

アドバイス・レポート

平成25年12月15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「洛和会医療介護サービスセンター山科駅前店」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>○管理者等によるリーダーシップの発揮（通番6） 管理者が自らの責任と役割を明確にし、リーダーシップを発揮するよう取り組んでいます。事業所内のミーティングや個人面談の機会を通じ、職員からの意見を聴く機会を設けています。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・見直しをする方法として、管理者を交えず現場職員のためのミーティングを意図的に開催して、その結果を管理者にフィードバックしています。また、そのフィードバックを「管理者を育てる」取り組みとして位置付け、機能させていくような工夫が見られました。</p> <p>○研修体制の充実（通番9） 計画に基づいた研修を実施し、職員が必要な知識や技能を身に付けることができるような体制を整備しています。特に、主任ケアマネージャーを配置しスーパービジョンを行う体制にあり、事例検討への取り組みが充実していることが見て取れました。また、OJTの一環として、入社時、1ヶ月目、3ヶ月目、半年目ごとに技術・知識などをチェックする指導体制をとっています。それを通して、双方が「学ぶ」機会として位置付けるなどの取り組みがみられました。</p> <p>○質の向上に対する検討体制（通番38） 様々な委員会や役職別会議の機会に「質の向上」という視点に立った検討が行われています。それらの取り組みを「質の向上プロジェクト」という法人をあげての取り組みとして位置付けています。また、ISO9001の認証をとっており、そのチェック項目に沿った「質の向上」を検討する仕組みを構築されています。内部監査なども実施しており、「質の向上」という視点に立ったPDCAサイクルが機能しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○職員間の情報共有（通番24） 職員間の情報共有はミーティングや申し送りにおいてなされており、管理日誌等も活用しています。また、カンファレンスや事例検討も実施され、充実した取り組みとなっています。チェックポイントでは全てチェックが入りますが、「情報の共有」という視点から、個人別の記録（ケアプラン・経過記録など）の整理の仕方・見やすい工夫が望まれます。</p> <p>○災害発生時の対応（地域連携）（通番30） 災害発生時のマニュアル作成や研修・訓練を実施しています。また、発生時の指揮命令系統についても、連絡網や対応フローチャートを作成され、その体制整備を図っています。地域の防災訓練にも参加していますが、「地域との連携」を意識したマニュアルや防災協定の整備が今後の課題です。</p> <p>○意見・要望・苦情の公開（通番35） 意見・要望・苦情を集約し、その対応方法を定めて運用しています。「要望受付シート」を活用しながら、その記録についてもきちんとなされています。「質の向上プロジェクト」を通じてその対応方法を協議し、対応していることが見て取れましたが、個人情報の保護という観点に立ち「公開」がなされていませんでした。今後の工夫が望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○ミーティングや事例検討において、利用者の情報は十分に共有されていますので、「ファイリングの工夫」がなされれば、より情報の共有がしやすくなるものと思われます。簡単なことですが、インデックスを付ける、目次をつくるなどの工夫で誰もが情報を共有しやすくなるものと思われます。パソコンによるデータ共有が進んでいますが、現況介護保険事業においては紙媒体での記録がまだまだスタンダードである現状を鑑みれば工夫の余地があるものと考えます。今後の工夫に期待します。</p> <p>○地域の防災訓練に参加されていますので、昨今の災害状況を踏まえ「地域との防災協定」を検討されてはいかがでしょうか。また、利用者に独居の方が多いとの状況もヒアリングしましたので、「ハザードマップ」や「独居利用者マップ」などを作成され、災害時における対応体制を強化されることが望まれます。特に24時間体制で対応を実施されていますので、「地域の中核拠点」の居宅介護支援事業所として災害時の対応体制を整備されると良いのではないのでしょうか。</p> <p>○意見・要望・苦情の受付や対応もしっかりなされていますので、これら改善状況を「公開」されることが望まれます。「公開」の方法として、事業所での掲示や広報誌の活用等、様々な方法が考えられます。「質の向上プロジェクト」の取り組みとして、検討されてみてはいかがでしょうか。その取り組みも「質の向上」を図る一つの取り組みとして評価されるものと考えます。</p>

評価結果対比シート

事業所番号	2674100256
事業所名	洛和会医療介護サービスセンター 山科駅前店
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
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25年11月15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)		<p>(1) 組織の理念を事業所内に掲示し、朝礼時に唱和する等の取り組みを通して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、実際のサービス提供に活かす取り組みも行っています。利用者・家族に対しては、メディカルフェスティバルといった地域向けのイベントにおいて、理念や運営方針を発信をしています。</p> <p>(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。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するとともに、職員それぞれの役割を事業所として明確に規程するなどの取り組みを行っています。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。</p>			
(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)		<p>(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。「質の向上シート」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おり、事業所の会議でも検討を行っています。それらの検討結果は、法人の管理者会議等においても現状分析し、課題や問題点を明らかにするよう工夫されています。</p> <p>(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（1ヶ月、3ヶ月、半年）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図っています。</p>			
(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) 法令遵守への取り組みとして、法人において研修を実施することはもとより、自主点検を事業所内において全職員で読み合わせを行っています。年間3回行うことで、全職員に対する法令遵守の意識付けを徹底しています。法人内、事業所内ともに「法令遵守」を主眼に置いた体制を敷いていることが確認できました。</p> <p>(6) 管理者は自らの役割と責任を明確にし、職員に周知を図っています。事業所内のミーティングや個人面談の機会を通じ、職員の意見を聞くよう努めていることが確認できました。「管理者を育てる」「次の管理者を育てる」という視点に立った、管理者を除いた職員のためのミーティング等を意図的に仕掛けており、管理者を評価するシステムとして機能させています。</p> <p>(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において把握し、ミーティングなどでもその把握に努めています。大きな事故発生はありませんが、軽微な事故についても報告書から迅速に対応していることが見てとれました。</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
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) 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。居宅介護支援事業所ですので「介護支援専門員」の資格は必須ですが、主任介護支援専門員の養成にも努めています。雇用契約期間を2段階に設定し、労使双方のミスマッチを減らす工夫を行い、質の高い人材の確保に努めています。 (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。主任介護支援専門員が「スーパービジョン」を行う体制をとり、事例検討を通して「気づき」を促すよう取り組んでいます。定期的なOJTの実施を通して、職員と指導者双方が「学ぶ」機会を提供しています。 (10) 看護学生の受け入れを中心に、積極的に実習生を受け入れる体制を整備しています。また、介護支援専門員の実務者研修の実習受け入れも行っています。マニュアルの整備だけでなく、実習担当者に対する研修を実施して、受け入れ体制の充実を図っています。		
(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、大幅な時間外労働が発生しないようされています。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。 (12) 職員が悩みなどを相談できるように「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、必要があれば随時実施し要望等をくみとる機会を設定しています。ハード面の制約がありますが、休憩室の確保がなされていませんでした。		
(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) 法人の機関誌（おとまるくん）を通じて地域への情報提供を行っています。ホームページや事業所の看板も地域に情報提供する手段として活用されています。24時間体制での対応を実施しており、地域の介護拠点となり相談機関としての機能を果たしています。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。 (14) 前項にあるように、「24時間の相談受付」を実施しており、交代で夜間も対応できる体制を取っています。夜間でも介護に関する相談が可能であり、地域の住民から活用されています。健康教室や認知症サポーター講座なども積極的に実施しています。それらの取り組みを通じて様々なニーズの把握をする機会としています。		

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等で事業所の情報を提供しています。また行政発行の案内パンフレット「すこやか進行中」なども活用しています。それらの情報は分かりやすく整理されています。24時間体制での相談を受け付ける窓口を設置するとともに、個別の状況にも対応していることが記録などから確認できました。			
(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。社内に司法書士への相談窓口を設置するなど、必要に応じて成年後見制度の活用を進めています。また「後見人を推進する会」との連携も図っており、その活用推進体制が整備されています。権利擁護に関しても、緊急性が高いケースにおいてはその活用が図られていることが記録等から確認されました。			
(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)		(17) 定められた様式（全社協版）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。主治医や専門家と連携しアセスメントが行われており、チェックシートを活用して定期的な実施もなされていることが確認できました。 (18) 個別援助計画は、アセスメント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は本人もしくは家族が参加し、その意向を反映するよう努めています。 (19) 居宅介護支援事業所であるため個別援助計画の策定において特に意見照会が必要ですが、活用している連絡票やプランからその照会を適切に行っていることが確認できました。サービス担当者会議もその照会を行う機会としています。 (20) 定期的・必要性に応じて個別援助計画の見直しが行われています。「居宅介護支援業務マニュアル」を策定し、見直しの基準や仕組みを定めています。モニタリング記録からもその見直しが、適切かつ定期的に行われていることが確認できました。			
(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) 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連絡票や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。入退院時においても、カンファレンス等を通して関係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。			
(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) 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、職員に活用されています。これらのマニュアルに基づいたサービス提供がなされているかについては、定期的なOJTを通じて確認し、見直しについても年1回必ず行うことを定め実施されています。これらの見直しにあたり、「顧客満足度調査」の結果を検討し反映するように仕組み化されています（ISOチェックシートを活用しています）。 (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。 (24) 事業所内のミーティングや朝礼の申し送り等において職員間の情報共有を図っています。サービス担当者会議の要点は職員間で共有を行い、利用者の情報を把握するよう努めています。事例検討を含め、ケアカンファレンスを定期的に行い、職員間での意見集約が行われていることが確認できました。 (25) モニタリングを必ず実施し、家族にその利用者の状況を伝えています。モニタリングは家族同席で行うようにし、情報交換をする機会として活用していることが、記録等から確認できました。			

(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、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。そのマニュアルも情報更新が行われ、職員間で共有されています。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い、特に人通りが多く来客も多いためその点に留意していることが窺えました。</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。	A	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。また、地域の防災訓練などに参加しています。事故や緊急時の連絡網やフローチャートなどを作成し、指揮命令が適切に行える体制を整備していることが窺えました。</p> <p>(29) 大き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。それらの内容については組織全体で検証され、マニュアル等の見直しに反映されています。</p> <p>(30) 災害時の対応マニュアルが整備され、地域の防災訓練にも参加する取り組みをすすめています。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。地域との連携についても一歩踏み込んだ形が期待されるものと考えます。</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。また、事業所内のミーティングで尊厳保持や虐待防止について取り上げ、日常業務の振り返りを行う機会を設けています。</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。これらの点については、同意書という形で説明を行い、理解を深めるよう努めています。</p> <p>(33) 24時間の対応体制をとっていることもあり、利用者の受け入れは断らず行っています。担当ケース超過となる場合については、他事業所を適切に紹介する体制をとっており、記録からもそのことが確認できました。</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。	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>(34) 顧客満足度調査を実施し、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でき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ています。</p> <p>(35) 利用者から受けた意見・要望・苦情等については要望受付シートに記録され、迅速に対応していることが確認できました。その対応方法についてもマニュアルに記載され、組織として対応しています。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) 第三者の相談窓口を設置し、重要事項説明書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。</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のミーティングで共有しています。「質の向上プロジェクト」を社内を設置し、その改善方法についても検討しています。調査の内容をあえて毎年同じにすることで、調査前と調査後の改善状況を検証するよう努めています。</p> <p>(38) 前項のとおり「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。地域の居宅が集まる部会などにも積極的に参加し、他事業所の情報収集やサービスの比較検討がなされています。議事録などから、具体的に改善策が話し合われていることが確認できました。</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。第三者評価も定期的を受診し、前回の課題の改善も図られています。</p>			