

特別養護老人ホーム光明
荘・光明荘居宅介護支援
事業所・光明荘デイサービ
スセンター・光明荘ヘル
パーステーション・光明荘
訪問入浴センター・光明荘
地域包括支援センター・い
きいきネット相談支援セン
ター

審査報告書

第二段階審査

顧客番号:	CMPY-077578
顧客名/住所:	特別養護老人ホーム光明荘・光明荘居宅介護支援事業所・光明荘デイサービスセンター・光明荘ヘルパーステーション・光明荘訪問入浴センター・光明荘地域包括支援センター・いきいきネット相談支援センター 大阪府和泉市伏屋町三丁目8番1号
審査規格:	ISO 9001:2008
審査の種類:	第二段階審査
審査年月日:	和泉市, 日本: 2015年11月25日 から 2015年11月27日
審査員(レベル):	小山 勉 (主任審査員, 和泉市, 日本) 米谷 秀広 (審査員, 和泉市, 日本)

認証範囲:	<p>審査事業所(サイト): <u>特別養護老人ホーム光明荘・光明荘居宅介護支援事業所・光明荘デイサービスセンター・光明荘ヘルパーステーション・光明荘訪問入浴センター・光明荘地域包括支援センター・いきいきネット相談支援センター, 和泉市, 大阪府, 日本</u></p> <p>ISO 9001:2008:</p> <p>特別養護老人ホームにおける介護サービス(施設サービス、在宅サービス、和泉市委託事業) 【特別養護老人ホーム光明荘】特別養護老人ホームにおける介護サービス 【光明荘居宅介護支援事業所】在宅サービスにおけるケアプラン作成 【光明荘デイサービスセンター】通所介護による在宅サービス 【光明荘ヘルパーステーション】訪問介護による在宅介護サービス 【光明荘訪問入浴センター】訪問入浴による在宅サービス 【光明荘地域包括支援センター】介護予防、権利擁護等の包括的支援サービス 【いきいきネット相談支援センター】地域福祉総合相談</p>
-------	---

総合判定結果:

アクションの要求はありません

御社のマネジメントシステムは十分有効であると判断できます。(不適合がありません。)

エグゼクティブサマリー

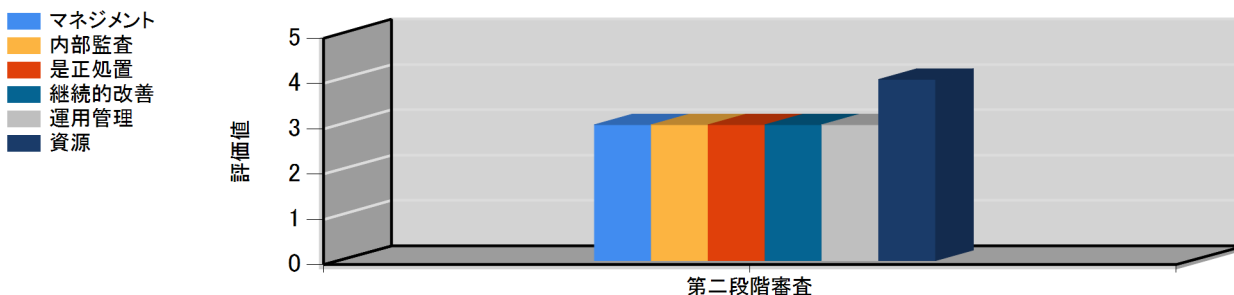
<p>強み</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・内部監査は、検出能力が高く、59件の検出課題が特定されており、今後の改善が期待されます。(KT) ・「私の気持ちシート」を活用して、利用者とのコミュニケーションを高めて、利用者満足度向上を目指しています。(特養・いきいき:KT) ・教育・訓練は、法人のシステムと光明荘システム(職員OJT実施記録)がうまく融合されてPDCAが確実に回るように構築されています。(特養・やすらぎ:KT) ・勉強会を実施した後は、アンケートを提出してもらい、分析して、今後の改善に活用しています。(地域包括:TK) ・「ヘルパー業務標準チェックリスト」を活用したスキル向上を目指しており、今後の改善が期待されます。(ヘルパー:KT) ・サービス担当者会議の質を上げる活動は、ケアマネの能力向上と利用者満足に大きく貢献すると期待されます。(居宅支援:KT) ・デイサービス会議では、毎月利用者ヒヤリングを行い、利用者満足度も確認し合って、改善を進めています。(デイ・訪問入浴:KT) <p>「利用者満足度アンケート」はアセスメントツールとしての機能も果たしており、アンケートを通して把握できた個別ニーズを個別支援計画に反映していました。(全体:HK)</p> <p>短期入所部門において、直近2ヶ月のひやりはっと報告の件数が、それ以前に比べて大きく増加していました(10月:11件、11月25日現在:11件)。以前に増して、問題意識を持って業務に取り組んでいることが窺えます。(短期入所:HK)</p> <p>介護部門の負担感や対応力を考慮しつつ、利用者の施設入所ニーズにもタイムリーに応えることができるように、部門間の情報共有や相互理解、協力体制が構築されており、その結果として高い稼働率を維持しています。(相談科:HK)</p> <p>昨年から“看取りケア”の体制作りに取り組んでおり、利用者ニーズへの対応の幅が広がりつつあります。看取りケアを受けられた方のご家族からも感謝の声をいただいています。(介護科・看護科:KH)</p> <p>「看護日誌」がウェブ上で記録されるようになったことで、情報の共有化が促進され、以前よりタイムリーかつ適切なケアの提供ができるようになったようです。(看護科・介護科:HK)</p> <p>給食業務委託業者の管理状況(衛生面も含めて)は大変良好でした。(栄養科:HK)</p> <p>ダイレクトポスティングによる採用活動を行っています。介護職不足は今後ますます深刻化していくことが確実視されていますので、戦略的にリクルート活動に取り組むことは大変有意義です。(総務課:HK)</p> <p>いきいきネット支援相談センターの相談件数は、11月27日現在の段階で前年度比約50%増となっており、地域へのプレゼンテーション活動(周知活動)の成果が数字に表れています。(いきいきネット支援相談センター:HK)</p> <p>機能訓練科における目標管理は、4半期ごとの評価の際に、“新たな課題の抽出”“対策の見直し”ができており、目標管理のPDCAサイクルが回っていました。(機能訓練科:KH)</p>
<p>弱み</p>	<p>”内部監査””文書管理””製造及びサービス提供の管理””顧客所有物”が適切であるか懸念されます。</p>
<p>機会</p>	<p>”プロセスの監視及び測定””監視機器及び測定機器の管理””是正処置””ノロウイルス対策の実効性の強化””目標管理””アルコールチェッカーの管理””アルコールチェッカーの管理””個人情報保護法””給食業務委託先の評価””申し送り事項の確認・周知””リスク発生要因の抽出””相談事業における不適合事案の特定と対応プロセスの明確化””医療設備・機器の保守点検”に改善の余地があります。</p>
<p>脅威</p>	<p>発見事項はありませんでした。</p>

インターテックベンチマークモデル

以下の評価内容は全てのマネジメントシステムに当てはまるように一般的な内容となっており、審査員が修正することはできません。よって、解釈の一貫性と審査結果の標準化を世界的に考慮した内容になっています。御社の点数は審査チームの評価を元にしたベンチマーキングを目的としたものだけです。審査員が特別にコメントを追加した場合は各項目の欄に表示されます。

<p>マネジメント</p>	<p>規格の基本意図に適合している</p>
<p>以下について確認できる証拠が示されています - 経営者のコミットメント、顧客及び/或いは利害関係者の満足、方針及び目標についての知識・認識、責任・権限は文書化・理解され、そのことがデータとその傾向、関連するKPIによって裏付けられています。マネジメントレビューは実施されており、規格の基本意図を満足しています。</p>	
<p>内部監査</p>	<p>規格の基本意図に適合している</p>
<p>内部監査は計画された間隔でビジネスシステムの状態と重要性に基づいて実施されています。データは定期的収集されています。監査チームは十分に訓練されており、公平で客観的なアプローチで監査を行っています。監査報告書の内容は明快、簡潔で、監査所見に対応したアクションがタイムリーに取られています。</p>	
<p>是正処置</p>	<p>規格の基本意図に適合している</p>
<p>是正/予防処置のプロセスは規格に述べられている最低限の要求事項を満足しています。データは、顧客及び/或いは利害関係者からの苦情、内部監査、保証項目に関わる分析、不具合、内部指標及び供給者のパフォーマンスなどの情報源から収集されています。是正/予防処置プロセスには、取られた処置の有効性レビューも含まれています。是正/予防処置プロセスを支援するための問題解決ツールが利用可能であることが証拠付けられました。</p>	
<p>継続的改善</p>	<p>規格の基本意図に適合している</p>
<p>継続的改善を促進するためにデータが役立てられています。これにはマネジメントシステム方針、目標、監査結果、データの分析、是正/予防処置、マネジメントレビューなどのデータ利用が含まれます。</p>	
<p>運用管理</p>	<p>規格の基本意図に適合している</p>
<p>運用管理は計画、導入されています。計画は、それ以外のマネジメントプロセスの多くと整合性が取れています。目標、プロセス要求事項、適切な追加文書や資源の必要性、検証・監視活動、記録に対する要求事項が必要に応じ適切に決められており、プロセス及び活動は一貫性をもって実施されています。運用管理が適切かどうかを検証するために、いくつかのデータが収集され、改善傾向を確認しようとしています。</p>	
<p>資源</p>	<p>成熟している</p>
<p>マネジメントシステムの有効な維持及び改善に必要な資源が決定され供給されています。顧客及び/或いは利害関係者の満足、継続的改善、プロセスのバラツキの分野で改善が見られます。力量レベルが定義され、現在のマネジメントシステムの中で文書化・記録されています。</p>	

インターテックベンチマークモデル



評価値: 5=模範的レベルに達している 4=成熟している 3=規格の基本意図に適合している 2=初期段階にある 1=あいまいな状態にある

審査所見まとめ

	重大な不適合	軽微な不適合
今回の審査で出された審査所見の数	該当しません。	該当しません。
前回審査の審査所見で今回クローズされた数	該当しません。	該当しません。

改善の機会が特定されました:

はい

前回審査で提示された審査所見の状態

前回の審査で出された不適合に対するフォローアップ:

前回審査で是正処置は発行されていません。

前回の審査で提示された不適合でクローズできないもの:

いいえ

証拠の要約

マネジメントシステムの状態は以下に要約される:

KPI/指標を含む顧客のプロセス/機能領域についての審査の結論

顧客満足は、品質方針に掲げて、積極的に活動を進めています。大きな苦情の発生はありません。顧客満足度は、利用者満足度アンケート、法人情報、苦情事項等で把握されており、“良好”と認識されています。

審査の必須条件に関する結論

□経営者のコミットメント/マネジメントレビュー

マネジメントレビューは、年1回に計画され、直近で、平成27年10月1日に実施され、「マネジメントレビュー記録」に纏められていました。副施設長より、要求事項のインプット項目に対して、“職員間のコミュニケーション向上、品質目標の推進、文書管理等”、きめ細かいコメントが出されていました。

□品質方針と品質目標への展開/品質目標の達成状況と品質パフォーマンス(KPI、傾向分析、データ分析)及び継続的改善

品質方針(「つどう よりそう 満たされる」地域福祉の拠点となる施設づくりのため、特養・在宅・オール光明荘として、より丁寧でより誠実な質の高いサービス提供を行い、利用者、家族、地域の皆さまから信頼される事業運営を目指します。心身の状況に応じた食事や排泄など生活環境の充実、「心地よい関係づくりをめざして」コミュニケーション技術の向上、快適な住環境の整備に努め、利用者の皆さまに奸賊していただけるケアを行います。さらに職員一人ひとりが、より良いサービスの提供において品質マネジメントシステム(QMS)を導入し、利用者満足の上昇とシステムの継続的な改善に取り組みます。また、長年培ってきたノウハウを活かし、地域が求めるものを地域とともに作り上げ、より地域の中での役割を発揮し信頼を得る事業展開を図ります。)に対して品質目標が設定されて、各部署は「品質目標管理シート」にて達成度の管理を行っています。

データ分析は、「事故発生推移」「ひやり提出一覧」等で実施されて対応を検討されていました。

□内部コミュニケーション/監視・測定

コミュニケーションは、経営会議、担当者会議、安全管理委員会、栄養委員会、苦情解決・権利擁護委員会、ISO推進委員会、研修委員会、各職場の会議等により、密に実施されていることを確認できました。

□製品実現プロセスとそのパフォーマンス

「関係契約」「アセスメント」「ケアプラン」「モニタリング」「業務マニュアル」等の必要な書類は適切に管理されて、サービス提供が確実に実施されていることが確認できました。サービス提供のマネジメントシステムは、適切に運用されていました。

□内部監査プロセスとその有効性

年1回が計画され、直近では平成27年6月17日～9月2日に、「内部監査管理規定」に従って、実施されていることを確認しました。その結果、不適合30件、観察事項29件が検出されましたが、全て処置が完了している事を確認しました。

□是正処置/予防処置とその有効性

平成27年度(11月現在)は、是正処置(重大事故:骨折等)が7件発生しており、全て処置は完了していました。予防処置(ヒヤリはつとりポート)の発行は212件ありませんでした。

“ヒヤリはつと”の情報は、申し送り時に周知されてまいりました。

□資源の運用管理プロセスとその有効性

人的資源、インフラストラクチャー、作業環境は、適切に管理されていました。

□製品・サービスに「関する法規制の順守

審査を行った範囲内では、不適合は確認できませんでした。

前回審査のレビューおよび再認証審査前の最後の維持審査の場合はマネジメントシステムのパフォーマンスのレビュー

1段階審査にて、重大な懸案領域1件、及び軽微な懸案領域3件が検出されましたが、全て対応が取られていることを確認しました。

特定された改善の機会

■以下の発見事項については、不適合の潜在的可能性に相当するかもしれませんが、次回の審査にて対応状況を確認させていただきます。

4.2.3文書管理

「訪問介護業務マニュアル 平成24年4月」を確認しました。口腔ケアマニュアルが追加改訂されていましたが、改訂の承認者及び改訂日の記載がありませんでした。(KT)

8.2.2 内部監査

- ①「内部監査報告書(平成27年6月27日)」を確認しました。“是正処置”は平成27年9月10日に完了し、“是正処置の効果確認”が同日の平成27年9月10日とのみ記録されていました。“取られて処置の検証”が適切であるか懸念されます。(KT)
- ②「内部監査年間計画書」では、11部署に対して内部監査が実施されていました。特養介護科も他部門と同じ2時間の監査が実施されていました。規格で要求している“監査対象の重要性等の考慮”が実行されているか懸念されます。(KT)

4.2.3 文書管理

相談科では「送迎マニュアル」「選挙手続きマニュアル」等を作成していますが、作成日(改訂日)が明記されていませんでした。最新版管理が不十分だと、旧版と最新版が混在する可能性があります。(相談科:HK)

4.2.3 文書管理

せせらぎ棟で保管されていた「事故発生時の連絡・報告フロー(平成26年4月改訂)」は旧版のままでした。最新版の配布管理について改善の余地があります。(全体:HK)

7.5.1 製造及びサービス提供の管理

いきいきネット支援相談センターでは、「市町村におけるCSWの配置事業に関する新ガイドライン」に基づいて業務を行っています。実際には、自事業所特有の業務手順、定常業務が存在します。一人部署でもありますので、業務マニュアルや業務フローを整備しておくことが求められます。(いきいきネット支援相談センター:HK)

7.5.4 顧客所有物

短期入所部門では、利用者から現金を預かった場合は「ショート個人記録表」に“入所日”“退所前日”“退所日”の3回、預かり金の額を記載し、過不足がないかを確認しています。1名の利用者の記録を確認しましたが、“退所日”の金額の記載が合計4日分抜けていました。チェックの抜け漏れが常態化していなかを他の利用者においても確認するとともに、抜け漏れが起こらないように対策を講じることに改善の余地があります。(短期入所部門:HK)

■以下の発見事項は要求事項を満たしており適合ですが、さらにシステムを強化していく可能性が観察された事項です。

プロセスの監視及び測定について

「入れ歯チェックリスト」で、毎食後、“紛失の確認”をして記録に残していましたが、入れ歯管理の手順も変更して、過去数ヶ月、入れ歯紛失はないとのこと。確認作業を簡素化することに改善の余地があります。(KT)

監視機器及び測定機器の管理について

デイサービス・入浴の「塩素濃度測定記録表」を確認しました。11月3日 11:00の塩素濃度は、基準0.4mg/lに対して、0.3mg/lと記録されていました。塩素濃度が適切に管理されていたか懸念されます。(KT)

是正処置について

地域包括支援センターの「苦情解決結果報告書 平成27年8月25日」を確認しました。対応策欄に、“謝罪した”と記載されていました。発生原因を特定して、再発防止策を行うことに改善の余地があります。(KT)

ノロウイルス対策の実効性の強化について

感染症(ノロウイルス)の拡大防止対策として、吐瀉物処理の用具一式を各部門において備え付けていますが、職員が少ない夜間などでも冷静かつ適切に処置が行えるように、処理手順を明記したマニュアルも現場に持参できるように備え付けておくといでしょう。(全体:HK)

“介護科の共通目標”と“部門独自の目標”の一体的管理について

介護科の各棟・SSでは部門独自の目標を設定していますが、「目標管理シート」による目標管理は介護科の“共通目標のみ”を対象としていました。部門特有の課題に応じて部門独自の目標が設定されているのであれば、部門独自の目標も「目標管理シート」を用いて管理を行うと、目標管理の実効性がより高まると思われれます。(介護科:HK)

部門目標の設定について

部門目標の設定に際して、定量化に馴染まない目標の設定が必要になった場合や、定量目標にとらわれることで目標設定に苦慮する場合は、定性目標を設定しても特に問題はありません。ただし、定性目標を部門目標として設定する場合は、“スローガン”で終わることのないように、達成レベル(到達点)が分かるような状態や条件等を明確し、達成度を判定できるようにするとよいでしょう。(全体:HK)

アルコールチェッカーの管理について

送迎担当者が始業時に使用しているアルコールチェッカーについて、故障やセンサーの劣化のない状態で保持しておくための保守点検の方法(エタノールを含有・希釈した液体の利用等)を明確にし、定期的実施されるとよいかもしれません。(相談科:HK)

アルコールチェッカーの管理について

送迎業務の実施手順は「送迎マニュアル」に明確にされていますが、送迎時に発生する可能性があるリスクを特定するとともに対

応方法も明確にしておくといいかもかもしれません。リスクとしては、交通事故、車内での体調急変、お迎え時の自宅での異変(倒れていた等)、車内での嘔吐(感染症が疑われる場合)、乗降時のケガなどが考えられます。また、各ドライバーが送迎時に「送迎マニュアル」を活用できるように、各送迎車への備え付けも検討されるとよいでしょう。(相談科:HK)

個人情報保護法について

個人情報に関する「基本方針」「利用目的」は施設内に掲示しておくといいかもかもしれません。「福祉分野における個人情報保護に関するガイドライン」参照。(全体:HK)

給食業務委託先の評価について

栄養科では、新たに作成した「仕入れ先評価表 厨房業務チェック」を使用して給食業務委託先の評価を毎月実施する予定です。当様式は、各評価項目に対して“適”“不”の評価のみを行う内容になっていますが、業務改善機能を持つ様式になるように、“不”の評価があった場合に、“不可となった理由”“指導した内容”“指導に対する対応状況”等も記載できるようにするとよいかもしれません。(栄養科:HK)

申し送り事項の確認・周知について

ふれあい棟では、今月より「申し送りノート」にて申し送りを行っていますが、申し送り事項を確認したことを示すサインを記載するスタッフはごくわずかでした。“申し送り事項の確認・周知”に関するルールが曖昧な状況です。(介護科---ふれあい棟:HK)

リスク発生要因の抽出について

ふれあい棟の入所者は認知症の方が多く、他の棟より事故が起こりやすい傾向にありますが、ケアに直接かかわる時間が長い非常勤職員の今年度の「ヒヤリはっとレポート」の提出は1件のみにとどまっていました。部門独自の目標(「普段の様子をしっかりと見守る」とリンクさせるなどして、リスク発生要因の抽出(ヒヤリはっとレポートの起票)を促す工夫を講じるとよいかもしれません。(介護科---ふれあい棟:HK)

相談事業における不適合事案の特定と対応プロセスの明確化について

いきいきネット支援相談センターでは、ミスやクレーム等があった場合の対応の手順が不明確でした。どのような種類の不適合事案が発生した場合に、どの帳票(「苦情受付書」「リスク体験報告書」等)を起票して、その後の対応を行うのかを明確にするとよいでしょう。(いきいきネット支援相談センター:HK)

目標の達成度の評価について

いきいきネット支援相談センターの目標の一つに「CSW現任者部会としてのプレゼンを10回/年行う」の行動目標が掲げられています。達成度の評価を行う際は、“相談件数の増加率等(活動が相談件数の増加にどれだけ結び付いたか)”の指標と合わせて評価を行うとよいでしょう。(いきいきネット支援相談センター:HK)

医療設備・機器の保守点検について

看護科ではAEDの点検を毎月実施していますが、「AED点検表」は数年間使用されていませんでした。その他の医療設備・器具についても点検を行う必要があるものがないか確認されるとよいかもしれません。(看護科:KH)

著しい変化の影響(もしあれば)

該当しません。

追加情報/未解決課題

審査報告書の管理

報告書の対外使用はありませんでした。
審査報告書の誤解を招く使用も認められませんでした。

審査中のコミュニケーション/変更(もしあれば)

従業員数:216名⇒197名に19名減。

主任審査員の推奨事項

ISO9001:2008主任審査員の推奨事項

当該マネジメントシステムは審査基準に適合しており、目的・目標の達成に対して有効だと考えられます。よって、認証を推薦します。

その他のもしくは追加の審査チームリーダーの推薦事項

該当しません。

顧客の承諾

管理責任者氏名 および住所

副施設長
平井 慶子様

〒594-0031
大阪府和泉市伏屋町三丁目8番1号

承認者

荘長
田中 浩子様