

アドバイス・レポート

平成28年2月16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月12日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ホームヘルプステーションであい様につきましては、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 (※)	継続的な研修・OJTの実施 ・研修計画が体系的(経験年数別)に確立されており、外部研修にも積極的に派遣されていました。また、月に1度開催される「ぴあ研修」(法人の委員会活動が主催)などの活用もされ、互いに学び合う勉強会も開催されており、職員の質の向上に取り組まれていました。 地域への情報公開 ・地域との繋がりを大切にされており、「おせっかいカフェ」と称し、地域の子供から大人、障害のある方や認知症の方など、様々な方の居場所づくりを目的に開催され、積極的に事業所の情報を公開されていました。 感染症の対策及び予防 ・組織を挙げて取り組むべき課題として感染症対策のマニュアルを作成し、感染委員会を通じて全体で研修を行うとともに、サービス提供前後の手洗いやマスク着用の励行など、感染症対策が確実に行われていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	事業計画の策定 ・単年度の事業計画は作成され、半期ごとに評価は行われていましたが、中・長期計画は作成されていませんでした。 アセスメントの実施 ・独自のアセスメントシートにて初回にアセスメントを作成されていましたが、定期的な見直しは行われていませんでした。 評価の実施と課題の明確化 ・訪問介護としては、第三者評価の3年に1回の受診はされておらず、組織としての自己評価の仕組みや、次年度の事業計画に反映する仕組みがありませんでした。

具体的なアドバイス	事業計画の策定 ・事業所では単年度の計画が立てられ、年度途中の評価等も行われていますが、中・長期（３年・５年）の計画を明確にされることで、事業所全体や職員の目指す方向性が、より明確になり目標を設定しやすくなるのではないのでしょうか。事業所単体での策定が難しいようであれば、法人の同一建物事業所と共に策定されてはいかがでしょうか。 アセスメントの実施 ・訪問介護計画を作成する上で、定期的なアセスメントは重要な位置を占めます。利用者の変化をアセスメントを行うことで捉えることができ、適切な計画が策定できるのではないのでしょうか。計画策定に向けてアセスメントから利用者の希望を踏まえた課題が抽出しやすいよう様式を検討することで、より活用できるシートとなるのではないのでしょうか。 評価の実施と課題の明確化 ・自主点検表のほか、単年度ごとに事業（サービス提供状況）を評価することで、次年度の事業計画が、より実情に即したものになるのではないのでしょうか。その評価の方法のひとつとして第三者評価の定期的な受診をおすすめします。
------------------	---

※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	2610105278
事業所名	ホームヘルプステーションであい
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	2016年1月29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) 理念は事務所内に掲示されていました。また全職員に配付されているマニュアルにも記載され、毎月行われる運営会議でも、毎回確認がされていました。利用者、家族、一般の方向けに、ホームページや年4回発行の広報誌「都の風」で周知を図っておられました。 2) 月2回の管理者会議（法人の各部門の代表者が出席）に管理者が参加し、決定された内容や、各部門の動き等が共有されていました。運営会議に参加できない職員には、議事録を全員に配布し、周知を図っておられました。			
(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	B
	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) 利用者・家族へのアンケートは実施され、サービスに対する課題は明確になっていましたが、中・長期計画が作成されていませんでした。 4) 年度毎に管理者により課題が設定され、半期に一度、管理者と主任にて、到達度が評価されていました。			
(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) 関係法令集は正職員だけでなく、登録ヘルパーなどもわかりやすいように、キャビネット内に設置されていましたが、リスト化はされていませんでした。法令の変更時などは、全職員を対象に勉強会が行われていました。 6) 管理職により年2回個人面接が行われ、各職員が事業について意見を述べる場は設けていましたが、管理者自身を評価される仕組みはありませんでした。 7) 緊急連絡網が作成され、事故又は緊急時には、具体的な指示が行われていました。
--	--	------------	---

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。	A	A
(評価機関コメント)		8) ホームヘルパー就業規則の中に採用基準が明確に記載されており、法人本部職員と現場管理者の2名にて、採用時面接が行われていました。 9) 法人規定に基づいた、経験年数別研修計画が作成されている他、ぴあ研修（法人で行われている委員会活動主催の研修）も行われていました。また介護福祉士や介護支援専門員の資格取得に対しての研修費の事業所負担を行われていました。 10) 実習生受け入れマニュアルが整備され、随時実習生を受け入れる体制を作るため、指導者に該当する職員が積極的に外部研修へも参加されていました。		

(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) 有給休暇や就労状況については法人本部にて一括管理されており、その内容は運営会議（ヘルパー会議）にて周知をされていました。訪問時に福祉用具（携帯用洗髪用具）を導入され、職員の身体的負担が軽減されていました。 12) 年に2回の面接に加え、随時上司に相談できる体制が確立されていることが、ヒアリングからも聞き取れました。また、法人全体を対象としたスポーツ大会などが主催され、職員の交流など福利厚生に力を入れておられました。		

(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	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) 法人が商店街で開催している「おせっかいカフェ（地域対象）」に、ホームヘルパーも参加し、地域との交流を深めていました。また、年4回発行の機関誌「都の風」は全利用者に配付される他、法人の窓口などにも設置されていました。 14) 「おせっかいカフェ」にて、商店街を利用される方を対象に「認知症サポーター講座」などを開催されていました。		

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
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	B
	(評価機関コメント)		15) 法人全体のパンフレットやホームページはわかりやすく作成されていましたが、事業所独自のリーフレット等はありませんでした。問い合わせ等の対応については記録として残っていませんでした。			
(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。		B	A
	(評価機関コメント)		16) 重要事項説明書を活用して利用者に料金を説明されていました。また、保険外の自費サービスについても別途契約書で料金の説明を行い、同意を得ておられました。権利擁護や後見人等と契約を結んでいる対象者はおられませんでした。対応、提案できる体制は作られていました。			
(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	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。		A	B
	(評価機関コメント)		17) 独自のアセスメントシートにて初回にアセスメントを作成されていましたが、定期的な見直しは行われていませんでした。 18) 居宅サービス計画書に基づき、訪問介護計画書を作成されていました。サービス担当者会議に参加し、利用者、家族の希望を聞き取っていました。 19) 訪問介護計画は、サービス担当者会議や、介護支援専門員を通じて専門家の意見を反映し策定されていました。 20) 毎月サービス提供責任者が自宅を訪問しモニタリングを実施されていますが、計画を見直す基準がなく、定期的な見直しがされていませんでした。			
(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) 介護支援専門員を通じて、医師や関係機関と連携したり、退院前カンファレンスにも参加されていました。			
(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	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) 業務マニュアルや個別に手順書を作成されていました。チェックシート方式のヘルパー活動自主点検表を活用し、マニュアル通りに業務遂行ができているか確認されていました。マニュアルは年1回更新をされていましたが、見直しの基準はありませんでした。 23) 利用者一人ひとりの記録を整備し、個別援助計画に沿ってサービス提供状況を記録されていました。個人情報の取り扱いについての職員研修は実施されていました。 24) 利用者の状況や支援内容については、日報、朝礼、運営会議（ヘルパー会議）等で意見交換し、確認する場を設けておられました。 25) 月1回以上はサービス提供責任者が自宅を訪問し、意見交換を行っておられました。独居等で家族が別に住んでいる場合は、適宜連絡を取りあったり、介護支援専門員を通じて報告する体制がありました。		
	(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	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) 感染防止対策マニュアルを作成し、月1回の感染委員会で最新の情報に随時更新されていました。勉強会の実施や流行に応じて職員への啓発、マスク着用、手洗い遂行等、感染委員会が中心になり対応されていました。 27) 毎日職員で分担して清掃し、事業所内は清潔に保たれていました。		
	(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	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) 緊急時、事故対応のマニュアルや緊急連絡網が作成されていました。事故対策委員会を中心に、事故の再発防止や研修を実施されていました。車両事故の実例を通して、全職員を対象に研修が企画されていました。 29) 発生した事故等に関しては、発生から利用者家族への報告の経緯が記録として作成され、再発防止について運営会議（ヘルパー会議）で話し合いが行われていました。 30) 災害時対応マニュアルを整備し、指揮命令系統も明確にして年2回消防訓練を実施されていましたが、地域と連携を意識したマニュアルにはな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) 各種マニュアルを整備し、利用者の人権尊重や高齢者虐待、身体拘束に関する勉強会を実施していました。 32) 運営会議(ヘルパー会議)にて職員への意識付けや勉強会を実施し、プライバシーの保護について周知されていました。 33) 受入側の人間的な理由で新規申込みが受けられないこと以外は、全ての利用希望者を引き受けていました。		
(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てている。	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) モニタリング訪問時に面談する他、請求書にアンケートを同封し、匿名で意見、要望を拾い上げていました。運営会議(ヘルパー会議)にて、出された意見についてグループワークを行って検討されていました。 35) マニュアルを整備し、苦情相談記録報告書にて対応経過や報告されていました。意見箱に入っていた匿名のご意見について、改善策を事業所に貼り出しされていました。 36) 第三者及び公的機関の相談窓口は、重要事項説明書への記載と掲示がされていました。	
(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。	B 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。	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。	B C
	(評価機関コメント)		37) 年に一度は利用者・家族に対し、アンケート(選択、自由記述式)を実施し、結果を元に、運営会議(ヘルパー会議)で話し合いを行っていました。調査前後でどのようにサービスが改善されたかの確認する仕組みはありませんでした。 38) 毎月サービス向上委員会を行い、独自のチェックシート(ヘルパー活動自主点検表)を用い職員の接遇やマナーについて評価されていました。また、その結果を基に、びあ研修が開催されていました。 39) 組織としての自己評価する仕組みや、次年度の事業計画に反映する仕組みは確認できませんでした。第三者評価も3年に1回受診されていませんでした。	