

アドバイス・レポート

平成26年10月14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26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 ヘルパーステーション真愛 様につきましては、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 ・在宅福祉部長が年1回全職員との個別面談を実施し、直接意見や希望を聞き改善に取り組み、職員にも大きな安心に繋がっていました。</p> <p>地域への貢献 ・法人が地域の介護者支援を目的に市民講座を年1回、介護者教室を年5回開催し、事業所職員が介護知識や技術の講習を担い地域貢献に取り組まれました。</p> <p>職員間の情報共有 ・「法人内情報共有ネットワーク」や「ヘルパー連絡ノート」を用いて、細部にわたる情報の共有に取り組まれました。また、サービス提供時に家族と情報交換を実施し、利用者宅に設置してある「援助記録ノート」でより密な情報交換を実施されました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>アセスメントの実施 ・必要に応じて情報収集は実施されていましたが、所定の様式を使用したアセスメントがありませんでした。</p> <p>個別援助計画等の見直し ・「職員全体会議（月1回）」や「ヘルパーミーティング（週1回）」でサービス提供状況を確認されていましたが、計画に即したモニタリングが不十分でした。また、訪問介護計画は見直しされていましたが、見直しの基準・手順が定められていませんでした。</p> <p>サービス提供に係る記録と情報の保護 ・利用者記録は書庫に鍵をかけ適切に保管されていましたが、文書管理規程がありませんでした。</p> <p>利用者満足度の向上の取り組み ・年1回利用者満足度調査を実施し、「職員全体会議」で結果報告されていましたが、調査内容の分析や対応方法等の検討ができていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>アセスメントの実施 ・必要に応じて情報収集は実施されていましたが、所定の様式を使用したアセスメントがありませんでした。</p> <p>個別援助計画等の見直し ・「職員全体会議（月1回）」や「ヘルパーミーティング（週1回）」でサービス提供状況を確認されていましたが、計画に即したモニタリングが不十分でした。また、訪問介護計画は見直しされていましたが、見直しの基準・手順が定められていませんでした。</p> <p>サービス提供に係る記録と情報の保護 ・利用者記録は書庫に鍵をかけ適切に保管されていましたが、文書管理規程がありませんでした。</p> <p>利用者満足度の向上の取り組み ・年1回利用者満足度調査を実施し、「職員全体会議」で結果報告されていましたが、調査内容の分析や対応方法等の検討ができていませんでした。</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	267270040
事業所名	ヘルパーステーション真愛
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26年9月22日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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。	B	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・玄関通路の掲示板やスタッフルームに理念、運営方針を掲示し、毎週月曜日と月1回の会議で理念を唱和して浸透を図られていました。ホームページや機関紙に理念を掲載し、家族や地域に広報されていました。 2・各種役職会議（管理職会議・主任会議等）や専門委員会（リスクマネジメント・褥創ゼロ検討委員会等）を定期的に開催し、案件別の意思決定が行われ、職員の意見も反映される仕組みになっていました。職務分掌規程を整備し、権限が明確にされていました。			
(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・法人の事業計画が施設長をはじめとする管理職会議で決定し、中長期の内容も盛り込まれた内容になっていました。 4・法人の事業計画を基に、事業所の事業計画をスタッフ全員の会議で課題の分析や検討し策定されていました。また年2回、会議にて見直しも実施されていました。			
(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・法人責任者や管理者が外部研修に参加し、職員会議で啓発されていました。事業実施に関する法令をファイルに整理することで、すぐに調べられる体制になっていました。 6・職務分掌の規程で役割と責任を明確にし、在宅福祉部長が年1回職員と面談することで、意見や管理者の評価も確認されていました。 7・管理者は事業所を離れる時は携帯電話を所持し、また日報により業務の状況を把握されていました。緊急時の連絡手順と連絡網が整備されていました。			

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。	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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		8・法人総務部において人事関係を一元的に管理されていました。採用後の資格取得支援として講習会や受験時の勤務調整を行い、合格者には祝い金を支給されていました。 9・年間の研修計画を策定し、計画的に研修を実施されていました。気づきシートや連絡ノートを使い、気づきの促しや助言に活用されていました。研修参加者による伝達研修も実施されていました。 10・実習指導者に対する研修は未実施でした。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		11・有給休暇は取得しやすい状況で、計画的に取得されておりヒアリングで確認しました。法人総務部において就業状況や意向を一元的に把握されていました。職員の負担軽減のためスライディングボード（移乗用具）の使用や2人介助の体制もとられていました。 12・メンタルヘルスのカウンセリングは希望により産業医が担当し、組織の不满等についても上司の個別面談で汲み取る仕組みがありました。 ・セクシャルハラスメントの規程も整備され、対応の仕組みがありました。		
(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	B
		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・ホームページの公開や年2回法人全体で広報紙を発行し、利用者、家族、地域の関係機関に配布し広報をされていましたが、情報の公表制度の内容を利用者や地域住民に公開はされていませんでした。 14・法人が地域の介護者支援を目的に市民講座を年1回、介護者教室を年5回開催し、事業所職員が介護知識や技術の講習を担い地域貢献に取り組まれていました。		

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
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で、事業所方針や事業内容（訪問介護事業の概要）などを図解を用いてわかりやすく情報を記載されていました。		
(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・サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書で利用者に説明し、同意を得ておられました。また判断能力に支障がある利用者に対しては家族等に同意を得ておられました。また必要に応じてパンフレットを用いて成年後見制度や権利擁護事業の活用推進に取り組んでおられました。		

(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。	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	B
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	B
(評価機関コメント)		17・必要に応じて情報収集は実施されていましたが、所定の様式を使用したアセスメントがありませんでした。 18・サービス計画書に利用者等の意向の記載がありませんでした。 19・退院時には必ずカンファレンスに参加して医師等からの情報や意見を収集されていました。また法人内で開催される「事業所情報共有会議（月1回）」で情報を収集し、訪問介護計画に反映させておられました。 20・「職員全体会議（月1回）」や「ヘルパーミーティング（週1回）」でサービス提供状況を確認されていましたが、計画に即したモニタリングが不十分でした。また、訪問介護計画は見直しされていましたが、見直しの基準・手順が定められていませんでした。		

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・利用者毎に主治医や担当介護支援専門員など各関係機関を一覧にし、適切に連携が取れる仕組みとなっていました。		

(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、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	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)		22・各マニュアルを整備し、毎年4月の「職員全体会議」にて満足度調査や事故報告書の検討をもとに見直しを実施されていました。 23・利用者記録は書庫に鍵をかけ適切に保管されていましたが、文書管理規程がありませんでした。 24・「法人内情報共有ネットワーク」や「ヘルパー連絡ノート」を用いて、細部にわたる情報の共有に取り組まれていました。 ・サービス提供時に家族と情報交換を実施されていました。また利用者宅に設置してある「援助記録ノート」でより密な情報交換を実施されていました。		

(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)		26・毎年4月の「職員全体会議」で感染予防マニュアルの見直しを実施されていました。年間研修計画に「吐物処理」などの実践的な研修を位置づけて実施されていました。 27・職員が毎朝清掃し「掃除表」で清掃確認されていました。また書類や備品等は整頓されており、安全かつ効率的な事業所となっていました。		

(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	B
-----------	----	--	---	---

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・事故緊急時のマニュアルや「行方不明者早期発見マニュアル」を整備し、有事の際には的確に対処できる指揮命令系統となっていました。研修や実践的な訓練が不十分でした。</p> <p>29・ヒヤリハットや事故報告書を作成し「職員全体会議」で各々の事例に対して分析・対応方法等を検討されていました。</p> <p>30・「災害対応マニュアル」を整備し、研修や消防署との合同避難訓練に参加するなど取り組まれていましたが、地域との連携を意識したマニュアルとしては不十分でした。</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
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。	B	B	
	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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		31・高齢者虐待防止法など的高齢者尊厳保持に関する研修が開催されていませんでした。 32・ケアマニュアルに利用者のプライバシーに配慮したケアを明記し、適切なサービス提供を行っておられましたが、定期的な勉強会や研修会は実施されていませんでした。 33・利用申し込みには基本的にすべて受け入れる姿勢であり、受けられない場合は他の事業所を紹介するなど、適切な対応をされていました。			
(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)		34・訪問した職員が相談を受け付けるシステムとなっており、「主任会議」や「職員全体会議」で分析・検討されていましたが、定期的な個別面談はされていませんでした。 35・苦情受付書を作成し、「職員全体会議」で分析・検討・対応方法等を検討されていますが、その結果を公開されていませんでした。 36・苦情受付第三者委員を設置し相談窓口の連絡先を明記したポスターを掲示されていました。			
(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	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の職員が積極的に参加している。	B	B	
	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		37・年1回利用者満足度調査を実施し、「職員全体会議」で結果報告されていましたが、調査内容の分析や対応方法等の検討ができていませんでした。 38・他事業所の取り組みや評価などの比較検討は実施されていませんでした。 39・訪問介護事業所としては介護サービス第三者評価事業受診は初めてでした。			