

アドバイス・レポート

平成29年4月27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29年1月31日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた本能事務所につきましては、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>○評価の実施と課題の明確化 サービスの質の向上の為、本能事務所としてほぼ毎年第三者評価を受診されており、そこで示されたアドバイスレポートの内容をふまえ、次年度の事業運計画を策定し、課題の明確化を図り、サービスの質の向上に向けての運営を心がけておられます。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 新規採用者、採用後も定期的（3年・5年）な研修を実施されています。ヘルパー個別の「ヘルパー会議報告ノート」を作成し、法人の理念や運営方針の周知とともに、個人の目標設定や研修の振り返りが行われ、上司による助言も行われています。継続的な研修を受けることで技能や質の向上につながっています。</p> <p>○労働環境への配慮 時間単位での休暇取得も可能であり、働きやすい環境があります。超過勤務が過重にならないように管理されており、夜間は留守番電話にする等、労働環境への配慮が行われています。腰痛ベルトが給付され身体的負担軽減への配慮も行われています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○個別援助計画等の見直し 3ヶ月に1度のモニタリング訪問は実施されていましたが、モニタリング票への転記が十分とはいえませんでした。</p> <p>○災害発生時の対応 緊急災害時行動マニュアルを整備し、職員の緊急連絡網は作成されていますが、地域との連携を意識したものまでにはなっていません。</p> <p>○マニュアルの見直し 法人でマニュアルの見直しを行っているとのことでしたが、定期的な更新が確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本能事務所は「地域とのきずなを大切に、信頼される事務所を目指そう」を2016年度のスローガンに掲げ、行動目標を設定されていました。地域包括ケアの推進の為、多職種連携の必要性を視野に入れたサービスの提供を目指し、利用者様の希望に沿ったサービス提供に向けて、介護技術、サービスの質の向上を目指しておられます。年に2回、職員のヒアリングを実施し、年度初めに作成する年間スローガンの作成に当たっても職員からの意見を集約しています。</p> <p>今後もサービス協会の「くらしに笑顔と安心を」の理念に基づき、更なるサービスの質の向上を期待し、アドバイスさせていただきます。</p> <p>○定期的及び必要に応じて個別援助計画等の見直しが行われていますが、モタリング票への記載が十分とは言えませんでした。認知症高齢者や高齢世帯において在宅生活の状況把握については、訪問介護の方の気づきが大変重要になります。計画書見直しの有無にかかわらず、訪問介護事業所としての気づきをモニタリング票に記載し、多職種連携を意識し介護支援専門員へ情報提供や課題の提起などされてはいかがでしょうか。</p> <p>○災害発生時の対応 緊急災害時行動マニュアルを整備し、職員の緊急連絡網は作成していますが、利用者のリストは作成していませんでした。身よりのない方や緊急対応が必要な方などの利用者の状況を速やかに把握できるリストを作成されてはいかがでしょうか。また、併設の施設は福祉避難所としての事前指定を受けています。地域の防災訓練に参加するなど地域連携に向けて、地域との関係を構築されてはいかがでしょうか。</p> <p>○業務マニュアルをはじめ、緊急対応マニュアルなど整備され、本部では見直しを行っていますが、事業所としての更新の日付が確認できませんでした。事業所内でも定期的に見直しを実施するとともに、見直しを実施した日付を記載されることを期待します。</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	2670300041
事業所名	本能事務所
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年3月13日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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	B
	(評価機関コメント)			1. 本部で作成した理念、運営方針に基づいて、事業所の職員に意見を求めながら行動目標など年間スローガンを策定し、朝礼やヘルパー会議にて周知し、事務所内にも掲示しています。また、理念や運営方針を記載した用紙を身分証明書と一緒に持ち歩き、サービス提供時に意識するように周知しています。 2. 理事会、事業運営会議、エリア会議、事務所会議、チーム会議を定期的に行い、組織の透明性を図っています。在宅相談員業務マニュアルに業務権限と責任分担を明記していません。		
(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。	B	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。	B	B
	(評価機関コメント)			3. 「地域とのきずなを大切に信頼される事務所をめざそう！」という平成28年度のスローガンの下、各自が個人目標を立てて行動していますが、職員の意向を反映する仕組みが組織的に行われているとは言えません。 4. 職員には年2回ヒヤリングを行っています。ヒヤリングの内容を記録し、実務のフォローをしていますが、個人目標の達成状況の確認や見直しできていません。		
(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組みを行っている。	A	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	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. 倫理綱領を定め倫理研修を行ったり、法令遵守を徹底するよう、登録ヘルパーを含めた全ヘルパーに対して年2回研修を行っています。 6. 職員間の風通しはよく、職務状況の把握はできています。年2回のヒヤリングを実施し、意見集約に努めていますが、所長自らの行動が職員から信頼を得られているかを把握・評価・見直しをする方法がありません。 7. 職種ごとに統括責任者を配置し、管理職と連携を取り、状況把握を行っています。携帯電話を持ち、常に管理者と連絡をとれる体制があります。		

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. 職員やヘルパーの採用基準を設け、介護福祉士や介護支援専門員の受験資格のある職員には受験対策を実施する等、資格取得支援を積極的に行っています。受験料、登録料などの支援も行っています。 9. 新採職員には、法人の研修ノートを活用しながらプリセプターシップ研修を行い、指導しています。また、採用後も一定年数（3年、5年）で研修を行い、自己啓発の為に外部研修費用の負担による支援も行っています。 10. 実習受け入れについてのマニュアルを整備していますが、実習指導者への研修は実施していませんでした。			
(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. 育児休暇の取得実績があります。時間単位での有給取得が可能であり、働きやすい環境となっています。また、腰痛ベルトの給付を行い、身体への負担軽減に取り組んでいます。 12. 保健師に相談できる仕組みがあり、必要に応じて産業医への相談もできます。福利厚生会や共済会などの福利厚生制度があります。休憩場所については、施設内にあるために十分なスペースの確保が難しく、職員がリラックスできる環境とは言えませんでした。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		13. 法人ホームページや第三者評価支援機構のサイトで事業所の情報を開示しています。機関誌「きょうほのぼの」を年4回発行し、関係事業所や利用者に配布しています。 14. 地域連絡会議や地域ケア会議に出席し、事業所の情報を発信しています。法人主催の事業には参加していますが、訪問介護事業所独自の相談事業などは行っていません。			

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、重要事項説明書、「ご利用のしおり」などにより情報提供を行っています。「ご利用のしおり」に相談員の氏名を書く欄を設け、読みやすくわかりやすいものとなっています。			
(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. サービス利用開始に当たっては、契約書や重要事項説明書により説明を行っています。計画書にも1ヶ月の利用料金の概算を記載し、本人の判断能力によっては代理人の同席を依頼しています。			
(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	A	
	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. 面談時に聞き取りを行い、アセスメント票を作成しています。更新時や身体状況に変化があった場合は再アセスメントを実施しています。退院時にはカンファレンスに参加し、医療ニーズの把握に努めています。 18. 訪問介護計画書は、利用者本人等の希望を踏まえて作成し、同意を得ています。サービス担当者会議で本人や家族の意向も聴いています。 19. 退院時、カンファレンスに参加し、看護サマリーなどにより医療情報を取得しています。居宅介護計画書との整合性を図り、個別援助計画を策定しています。 20. 3ヶ月に1度、サービス提供責任者が自宅を訪問し、サービス提供報告書の確認とモニタリングを行っているとのことですが、モニタリング票への記載が不十分でした。			
(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. 「緊急通報時ご利用者情報カード」を作成し、主治医や緊急連絡先、担当ケアマネジャーなどを記載し、個別ファイルや利用者宅のファイルに保管し、連携体制や支援体制を確保しています。			

(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。	B	B
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. 職種ごとに「業務マニュアル」「緊急対応マニュアル」「個人情報保護マニュアル」「ヘルパーハンドブック」等を整備しています。制度の変更時は必要に応じて見直しを行っていますが、定期的な更新が確認できませんでした。 23. 個人情報の保管については個人情報保護規則により執務基準を定めています。原則、ファイルの持ち出しは禁止しており、施錠できるキャビネットに保管しています。「協会職員が知っておく個人情報の基本」という携帯用の冊子を配布し、個人情報の保護について周知しています。 24. 必要に応じて手順書を作成し、必要事項はサービス提供報告書で情報共有を図っていますが、定期的なカンファレンスの開催は行っていません。 25. サービス導入時には家族の同席を依頼し、必要に応じて電話やメールにて連絡をとっています。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		26. 「感染症マニュアル」を策定し、毎年研修を実施しています。必要に応じて利用者宅や事務所に使い捨て手袋などを常備し、二次感染防止に努めています。 27. 執務室や給湯室は職員が輪番制で掃除をし、施設との共有部分については外部委託していますが、施設から外部委託している為、訪問介護事業所に対しての業者からの点検表を確認できませんでした。		

(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. 「緊急対応マニュアル」を整備し、ヘルパー会議で「緊急対応の研修」を実施しています。また、年に1～2回、施設で行われる避難訓練に参加しています。 29. 今年度、保険者に報告する事案はないとのことでした。物損事故や介護事故については、ヘルパー会議で情報共有し、再発防止に努めています。 30. 「緊急災害時行動マニュアル」をし、職員の緊急連絡網を作成していますが、訪問事業所として地域との連携を積極的に図るところまでできていません。		

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. 「高齢者虐待防止マニュアル」を策定し、虐待や人権などについて年1回は倫理研修を行っています。また、年1回利用者アンケートを実施し、サービス提供時の人権や尊厳の保持について確認、検討しています。 32. プライバシーへの配慮について、研修を実施し、朝礼やメールを通じて意識付けを行っています。 33. 新規依頼について、ヘルパーの確保が可能であれば断らないようにしています。喀痰吸引などの研修を受講し、対応できる体制となっています。			
(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	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. 年1回の利用者アンケートやモニタリング訪問で意向を拾い上げ、ヘルパー会議やチーム会議で情報共有しています。 35. 「苦情対応マニュアル」に基づき報告書を作成し、対応の検討を行っています。機関誌「きょうほのぼの」にてアンケート結果を公開していますが、改善状況についての公開がありませんでした。 36. 「第三者委員会」を設置し、重要事項説明書に明示して契約時に説明を行っています。また、事務所入り口にも掲示し、周知を図っています。			
(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	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. 毎年利用者アンケートを実施し、アンケート結果について検討しています。記名のある意見については、サービス提供責任者が訪問時に検討内容などを説明し、質の向上を図っています。 38. 各職種の統括責任者会議やエリア会議でサービス向上について検討し、理事会会議録も含め所内で供覧し全職員に周知しています。 39. 併設事業所を含むとほぼ毎年、第三者評価を受診し、課題を明確化して次年度の事業計画に反映しています。法人内の危機管理部で内部監査を行う仕組みとなっています。			