望・苦情の受付) 広報誌「なのの」の配布時を利用して、意見・要望・苦情を記載できるハガキを年 2 回配布し、利用者・家族が自由に意見等を言える機会を設けています。意見・要望・苦情があった場合は、速やかに記録票に記載し、担当ヘルパー同士が対応方法を話し合って改善しています。
------------------------	---

特に改善が望まれる点とその理由(※)	(通番 14 地域への貢献) 法人の他事業所とともに原谷地域行方不明高齢者搜索模擬訓練を実施し、行方不明者搜索ネットワークの構築に協力していましたが、地域住民に対する相談援助事業等の実施や、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握が不十分でした。 (通番 17 アセスメントの実施) 初回のアセスメントは記録されていましたが、定期的な見直しが不十分でした。また、アセスメントの項目や内容が不十分でした。 (通番 22 業務マニュアルの作成) 介護業務マニュアルや介護事故防止マニュアルなど各種マニュアルは整備されていましたが、マニュアルの見直し基準が定められておらず、事故後に検討した事故防止策などがマニュアルに反映されていませんでした。
具体的なアドバイス	生活支援センター金閣こぶしの里は、法人が設立25周年を迎える平成22年4月に開設されました。金閣こぶしの里理念として「一人ひとりの人権・人格・個性を尊重し、その人らしい生活を送れるように支援します」を掲げ、その理念に基づき、通所介護、訪問介護、訪問入浴、配食サービスの機能を備えた事業所として、地域住民の生活を総合的に支援されています。こうした支援体制は、できる限り住み慣れた地域で、継続的に活動的に暮らすことを目的に進められています。地域包括ケアシステムと合致しており高く評価されると感じます。 訪問介護事業所においては、6時～22時までのサービス提供時間を掲げ、職員のほとんどを週30時間以上労働の常勤職員とすること、一人の利用者に対して3人以上の職員で担当するようにすることで、利用者の希望に沿った対応ができる職員体制を構築されました。また、利用者のお誕生日には職員手作りの誕生日カードを毎年お渡しし、在宅高齢者に楽しみを届ける取り組みも実践されていました。 今回の調査における具体的なアドバイスは下記の通りです。 ・ 地域住民に対する相談援助事業の実施や、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握が不十分でした。開設3年を機に、自治会の高齢者や地域住民を対象に、介護関連の説明会を開催したり、介護ニーズの把握のためのアンケート実施などを試みては如何でしょうか。 ・ 初回のアセスメントは記録されていましたが、アセスメントの項目や定期的な見直しが不十分でした。アセスメントの項目を日常生活動作や認知機能の把握、医療関連情報の収集など多岐に渡る項目に見直しをして、実施されては如何でしょうか。また、ケアマネジャーから提供される居宅介護支援計画書や、事

	業所で作成される訪問介護計画書の見直しなどにあわせて再アセスメントを実施し、記録されては如何でしょうか。利用者の変化を職員みんなで共有できることと思います。 ・ 各種マニュアルは整備されていましたが、マニュアルの見直し基準が定められていませんでした。また、介護事故防止マニュアルは整備されていましたが、事故後に検討した事故防止策などがマニュアルに反映されていませんでした。各種マニュアルの中で、緊急性の高いものから毎年少しずつ見直しをするなど、事業所で見直し基準を設けることが大切であると考えます。また、事故報告書や出来事報告・気づき報告書などをもとに部門会議で話し合った内容を、マニュアルの中に反映させ改定していけることが、より良いサービス提供に繋がると考えます。 ・ 災害対応マニュアルの整備や避難訓練の実施などは適切に行われていました。しかし、訪問介護の利用者は、それぞれの自宅で暮らしておられます。利用者や家族が緊急時の対応をスムーズにできるための支援として、利用者ごとに関係先の電話番号や災害時の非難場所などを明記した緊急対応カードを作成し、ご自宅に設置されては如何でしょうか。また、利用者宅で災害が発生した場合の訓練などをされては如何でしょうか。 ・ 職員の研修や勉強会などでサービスの質の向上に努力されていますが、そのために職員の負担が過度になりすぎることなく、楽しく長く働き続けられる職場であり続けて欲しいと願います。
--	--

※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	2670100821
事業所名	生活支援センター金閣こぶしの里 金閣こぶしの里ヘルパーステーション
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2月14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。	A	A	
	(評価機関コメント)		1) 法人理念はパンフレットやホームページに掲載、事業所理念は事務所内に掲示されている。年度初めのへ事業所全体の部門会議で理念を確認している。 2) 法人の施設長や部長が参加する管理委員会、施設内の各部門の責任者が参加する役職会議、訪問介護事業所の職員が参加する部門会議など階層別に会議を開催し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。利用者データー入力担当、誕生カード作成担当、モニタリング担当など、事業所の各職員の役割が明確にされている。			
(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) 法人の中長期計画が策定されている。単年度の事業計画を事務所内に掲示し、まとめ会議の中で振り返りを行っている。 4) 職員アンケートに今年度の目標や中期目標を記入してもらい、それを事業計画に反映させている。毎月の部門会議で、事業計画の進捗状況や次月の目標・課題を確認している。			
(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。	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、いつでもスタッフ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) 個人情報保護や法令順守などを掲げた法人の職員倫理規定を職員に周知している。月2回行われる法人内管理委員会で、コンプライアンスや経営についての議論を行っている。 6) 組織図や事務分掌で管理者の役割が明確にされている。年度末のまとめ会議時に、管理者が職員の業務や仕事を適切に評価しているかを問う内容の職員アンケートを実施し、職員の意向を把握している。 7) 管理者は常に職員と同じ事務所内で仕事をしており、日々の運営状況を業務日誌や派遣表で把握している。公休日や外出時でも携帯で連絡が取れるようにしている。			

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
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) 正職員と非常勤職員の5割が介護福祉士であり、入職後も資格取得フォローアップ制度（学習会）や資格登録料の助成などで、職員の資格取得を推奨している。 9) 法人内部で入職時、1年目、2年目、3年目、中堅、新役責者の研修制度が計画的に実施されている。毎月の部門学習会を実施したり、施設外研修の報告会（伝達研修）を開催している。 10) 実習生受け入れマニュアルや実習生受け入れの注意点が作成されている。ヘルパー2級や社会福祉士養成の実習生を受け入れている。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		11) 育児・介護休業規定や休職規定、セクハラ防止規定などが作成され、労働環境を整えている。また、施設長とヘルパー管理者がそれぞれ年2回の職員ヒアリングで、職員の意見や希望を聞いている。 12) メンタルヘルスを専門とする外部機関と契約し、職員が相談できるようにしている。事務所を離れて職員休憩室でリラックスできるようにしている。職員厚生会があり、ボーリング大会や歓送迎会などを開催している。		
(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	B
		(評価機関コメント)		13) 施設を町内会の会合場所として提供したり、町内会の賛助会員になるなど、地域との連携を図っている。年4回の法人広報誌『なのの』を発行して、関係機関にも配布している。 14) 法人の他事業所の呼びかけに応じて、原谷圏域行方不明高齢者捜索模擬訓練などの合同訓練を実施しているが、事業所独自では地域の介護・福祉ニーズの把握がされていない。		

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
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) 事業所のパンフレットや、お試しサービス用のリーフレットを作成している。利用希望者の問合せにも対応している。		
(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) 重要事項説明書に利用料金を明示している。保険外サービスのサービス内容や料金も明示している。成年後見人である司法書士との契約事例がある。		

(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を作成しアセスメントを実施しているが、更新時のアセスメントが不十分であった。 18) 利用者・家族の意向をもとにした個別援助計画を作成し、同意を得ている。毎月20件程度ある担当者会議に出席し、利用者・家族の意向を直接聴取している。 19) 退院時カンファレンスに参加し、医師や看護師などと連携している事例が確認された。 20) 毎月のモニタリングを実施し、ケアマネジャーに報告している。援助内容の変更時などに個別援助計画の見直しを実施している。			
(4)関係者との連携					
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。	A	A	
(評価機関コメント)		21) 利用者ファイルに主治医やケアマネジャーの所属機関や連絡先を記載している。退院前カンファレンスに参加し、医師や看護師から情報収集を行っている事例が確認された。			
(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、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	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緊急・事故対応マニュアルなどの各種マニュアルは整備されているが、マニュアルの見直し基準が定められておらず、見直しも不十分であった。事故防止策などが見直しに反映されていなかった。 23) 利用者一人ひとりの記録は整備されている。個人情報保護規定に持ち出しや廃棄などについて規定している。 24) 利用者に関する連絡事項などは業務日誌に全て記入し、全職員が読むことを義務付けて情報共有を図っている。毎月1回のモニタリング会議にて、利用者の状況把握や対応の検討などを話し合っている。 25) サービス提供記録を複写式にして利用者の自宅に設置することで、家族にサービス報告している。家族からの連絡は、設置してある連絡袋に張り紙してもらったり、電話やメールのやりとりで対応している。			
(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、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。	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作成し、感染症学習会も毎年実施している。必要に応じて、利用者宅に感染予防の手袋やマスクを設置している。各自の手拭タオルを持参して訪問している。 27) 毎日、朝と夕の当番を決めて、事務所の掃除機がけや拭き掃除・ごみ捨てなどを実施している。事務所内は衛生的に保たれていた。			

(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。	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
	(評価機関コメント)		28) 火災や地震を想定した避難訓練を実施している。介護事故防止マニュアルや緊急・事故対応マニュアル、災害対応マニュアルを作成している。 29) 出来事・気づき報告書や事故報告書、交通事故報告書を作成している。毎月発生した事故について分析し、部門会議に報告の上、再発防止に努めている。		
大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果
					自己評価
Ⅳ利用者保護の観点					
(1)利用者保護					
	人権等の尊重	30	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	31	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	32	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)		30) 事業所の理念として人権・人格の尊重を明記している。人権研修や高齢者の虐待に関する研修、接遇研修を実施している。 31) プライバシー保護の学習会を開催している。介護マニュアルの中に、羞恥心への配慮の内容も記載されていた。慣れによる不適切なケアが起こらないような配慮をしている。 32) 利用希望者を介護度やサービス内容では選別せず、空きがある限りは全て受け入れている。		
(2)意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	公的機関等の窓口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)		33) 苦情については管理者や施設長が受け付け、すぐに解決を図るようにしている。苦情には、担当のヘルパー同士が対応を話し合って改善方法を検討し、苦情報告書に記載している。 34) 毎月の部門会議に苦情内容や対応方法を報告して事業所で共有するとともに、法人の第三者委員会にも報告している。苦情対応結果については、法人広報誌『なのの』を通じて、プライバシーに配慮しながら公開されている。 35) 重要事項説明書に公的機関の窓口を記載している。法人に第三者委員会を設置している。		
(3)質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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	A
	(評価機関コメント)		36) 毎年12月に利用者満足度アンケートを実施して、集計し、その結果を利用者にお知らせしている。毎年2回、法人広報誌『なのの』送付時に、意見・要望・連絡事項などが記入できる返信はがきを同封し、より多くの意見を聞く機会を確保している。 37) サービスの質の向上については月1回の部門会議で全職員で検討し、管理者は法人の管理委員会(月2回)で他事業所の動向を把握して介護の質の向上に役立っている。 38) 管理者による年2回の職員ヒアリングで、毎年の事業所方針に対しての各自の行動の振り返りを行っている。年度末のまとめ会議で挙げた課題を、次年度の事業計画に反映している。		