

様式 7

アドバイス・レポート

令和元年 8 月 30 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

令和元年 7 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたヘルパーステーション グレース様につきましては、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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>管理者等による状況把握</p> <p>携帯電話の所持のほかチャットシステム（インターネット上でのリアルタイムコミュニケーションソフト）の活用し、随時情報伝達を行っていました。また、このチャットシステムには研修案内や電話連絡の内容等あらゆる情報を載せることができるため情報伝達の漏れを防いでいました。また、職員間の情報共有速度が上がりコミュニケーションにも有効な手段となっていました。</p> <p>労働環境への配慮</p> <p>有給休暇消化率や時間外労働をデータ管理しており、過去の出勤データをもとに各月の出勤予測をたて、時間外労働を低減調整する仕組みを事務部門で作っていました。また、職員の疲労回復を目的としたマッサージチェアも設置していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>事業計画の策定、業務レベルにおける課題の設定</p> <p>介護サービスの質の向上に向けた課題の明確化や計画の立案ができていませんでした。また、現状の把握や課題設定ができていないため、定期的な確認や見直しもしていませんでした。</p> <p>業務マニュアルの作成</p> <p>職員採用は有資格者のみであり、一定の技能を有しているため、業務に関するマニュアルが必要ないと判断し、整備していませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>事業計画の策定、業務レベルにおける課題の設定</p> <p>サービスの質の向上を図るためには、社長一人が自事業所の課題や評価できる点を把握しているだけでなく、職員一人ひとりが当事者としての意識を持ち、具体的な目標に向かって取り組む必要があります。</p> <p>そのために単年度の事業計画、そして3年後5年後にどのようなサービスを展開するのかを明記した中長期計画の作成が必要になります。</p> <p>具体的な事業計画を作成することで、見直しや評価等、組織の現状分析も行え、取り組むべき課題や問題点を明らかにできます。</p> <p>ぜひ、全職員が共有し評価や分析が出来る事業計画を作成されてはいかがでしょうか。</p> <p>業務マニュアルの作成</p> <p>基本的なケアの手順や技術については、経験や資格取得によって一定のものを身につけていると思われがちですが、経験してきた事業種別や学んだ課程、経験年数によって違いがあるものです。利用者本位のケアで考えたときにも、支援する介護職員によってサービスの質や対応が異なるというのは良いものではありません。</p> <p>事業所として基本的な手順や方法を定めることにより統一したケアの拠り所になるほか、万が一介護事故が起きたときにも、事業所が把握する手技であった場合には職員を守る事にもなります。さらには新入職員が入職する時の資料としても活用できます。</p> <p>ぜひ、標準業務マニュアルを作成されてはいかがでしょうか。</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	2670701677
事業所名	ヘルパーステーション グレース
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)	
訪問調査実施日	令和元年8月5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。	B	B	
	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思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	C	C	
	(評価機関コメント)		1. 理念及び運営方針を玄関（外側）に掲示していました。また、利用開始時に理念・運営方針を記載したパンフレットを配布することで、利用者や家族に理解が深まるようにしていました。 しかし、理念及び運営方針が職員全員に浸透する取組みはできていませんでした。 2. 運営に関する会議を開催していませんでした。組織としての意思決定はトップダウン方式であり、職員の意見を反映する仕組みがありませんでした。また、職務権限や各責任を規定していませんでした。			
	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	C	
	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	C	
	(評価機関コメント)		3. 介護サービスの質の向上に向けた課題の明確化や計画の立案ができていませんでした。 4. 現状の把握や課題設定ができていないため、定期的な確認や見直しもしていませんでした。			
(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。	B	C	
	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。	B	A	

	(評価機関コメント)	<p>5. 顧問弁護士、社労士と連携し、遵守すべき法令の情報を入手していました。関係法令のDVDを活用し職員に周知していましたが、管理者は法令遵守に関する研修に参加していませんでした。また、介護保険法令の書籍を事務所内の書籍棚に置き、いつでも閲覧できるようにしていましたが、関係法令のリスト化はできていませんでした。</p> <p>6. 管理者の役割について明文化していませんでした。職員の意見を聞く機会ヘルパー会議で行っていましたが、会議録等の記録がありませんでした。また、管理者自らを評価する仕組みがありませんでした。</p> <p>7. 管理者は携帯電話を所持するとともに、チャットシステム（インターネット上でのリアルタイムコミュニケーションソフト）を活用し、全職員に連絡・周知が常に行える仕組みとなっていました。</p> <p>社長（管理者の上司）は事業の実施状況を業務日誌「日々のケア記録」で把握していました。</p>
--	------------	--

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	B
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。	C	B
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	C
(評価機関コメント)		<p>8. 常勤採用の条件として、非常勤で採用し適正能力を3ヶ月以上経過した後判断するとの基準を設けていました。</p> <p>業務上必要な資格取得支援について社内規程を整備していませんでしたが、社長自ら各職員の力量を加味し個別に資格取得のための研修費用を施設負担にしたり出勤扱いで研修に参加できるようにしていました。</p> <p>9. 階層別の研修計画を立てていました。また、研修情報もチャットシステムを活用してタイムリーに全職員へ発信していました。</p> <p>毎月1回開催するヘルパー会議内で勉強会を実施しているとのことですが実施記録がありませんでした。</p> <p>10. 実習受け入れに関するマニュアル類がなく、実習指導者に対する研修も実施していませんでした。</p>		

(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。	B	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)		<p>11. 有給休暇消化率や時間外労働をデータ管理しており、過去の出勤データをもとに各月の出勤予測をたて、時間外労働を低減調整する仕組みを事務部門で作っていました。また、職員の疲労回復を目的としたマッサージチェアも設置していました。</p> <p>12. 産業医による定期健診のほか、社労士に業務上の相談ができる体制となっていました。福利厚生制度においてもアウトソーシングしているとともに事業所の交流会（月1回）も事業所負担で実施していました。しかし、ハラスメントに関する就業規則への記載内容がパワーハラスメントのみとなっており、セクシャルハラスメント及びマタニティーハラスメント等ほかのハラスメントの記載がありませんでした。</p>		

(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。	B	B
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。	C	C
(評価機関コメント)		13. 最寄り駅にパンフレットを設置するほか、地域行事（地藏盆）へ参加し広報紙の配布をしていました。しかし、情報の公表制度を自ら開示していませんでした。 14. ヘルパーステーションとして有する知識や技術等を、地域貢献として地域に還元する仕組みがありませんでした。		

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

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. パンフレット及びホームページ上でサービスの内容等を開示していました。また、利用者からの問い合わせに関してもチャットシステムに入力することで全職員が共有できるほか、キーワード検索により過去の情報も見つけることができるようになっていました。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書の同意は書面で得ていましたが、料金表示に2割負担や3割負担の記載がありませんでした。また、保険外サービス料金の根拠の記載がありませんでした。 権利擁護・成年後見制度について利用者へ説明するための行政資料やパンフレットがありませんでした。		

(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。	B	B
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。	B	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. 所定のアセスメント様式を用いて専門職と連携し情報収集をしていました。しかし、アセスメントを定期的に実施していませんでした。 18. 訪問介護計画書は利用者の同意を得ており、サービス担当者会議には本人同席で出席していました。しかし、アセスメントのニーズと訪問介護計画書のニーズが異なっていました。 19. 事業所内の訪問介護計画書策定にあたっては、各専門職からの意見を基に作成していました。サービス担当者会議にも参加し関係者の合議により訪問介護計画書を作成していました。 20. モニタリングは毎月実施しており、見直しの際には専門職の意見照会を行っていました。しかし、訪問介護計画書の見直し及び変更に関して、見直し時期や手順を定めていませんでした。		

(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。	C	A
(評価機関コメント)	21. 行政のホームページを活用し、関係機関へ連絡を取っていました。また、右京区事業所連絡会に参加することで、関係機関との情報共有や意見交換など連携を図っていました。			
(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。	B	C
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。	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。	B	A
(評価機関コメント)	22. 職員採用は有資格者のみであり、一定の技能を有しているため、業務に関するマニュアルが必要ないと判断し、整備していませんでした。 23. 日々のケアに関する記録はインターネットに接続できる記録ソフトを使用しており、訪問先からスマートフォンで必要な情報が記録出来るようになっていました。しかし、利用者の記録の保存・保管・廃棄など、文書管理に関する規程が定められていませんでした。 24. チャットシステムを活用することで全職員が情報共有できる仕組みがありました。しかしチャットシステムにあがった意見を集約する仕組みはありませんでした。 25. 同居家族には訪問時に情報交換していました。さらに、同居家族以外へも連絡したり定期的に訪問して情報交換を行っていました。			
(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)	26. 感染症に関するマニュアルを作成し、内部研修も実施していましたが、マニュアルの更新が出来ておらず、最新の情報ではありませんでした。 27. 担当を決めるのではなく、職員一人ひとりが整理整頓・衛生管理を意識するようにし、職場内はきれい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。	B	B
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。	C	B
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。	C	B
(評価機関コメント)	28. 緊急時の連絡体制を明確にし、事故・緊急時のマニュアルも作成していましたが、マニュアルを活用した研修や訓練は実施していませんでした。 29. 事故報告書を作成し、本人、家族や関係者に説明していますが、事故の分析を行っておらず、マニュアルの評価・見直しなどにも活用していませんでした。 30. 災害対応マニュアルを作成していましたが、マニュアルに基づいた訓練は実施していませんでした。			

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。	B	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。	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		31. 人権・尊厳保持について、理念・運営方針に反映しているほか、人権及び虐待防止についての研修は年1回実施していました。 32. プライバシー・羞恥心の配慮が必要な事項を全職員が記録で確認できるようにしていましたが、勉強会や研修を実施していませんでした。 33. 現在利用を断ったことはなく、申し込みがあった際にはすべて受け入れていました。もし、利用申込を受けられない場合は、行政のホームページを活用し他事業所を照会できるようにしていました。		
(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。	B	B
		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。	C	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。	B	B
		(評価機関コメント)		34. 半年に1回、利用者アンケートを実施していましたが、利用者への個別面接や利用者懇談会はしていませんでした。 35. 苦情マニュアルを作成し対応方法を定めていましたが、公開する仕組みはありませんでした。 36. 公的機関の相談窓口は、契約書・重要事項説明書に記載していましたが、第三者の相談窓口を設置していませんでした。		
(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っている。	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。	C	B
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		37. 半年に1回の利用者アンケートを実施していましたが、分析し改善を行う仕組みはありませんでした。 38. ヘルパー会議にて質の向上に関する内容を検討していましたが、記録がありませんでした。右京区事業所連絡会に参加し他事業所の情報収集を行っていました。 39. 第三者評価は3年に1回受診していますが、自己評価ができていませんでした。		