

アドバイス・レポート

平成26年2月20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25年7月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「洛和ヘルパーステーション醍醐東」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>○労働環境への配慮と働きやすさへの工夫 (通番11)</p> <p>「働きやすい労働環境」をつくるため、様々な取り組みを実施しています。有給休暇やリフレッシュ休暇の取得もしやすく、年間連続10日間の休暇を取得するよう取り組んでいます。福利厚生制度も充実しており、法人全体で「働きやすい職場づくり」に取り組んでいます。職員のヒヤリングからも「働きやすい」労働環境にあることが窺えました。</p> <p>○職員間の情報共有と同行訪問の実施 (通番9.24)</p> <p>職員間の情報共有に様々な工夫がみられました。ヘルパーカンファレンスや伝達会議のみならず、同行訪問を定期的の実施していくことで、情報の共有を図っています。このモニタリング時の同行訪問は、継続的なOJTという役割も果たしており、サービスの質の向上にも寄与しているものと考えます。</p> <p>○事故再発防止への取り組み (通番29)</p> <p>事故の再発防止策として、ISOの不適合報告書やヒヤリハット（気付いてよかったシート）などを活用して検討しています。事故が発生した場合、「12時間以内」の報告を義務づけ、その後の対応についても詳細に記録・報告がなされています。リスクマネジメント委員会よりタイムリーな事故やヒヤリハット情報が発信されて、法人全体で情報の共有と再発防止を意識した取り組みがなされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○把握すべき法令の整理 (通番5)</p> <p>法令遵守に関する研修や自主点検にも取り組んでいますが、事業を実施する上で、把握すべき法令について、リスト化する等、明確になされていませんでした。いつでも、だれでもすぐ調べられる体制の整備が望まれます。</p> <p>○マニュアルの見直し (通番22)</p> <p>各種業務マニュアルは作成されていますが、定期的な見直しが確認できませんでした。法人本部や委員会で見直しはなされているとのことでしたので、定期的な見直しが行なわれていることを確認し、サービスの質の向上への反映が望まれます。</p> <p>○意見・要望・苦情の公開 (通番35)</p> <p>満足度調査を実施して、意見や要望の把握や対応を行っていますが、個人情報に配慮した意見・要望・苦情の公開への取り組みがなされていませんでした。公開への工夫が望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○法令遵守に関する取り組みはしっかりなされています。これらの取り組みを整理し、常に「法令遵守」に対する意識付けができる仕組みづくりが望まれます。法令のリスト化は、作業的に取り組むという意味合いではなく、事業そのものが様々な「法令」を根拠に実施されており、その法令に基づく事業運営を行う基礎となるものであると考えます。単なる「リスト化」ではなく、活用され、意識付けされるものになるよう工夫しながらの作成が望まれます。例えば、職員も巻き込み、法令の意味等を確認しながら、リスト化や整理を行うことを今後の取り組みの一つとされてはいかがでしょうか。</p> <p>○各種マニュアルの見直しについて管理され、見直しがなされていないものがあれば、委員会や本部に提案をされていくことが必要かと思われます。「マニュアル」は作成することそのものに大きな意味があるのではなく、活用され現場の意見が反映され、見直しされる必要があります。今一度、マニュアルの見直しを実施され、検討されてみてはいかがでしょうか。今回、定期的な見直しが行なわれることになり、改善が図られるものと考えます。</p> <p>○広報誌や掲示などで意見・要望・苦情などを公開する取り組みを実施されてみてはいかがでしょうか。</p> <p>○調査時に、事業所の方もお話されていましたが、様々な取り組みや委員会、ISO、様々なシートなど、多くの取り組みやシートなどを、一度整理される必要があるように思われます。同じようなものが重複している様子が全体から見とれました。それらが、本来の「利用者へのサービス提供」にかける時間を減らしてしまえば、「質の向上」が図りにくいものと考えます。まずは、事業所単位で、そこから法人全体へと整理を進めていくことで、双方向（トップダウン・ボトムアップ）からの改善がなされていくものと思われますので、今後の取り組みに期待しています。</p>

(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	2670901665
事業所名	洛和ヘルパーステーション醍醐東
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)	
訪問調査実施日	平成26年1月28日
評価機関名	京都府認知症グループホーム協議会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価	
					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	B
	(評価機関コメント)			(1) 組織の理念を事業所内に掲示し、社員証の裏面に記載する等の方法でその周知を図っています。理念を踏まえた事業所独自の目標を立て、全職員に周知を図る取り組みも行っています。また、研修や職員評価の一環として行っている「力量評価」実施の折にも、理念や運営方針の理解を深めるよう取り組んでいます。利用者・家族に対しては、重要事項説明時に理念・運営方針について説明することで、その理解を深める取り組みとしています。 (2) 組織図に基づいた明確な意思決定プロセスを構築していることが確認できました。職員ヒアリングからも、現場の意見の吸い上げや集約が事業所の会議等を通じて行われていることが見て取れました。統括・管理者・主任といった役割を置き、その役割や権限を明確にしていることはヒアリングから推察されましたが、役割や権限が明確に規定された書面等が確認できませんでした。		
(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。	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) 毎年、「アクションプラン」を統括責任者が策定し、それに基づいた事業所の計画を策定・実行する体制をとっています。それらの計画は、全体研修計画や職員の教育計画にも反映するよう取り組んでいます。「質の向上シート」や「ISO品質目標」等を活用しながら、その計画の実行状況を確認する仕組みづくりに取り組んでいることが確認できました。毎年実施する満足度調査の結果分析を踏まえた計画となっており、課題や問題点を明らかにして計画の策定に取り組んでいます。 (4) 業務レベルの課題設定とその達成に向けた取り組みとして「力量評価」という評価指標を活用しています。期間を設定し、その達成状況を確認・検証する仕組みを導入されています。この評価指標に基づいて達成状況の定期的な確認と見直しを行っています。法人全体で取り組む「質の向上プロジェクト」が課題設定と達成のための取り組みとして機能しているとのことでした。		
(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)			(5) 法令遵守への取り組みとして、法人において研修を実施し、事業所としては自主点検を全職員で行っています。また倫理規定をイントラネットに掲載し、全職員が法令遵守の意識を持てるよう工夫がなされています。事業を実施する上で把握すべき法令について、リスト化やファイリングがなされており、いつでも調べられる体制づくりが望まれます。 (6) 管理者は自らの役割と責任をISOの品質方針において職員に表明しています。また、職員の自己申告(個人面談)の機会を設け、職員の意見を聞く機会を設定しています。運営管理者が、「自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直しをする方法」が確認できませんでしたので、工夫が望まれます。 (7) 管理者は業務用携帯を所持し、いつでも連絡が取れる体制を整備しています。事業の実施状況については業務日誌や日報、日々の訪問後の報告で把握に努めています。事故発生時には、素早い対応がなされていることが、事故報告書からも確認できました。		

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
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	B
		(評価機関コメント)	<p>(8) 法人全体で人事管理の方針を確立し、人材の確保に努めています。無料の介護技術講習会や求人広告・ホームページなど多様な方法での人材確保に取り組んでいます。事業の性格上、ヘルパー2級以上（現介護職員初任者研修）の有資格者を採用しており、介護福祉士・介護支援専門員の資格取得のため、講習会の実施などバックアップ体制も整備しています。</p> <p>(9) 研修の実施計画を定め、その計画に基づいた研修を実施しています。外部の研修に参加しやすいバックアップ体制を整備するとともに、評価の一つである「力量評価」も外部研修を促す仕組みとなっています。また、この力量評価そのものが、職員の「気づき」を促すものとして機能しています。モニタリング時に同行訪問を実施し、互いに学び合う機会となっています。</p> <p>(10) 介護職員初任者研修を中心に積極的に実習生を受け入れる体制を整備しています。実習に関するマニュアルの整備も行われており、小中学生の実習受け入れにも取り組んでいます。しかし、実習指導者に対する研修が実施されていませんでしたので、今後の体制整備が望まれます。</p>			
(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。	A	A
		(評価機関コメント)	<p>(11) 有休や時間外労働については、Webシステムを活用し管理し、労働環境水準に配慮するよう努めています。有休も必要があれば取得しやすく、職員のヒアリングからも働きやすい労働環境にあることが窺えました。職員から自己申告をする機会を設け、希望を考慮するよう努めています。移動手段の負担軽減のため、電動自転車を導入するなどの配慮もみられました。</p> <p>(12) 職員が悩みなどを相談できるよう「EAP相談室」という相談支援機関を設けています。職員との個人面談も、定期的に必要ながあれば随時実施し、要望等をくみ取る機会を設定しています。福利厚生制度の充実にも力を入れ、職員が利用しやすいものとなっています。休憩場所についても、広くはありませんが確保されていると判断できるものでした。</p>			
(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	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。	B	B
		(評価機関コメント)	<p>(13) 法人の機関誌（おとまるくん）やホームページを通じて地域への情報提供を行っています。法人全体で年1回開催される「メディカルフェスティバル」も地域への情報公開の役割を果たしています。情報の公表制度についても、広報や開示を行っていることが確認できました。</p> <p>(14) 無料の介護技術講習会や健康教室を実施しています。前述の「メディカルフェスティバル」において介護相談なども行っていることが確認できました。地域の介護・医療・福祉ニーズの把握には努めていますが、市町村への公的な委員会等への委員派遣や、事業所協議会等と連携した公益事業への参加がなされていないとのことでした。</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
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)	<p>(15) ホームページやパンフレット等で事業所の情報を提供しており、それらの情報は分かりやすく整理されています。相談のあるケースはほとんど居宅介護支援事業所からですが、サービスについての情報はケアマネージャーを通じて提供されていることが、経過記録などから確認できました。</p>			
(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)	<p>(16) 重要事項説明書にてサービスの内容や料金は説明し、同意を得ていることが確認できました。保険外サービスも実施しており、その利用者に対しても契約書・重要事項説明書において説明し、同意を得ています。成年後見制度等の利用がある方はありませんが、成年後見制度についての研修や案内を行うなど推進と活用を行う体制づくりに努めています。</p>			

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) 定められた様式に基づき、利用者の個別状況を踏まえたアセスメントが実施されています。サービス担当者会議において、その検討を行い利用者ニーズの把握や明確化を行っていることが確認できました。モニタリングを月に1回行い、必要に応じて（更新時など法令で定められた基準も含む）定期的なアセスメントを実施しています。</p> <p>(18) 個別援助計画は、アセスメントや居宅介護計画書に基づき具体的な目標が設定されています。策定において利用者や家族の希望も尊重し、同意を得ています。サービス担当者会議に基づき、事業所の訪問介護員カンファレンスで利用者のニーズや目標を共通認識するように努め、その意向を反映するよう努めています。</p> <p>(19) サービス担当者会議において専門家への意見照会を行っています。利用者のケースファイルからも連携の具体例が確認できました。居宅介護計画との整合性もしっかりと図られています。</p> <p>(20) 計画通りにサービスが行われているかについては、実施記録等で確認され、サービス提供責任者が状況の変化等を把握しています。利用者のケースファイルからも定期的・必要に応じての見直しが行われていることが確認できました。モニタリングも月に1回必ず行うようにし、見直しも適切になされています。</p>		

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) 利用者のサービス提供において、関係機関との連携・支援体制が確保されていることが記録から確認することができました。関係機関の連絡リストの作成や地域包括支援センターとの連携体制の確立もなされています。特に入退院時においても、カンファレンス等を通して関連機関と連携を図って利用者の支援体制を確立しています。</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、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	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)		<p>(22) 標準的なサービスの実施方法を定めたマニュアルが整備されています。これらの見直しにあたり、「顧客満足度調査」の結果や事故報告書・苦情報告書を検討し反映するように仕組み化されています。各種委員会や本部で見直しされ、事業所に通知されるそうですが、必ずしも年1回見直しされていることが確認できないマニュアルがあり、今後の検討課題であるものと思われます。</p> <p>(23) 利用者の状況やサービスの提供状況は適切に記録されています。個人情報の保護の観点に立った研修も実施されており、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程も定められています。記録は、ファイルされ施錠できる書庫に保管するなどその管理体制も確立されています。</p> <p>(24) 事業所内の「ヘルパーカンファレンス」や申し送り等において職員間の情報共有を図っています。伝達会議を実施し、利用者の情報共有の強化を図る取り組みもみられました。特に、モニタリング時にサービス提供責任者が同行訪問を実施し、情報の共有や職員の意見集約を行う機会としても活用する工夫が見られました。同行訪問記録として整備され、積み重ねがなされています。</p> <p>(25) 活動記録表や、モニタリング時に利用者家族との情報交換を行っています。初回面接時やサービス担当者会議の機会も活用しています。また、各利用者宅に連絡ノートを置き、日々の状況の情報交換ツールとして活用されていることが確認できました。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>(26) 感染症に関するマニュアルの整備が行われています。感染症に関しては、情報の変化が早いので伝達会議や事業所内に掲示を行うなど、タイムリーに情報提供しています。また、年間の研修プログラムにおいて感染症について学ぶ機会を設け、感染症に関する知識や対応策について深める取り組みとしています。</p> <p>(27) 事業所内は整理整頓され、清潔に保たれています。清掃については職員が行っています。必要な衛生材料等も適切に整理されていることが確認できました。</p>		

(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。	B	B

	(評価機関コメント)	<p>(28) 事故や緊急時におけるマニュアルを策定し、職員に対して研修も実施されています。リスクマネジメントに関する研修も実施されています。事故や緊急時の連絡網やフローチャートなどを作成しており、連絡網がきちんと機能するかチェックする訓練を年1回実施しています。</p> <p>(29) 保険者報告するような事故発生はありませんが、「ヒヤリハット報告書（気付いて良かった報告書）」や軽微な事故報告を積み重ね、その検証を行い再発防止を図る取り組みを実施しています。また、ISOの不適合報告書を活用し、再発防止策の検討を行っています。リスクマネジメント委員会から、法人内で起こった事故やヒヤリハットの情報発信をする取り組みが近頃から始まり、その情報共有を行う仕組みづくりがはじまっています。</p> <p>(30) 災害時の対応マニュアルが整備され、防災に関する研修も実施しています。マニュアルには災害時の指揮命令系統が明確に示されています。しかし、地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練がなされていないとのことでしたので、今後の取り組みが望まれます。</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。	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)		<p>(31) 組織の理念や方針にも人権の尊重や尊厳保持の視点が盛り込まれ、重要事項説明書に明示されています。人権や虐待防止の視点に立った研修も、年間の研修計画に沿って実施されています。利用者満足度調査の結果分析が、日常業務を振り返り検討・対応するものとして活用されています。</p> <p>(32) プライバシーの保護、個人情報の保護という視点での研修を通して職員への意識付けを図っています。訪問介護事業ということで、プライベートな空間でのサービス提供を意識するようマニュアルや研修にその視点での内容が盛り込まれていることが確認できました。</p> <p>(33) 今まで依頼のあったケースは、断ったことがなくすべて受け入れを行っています。特に、職員の配置がどうしてもできない等の理由でなければ、今後も受け入れを行っていく予定とのことでした。</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。	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	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>(34) モニタリングや顧客満足度調査を通じて、利用者の意見・要望・苦情の収集を行っています。この調査の結果については分析を行い、全職員が理解するようミーティング等で伝達しています。また、利用者の意向や満足度を把握する機会としてモニタリングを活用し、利用者の声や要望を聴くよう努めていることが確認できました。</p> <p>(35) 利用者から受付けた意見・要望・苦情等については、苦情処理要領や苦情相談マニュアルに基づき、迅速に対応していることが確認できました。満足度調査の分析結果は全職員に配布されています。利用者の個人情報に配慮した形の意見・要望・苦情の公開がなされていませんでしたので、今後の取り組みが望まれます。</p> <p>(36) 行政機関・国保連合会を相談窓口として、重要事項説明書やホームページにおいてお知らせをしています。また、苦情対応に関するマニュアルを整備し、その対応ができる仕組みを構築しています。しかし、行政機関等以外の第三者を相談機関として設置する方向性が必要であり、今後の検討が望まれます。</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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>(37) 利用者満足度調査を実施し、分析結果を事業所内で共有しています。「質の向上プロジェクト」を社内設置し、その改善方法についても検討しています。職員自身も利用者向けの「満足度調査」に取り組み、利用者満足度調査と比較検討し、質の向上に活かしています。ISOの満足度調査についても年2回実施しています。</p> <p>(38) 多職種が縦断的にかかわる「質の向上プロジェクト」や管理者会議、各部門別会議においてサービスの質の向上についての検討を行っています。また、訪問会議や教育委員会でも検討され、伝達されています。内部監査もその検討体制の役割を果たしているとのことでした。</p> <p>(39) ISO9001の認証を受けており、そのチェック項目に基づいた定期的な評価や内部監査を自ら実施するなどその「サービスの質の向上」という観点に立った評価に力を入れています。「質の向上プロジェクト」の取り組みそのものが「サービスの質の向上」を図るような内容となっています。第三者評価は今回初めての受診でしたが、今後の定期的な取り組みが期待されます。</p>			