

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 1 2 月 6 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 28 年 1 0 月 3 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ほほえみ八木 訪問介護事業所 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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1. 労働環境への配慮</p> <p>年 1 回全職員がチャレンジシート（法人内の他の事業所や職種への異動希望を記入したもの）を提出し、記載された第 1 第 2 希望までを管理者と面談を通して内容を確認されていました。その結果を踏まえ法人で異動を検討されることで、職員の新しい分野へのチャレンジの機会とされていました。</p> <p>2. 地域への貢献</p> <p>地域の高齢者サロンでレクリエーション体操の指導や、福祉教育の一環として地域の小学校にて車椅子体験学習を実施するなどの貢献をされました。また、地域住民を対象とした地域懇談会に参加し、意見交換を通して福祉ニーズの把握に取り組まれていました。</p> <p>3. 質の向上に係る取組</p> <p>月 1 回職員会議やチーム会議で、サービスの質の向上について検討されている他、年 1 回利用者満足度調査を実施し、職員会議で集約検討されていました。また年 1 回職員個別のチェックリストにより、挨拶、言葉使いやコミュニケーションの振り返りを実施し、次年度の研修内容の参考にされていました。</p> <p>京都府ホームヘルパー連絡協議会や南丹市訪問介護事業所連絡会に参加し、他事業所の取組みなど情報交換をされており、事業所としての向上心が伺えます。</p> <p>3 年に 1 回第三者評価を受診されていました。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. アセスメントの実施</p> <p>介護支援専門員の情報をもとに、初回のフェイスシートに簡略なアセスメントはありましたが、初回アセスメント以降は見直し、更新ができていませんでした。</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し</p> <p>計画通りにサービスが行われているか定期的にモニタリングを実施されていますが、個別援助計画の作成手順や見直し基準がなく、介護保険更新時や状態変化時の見直しのみになっていました。</p> <p>3. 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>苦情対応マニュアルを作成し、所定の報告書で報告・対応されていましたが、改善状況を公開する仕組みがありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. アセスメントの実施</p> <p>利用者の変化を捉え個別援助計画を作成する上で、アセスメントはとても重要になります。既定の様式はありませんが、利用者、家族の希望を踏まえ課題をとらえやすい様式を検討されてはいかがでしょうか。また定期的に見直す機会を持つことで、職員にアセスメントの理解や必要性を促すとともに、更新や変更があった時は、その都度日付、理由、経過等を残して置くことが望まれます。書面を作成するだけに留まらないように、一つひとつの手間がより利用者にとって意味のあることに繋がることを期待します。</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し</p> <p>個別援助計画書が、ヘルパー活動の原点となることを意識付けしていただくために、定期的（3ヶ月に1度）な見直し頻度や基準、作成手順を定めることをお勧めします。個別援助計画書にヘルパーの活動手順が組み込まれていることから、よりヘルパーの援助内容が統一され標準化されることで、利用者に喜ばれ、より質の高いサービス提供に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>意見・要望・苦情等に関しては、ホームページや機関紙「ヘルパー通信」で利用者の匿名性を確保しながら公開することで組織の透明性が図れ、それが利用者や家族、また近隣住民からの信頼の確保やサービス利用におけるの安心に繋がるのではないのでしょうか。</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	2673400038
事業所名	ほほえみ八木訪問介護事業所
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28年11月16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。	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、サービス精神や職員の心得を玄関や事務所に掲示し、身分証明書の裏面にも法人理念の記載や全体研修会で説明し周知に取り組みしていました。また、広報紙やパンフレットに理念を掲載し利用者や家族に理解を深めておられました。 2. 法人の会議（部長・課長・係長会議）や事業所の会議（職員・調整・チーム会議）などにより案件別の意思決定の仕組みがありました。また、処務規程により職務の内容や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. 法人の事業計画が策定され、平成27年から中長期計画として「発展強化プラン」が盛り込まれ平成31年までの組織強化の方向性が明示されていました。 4. 法人の事業計画に沿ってサービスの向上や職員の資質の向上に向けた事業所の計画が策定され、年2回進捗状況を確認されていました。		
(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。	A	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. 法人会議で法令遵守の研修が実施され管理者が事業所会議で伝えておられましたが、把握すべき法令についてリスト化されておらず法令をすぐに調べられる体制がありませんでした。 6. 職務規程により管理者の役割や責任が明確になっていました。また、年1回チャレンジシート（職員の就業状況の意向調査票）の提出時に面談をし、意見や要望を聞いておられましたが、管理者を評価する方法はありませんでした。 7. 管理者は外出時に携帯電話を所持し常に連絡が可能であり、業務予定表や記録で実施状況を把握されていました。また、緊急時の連絡表を整備し、管理者に指示を仰ぐ仕組みがありました。		

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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 人材育成の方針として、事業計画に「私たちの目指す職員像」を示し取り組まれていました。法人総務部で職員の採用、配置を管理されていました。また、資格取得支援としては研修の受講や受験日の勤務調整をされていました。 9. 職員の研修計画が策定され、段階的な研修体制（新任・中堅・指導職・管理者）として外部研修を主に実施されていました。また、事業所の年間研修計画（接遇、感染症、人権等）の研修を実施されていました。月1回ヘルパーの集いや面談で職員の気づきを促す体制がありました。 10. 実習受け入れマニュアルは整備されていましたが、受け入れの基本姿勢を示したものが無く、実習指導者の研修も受講されていませんでした。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇の管理は、課長と法人総務部で管理され希望があれば取得しやすいよう配慮がされていました。年1回チャレンジシートにより就業の意向調査を実施され、法人で検討されていました。また、育児・介護休業の規程も整備されていました。 12. ストレスチェックは実施されていましたが、メンタルヘルスの相談体制の周知がされていませんでした。福利厚生として法人で互助会を組織され、旅行や懇親会を開催し職員のリフレッシュに取り組まれていましたが、ハラスメントの規程が不十分で相談窓口などの記載もありませんでした。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		13. 社協広報紙「社協だより」（年3回）やヘルパー通信（年1回）を発行し、地域への情報発信に取り組まれていました。また、情報の公表制度の事業所情報を玄関に掲示しておられました。 14. 地域の高齢者サロンでレクリエーション体操の指導や、地域の小学校で車椅子体験学習などを実施し地域への貢献をされていました。また、地域住民を対象とした地域懇談会に参加し、意見交換を通して福祉ニーズの把握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、パンフレット、重要事項説明書、機関誌などを通して事業所情報を提供をされており、保険外サービスについての問合せ等についても適宜対応されていました。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書により、保険内・保険外サービスの内容や料金について説明し、利用者や家族、後見人がいる場合には同席を求め同意を得ておられました。しかし2割負担の利用料については、重要事項説明書に記載がなく、具体的な料金の明示がされていませんでした。			
(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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17. 介護支援専門員の情報をもとに、初回のフェイスシートに簡略なアセスメントはありましたが、初回アセスメント以降は見直し、更新ができていませんでした。 18. 個別援助計画は、サービス担当者会議において利用者、家族の意向、希望を確認して個別援助計画を策定し、同意を得られていました。 19. サービス担当者会議には必ず出席し、医師や看護師等、多職種の意見を反映させた個別援助計画を策定されていました。 20. 計画通りにサービスが行われているか定期的にモニタリングをされていますが、個別援助計画の作成手順や見直し基準がなく、介護保険更新時や状態変化時の見直しのみになっていました。			
(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. サービス担当者会議や退院前カンファレンスに参加し、介護支援専門員や医療機関と連携されていました。緊急性の高い事例については関係機関が集まりケース会議を通して連携を図っておられました。			
(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	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。	B	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. 業務マニュアルを作成し、法人内で統一したサービス提供ができるように、今年度大幅に改訂されていました。年1回見直しにあたり、基準が定められていませんでした。 23. 利用者の記録は、個人情報保護のため鍵のかかるロッカーで保管されていました。記録の保管や持ち出し規定はありましたが、廃棄の規定がありませんでした。 24. ヘルパーからの報告、毎朝のミーティング、毎月のチーム会議により利用者の情報を共有されていました。また申し送りは口頭だけでなく、書面でヘルパー全員に配布し共有されていました。 25. 利用者状況については、連絡ノートや活動記録票を活用し、家族や複数事業所と情報交換を行う体制がありました。			
(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	B
	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. 年1回職員の理解や意識付けのため職員研修を行い、全ヘルパーに対し、携帯用手指消毒剤やマスク、吐物処理キットを配布されていました。また感染症対策マニュアルを整備されていましたが、マニュアル更新に関する記録はありませんでした。 27. 事務所内は清潔を心掛け、毎日定期清掃を行い衛生管理に努めておられました。		
(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	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)		28. 事故緊急時マニュアルを作成され、緊急連絡網にて指揮指令系統が明確になっていました。年1回救急救命講習や、介護技術の向上に繋がる職員研修が行われていました。 29. 事故緊急時マニュアルに基づいて、事故報告書やヒヤリハット報告書を作成し、チーム会議で事故再発防止に活用されていました。 30. 自然災害対応マニュアルを整備し、避難訓練を実施されていましたが、地域との連携を意識した訓練は行っていませんでした。		

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
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. 日々のサービス提供での振り返りは事業所のチーム会議で検討されていました。 32. 年間研修(プライバシー保護・介護技術)で適切なサービス提供に努めておられました。 33. サービスの申込は断らないという方針で、遠方まで訪問されていました。また、受入れが困難な場合は介護支援専門員に相談し他事業所を紹介されていました。		
(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。	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	A

	(評価機関コメント)	34. 玄関に意見箱を設置し、訪問時面談や連絡票、連絡ノートで意見・要望の集約に取り組まれていました。また、玄関に第三者委員の連絡先が掲示されていました。 35. 苦情対応マニュアルを整備し、実際の苦情等のご意見は職員会議で報告・検討をされていましたが、苦情の内容や対応についての公開はされていませんでした。 36. 第三者を含む公的機関の相談窓口の連絡先は、重要事項説明書に記載され、玄関にも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てている。	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)	37. 年1回利用者満足度調査を実施し、例えばヘルパーの掃除の仕方についての意見について、職員会議で集約検討され改善に取り組まれていました。 38. 毎月職員会議やチーム会議で、サービスの質の向上について検討されていました。また、南丹市訪問介護事業所情報交換会に参加し、他事業所の取組みの情報を収集し検討されていました。 39. 年1回職員個別のチェックリストにより、挨拶、言葉使いやコミュニケーションの振り返りを実施し、次年度の研修内容の参考にされていました。また、3年に1回第三者評価を受診されていました。		