

## アドバイス・レポート

平成26年6月11月28日

平成26年6月16日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人七野会 聚楽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

<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> 法人全体でキャリアパス制度を構築し、階層別研修や学習会を開催しています。初めて訪問する利用者宅には最低3回以上は同行訪問しています。新人には、確実に一人で出来るようになるまでOJTを実施しています。</p> <p><b>(通番24) 職員間の情報共有</b> 日々の業務日誌や伝達ノート、毎月のモニタリング会議で利用者の情報を共有しています。サービス担当者会議には必ず参加して、他事業所の職員と情報共有を図っています。</p> <p><b>(通番34~36) 意見・要望・苦情への対応</b> 「苦情・意見・要望記録票」に受付けた内容を記録し、会議で対応策を話し合い、電話や訪問で利用者・家族等に返答しています。広報誌「なのの」を通じて、苦情の改善状況を報告しています。重要事項説明書に苦情受付担当者や公的機関の相談窓口、第三者委員の名前や連絡先が記載され、利用者にも周知されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>(通番12 ストレス管理)</b> 法人としてメンタルヘルスの学習会を開催し、外部の相談窓口と契約して職員に周知しています。また、法人独自の福利厚生制度として、医療費や靴代・懇親会費等の補助制度があります。しかし、事務所が休憩場所となっているため、休憩時間にも電話に出るなどの状況があります。</p> <p><b>(通番17 アセスメントの実施)</b> 所定の様式を用いてアセスメントを実施しています。日々の訪問やサービス担当者会議の中でも利用者のニーズを聞き取り、記録しています。しかし、アセスメントの定期的な見直しは出来ませんでした。</p> <p><b>(通番30 災害発生時の対応)</b> 併設施設にデイサービスや小規模多機能居宅介護があるため、施設全体での防災訓練は実施しています。しかし、訪問事業所として、サービス提供中の災害を想定した訓練は実施出来ませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>聚楽ヘルパーステーション（旧竹屋町ホームヘルパーステーション）は、上京区大宮通中立売の北側にある「生活支援総合センター聚楽」の3階部分に事務所があります。2005年に開設され、現在の地に移転して5年目を迎えます。1階には認知症型デイサービス、2階には小規模多機能型居宅介護、3階には配食サービス事業所が併設され、地域の高齢者を支えるための総合的なサービス提供を実施されています。</p> <p>訪問介護事業所はチームワークが良く、法人の理念通りに、利用者の思いを大切にサービス提供されていることは、大変素晴らしいことと感じました。</p> <p>管理者やサービス提供責任者が利用者からの緊急訪問依頼に対応されていましたが、居宅介護支援事業所を併設されることで、より介護支援専門員との連携が図られると感じました。また、休憩場所の確保等にも課題が感じられました。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事務所の電話等を気にせず、ゆっくり休憩するための休憩場所が確保されていませんでした。併設施設の空きスペース等を休憩場所として活用されては如何でしょうか。職員のストレス緩和にも繋がると考えます。</li> <li>・ アセスメントや訪問介護計画書の見直しが不十分でした。居宅介護支援計画書の変更時等に合わせて、再アセスメントを実施し、訪問介護計画書も見直すことが大切だと考えます。</li> <li>・ 災害発生時の対応として、事業所内での避難訓練などは行われていました。しかし、訪問事業所としては、訪問サービス提供中の利用者宅での災害対応訓練を行うことが大切と考えます。</li> <li>・ 満足度調査を毎年実施していませんでした。3年前には満足度調査を実施していましたので、毎年継続的に、実施されては如何でしょうか。</li> <li>・ 第三者評価は概ね3年に1回受診されていました。第三者評価での改善項目を、次年度の事業計画に反映させ、改善に向けて取り組まれては如何でしょうか。受診された結果を、サービスの質の向上に役立てることが大切であると考えます。</li> </ul>
------------------	---

※ 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	2670200423
事業所名	社会福祉法人 七野会 聚楽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26年10月9日
評価機関名	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		1) 理念や事業所の方針を明確に定め、施設内に掲示している。法人の全体会議や職員会議等で周知している。利用者・家族には、理念を明記したリーフレットを用いて説明している。 2) 毎月の役員会議や職員会議で案件別の意思決定方法が定められている。法人全体でキャリアパスを導入し、職務に応じて業務内容・職責・人材像・具体的な行動を明文化している。			
<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。	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) 法人で中・長期計画を策定し、それに沿った単年度事業計画を策定している。前年度の課題や問題点を職員会議で話し合い、次年度の事業計画を策定している。 4) 年度末の職員会議で業務レベルの到達点を確認し、課題を次年度の事業計画に反映させている。事業計画を事務所内に掲示し、毎月の職員会議で達成状況を確認している。			
<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	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。	A	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) 管理者には法人全体の役員者会議や主任研修で周知している。新人には入職時オリエンテーションで、法令遵守を周知している。関係法令のリスト化は出来ていない。 6) 毎年、法人常務と管理者によるヒアリングを職員に実施しているが、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握するための仕組みは構築されていない。 7) 管理者は常に事務所に常駐しており、業務日誌や職員連絡ノート、利用者の記録等にも常に目を通している。不在の時は携帯電話で連絡が取れるようになっている。			

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
<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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		8) 正職員や契約職員への登用試験を年に複数回実施している。職員の資格一覧表を作成し、資格の取得を促している。受験対策講習会の開催や費用負担等の資格取得支援制度がある。 9) 法人全体で階層別研修や学習会を開催している。初めて訪問する利用者宅には最低3回は同行訪問している。 10) 法人全体で「実習生受け入れマニュアル」を作成し、事業所で実習生を受入れている。実習担当者は介護福祉士資格を持つ、サービス提供責任者に定めている。		
<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。	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) 法人として就業規則とは別に、育児休業規定・介護休業規定・セクシャルハラスメント規定等を整備している。毎年、施設長と管理者が職員の就業状況や意向についてのヒアリングを実施している。 12) 法人としてメンタルヘルスの学習会を開催し、外部の相談窓口と契約して職員に周知している。法人独自に医療費や靴代・懇親会費等の補助制度がある。事務所が休憩場所になっており、休憩時間にも電話に出るなど、休憩しにくい状況がある。		
<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) 事業所の情報をホームページで公開すると共に、広報誌『ななの』を関係機関に配布し、地域への情報提供を行っている。併設事業所と一緒にフリーマーケットを開催している。 14) 併設事業所と一緒に地域の向けたサロンを年4回開催し、体操や手作り教室等を行い地域との交流を図っている。		

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
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		15) 事業所の情報をホームページで公開している。広報誌「ななの」を年4回発行し、利用者全員に配布している。リーフレットには写真や絵を掲載し、理解しやすい工夫をしている。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		16) リーフレットや重要事項説明書を用いて内容や料金の説明を行い、同意を得ている。利用者の判断能力に支障がある場合は、ご家族や成年後見人と契約締結している。		

(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。	A	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	B
(評価機関コメント)		<p>17) 所定の様式を用いてアセスメントを実施している。日々の訪問やサービス担当者会議の中で利用者のニーズを聞き取り記録しているが、アセスメントの定期的な見直しは出来ていない。</p> <p>18) 本人・家族の希望が記載された訪問介護計画書を作成し、同意を得ている。サービス担当者会議には必ず参加している。</p> <p>19) 介護支援専門員や訪問看護師等が参加するサービス担当者会議に出席している。主治医からのアドバイスを個別援助計画書に反映している。</p> <p>20) 毎月のモニタリング会議で利用者の状態やサービス状況を話し合い、介護支援専門員に報告している。個別援助計画書の見直し基準が、明確に定まっていない。</p>		
(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)		<p>21) 関係機関の共有ノートを活用し、サービス利用中の様子を伝えたり、主治医からの指示を受けたりしている。退院時には、介護支援専門員を通じて主治医や看護師等からの情報を得ている。</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、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。	B	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)		<p>22) 介護業務や感染症、緊急時等のマニュアルが作成され、事務所内に設置されている。見直し基準が定められておらず、見直しが出来ないマニュアルがある。</p> <p>23) 利用者ごとに記録が整備されている。「個人情報保護規程」「個人情報の具体的取扱いについて」等に、利用者記録の保管や持ち出し・廃棄に関する内容を明記している。</p> <p>24) 日々の業務日誌や伝達ノート、毎月のモニタリング会議で利用者の情報を共有している。サービス担当者会議には必ず参加して、他事業所の職員と情報共有を図っている。</p> <p>25) 訪問時の連絡ノートや必要時の電話等で家族との意見交換を行っている。法人として、在宅家族会や家族懇親会、事業報告会を毎年開催している。</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、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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>26) 感染症についてのマニュアルを作成し、看護師を中心とする法人内の委員会にて年1回見直ししている。感染症の利用者には、マニュアルに沿った対応をしている。</p> <p>27) 事業所内は職員が分担して、毎日の清掃を実施している。事業所内の書類も整理整頓され清潔に保たれている。</p>		

(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
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。	A	B
(評価機関コメント)		28)事故や緊急時対応のマニュアルや緊急連絡網を整備して、職員に周知している。事故や緊急時等における指揮命令系統も明確になっている。 29)事故やヒヤリハット等は「出来事報告・気づき報告」に記録し、職員会議で検証している。報告書のファイルを事務所内に設置して、職員が閲覧できるようにしている。 30)併設施設にデイサービスや小規模多機能居宅介護があるため、施設全体で防災訓練を実施している。訪問事業所として、サービス提供中の災害を想定した訓練は実施出来ていない。		

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

#### 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)		31)新人や中途採用者向けの研修の中で、人権や権利擁護についての内容の研修を実施している。職員会議の中で、虐待防止についての学習会を実施している。 32)新人や中途採用研修の中で、プライバシー保護についても教育している。「ホームヘルパー心得」を作成して、職員に配布し、常に意識するよう促している。 33)新規申し込みについては原則断らないようにしている。距離的に遠い場合は、法人内の他事業所を紹介している。				
(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	A		
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	A		
(評価機関コメント)		34)訪問時に利用者・家族と話をしている。直接言いにくい場合は、介護支援専門員や他事業所の職員に伝えて頂くように説明している。「苦情・意見・要望記録票」に受付けた内容を記録している。 35)「苦情・意見・要望記録票」に受け付け、会議で対応策を話し合い、電話や訪問で利用者・家族等に返答している。広報誌「なの」を通じて、苦情の改善状況を報告している。 36)重要事項説明書に苦情受付担当者や公的機関の相談窓口等が記載されている。事業所関係者以外の第三者委員を設置し、委員の名前や連絡先が利用者に周知されている。				
(3)質の向上に係る取組						
利用者満足度の向上の取組み	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。	C	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)満足度調査を実施する担当者や調査後の対応方法を定めて3年前は実施しているが、現在は実施出来ていない。 38)職員会議やサービス提供責任者会議の中で、業務改善等の内容を話し合っている。他事業所の取組内容等を、地域のヘルパー連絡会や学習会に参加して情報収集している。 39)第三者評価を3年に1回受診している。自己評価の分析・検討は実施出来ていない。				