

様式 7

アドバイス・レポート

平成30年4月23日

平成30年3月9日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた たけだホームヘルプサービス三条小川様につきましては、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>1. 計画の策定</p> <p>・事業計画は、ヘルパー会議・デイサービス会議で検討し、中長期計画・単年度計画を策定し半期毎に見直していました。また、ISO 認証による QMS（品質管理システム）が機能していることで、単年度計画に基づく年度方針展開表をヘルパー会議で毎月確認し、達成状況の評価を確実に実施する仕組みがありました。</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し</p> <p>・毎月、サービス提供責任者が利用者の訪問介護計画の実施の確認とサービス内容の検証を「計画レビュー検証シート」で行い、見直ししていました。利用者の状況を把握し、サービスが的確であるかを細やかに検討する仕組みがありました。</p> <p>3. 感染症の対策及び予防</p> <p>・法人共通の緊急時等の対応マニュアルのほかに、事業所独自に最新の情報を取り入れた感染症マニュアルを作成していました。医療系法人の強みを活かし、多くの情報や知識を独自でまとめられたわかりやすい実用性のあるマニュアルが作成されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. ストレス管理</p> <p>・職員のストレス軽減として、相談体制は事務所に掲示し、武田病院グループの精神科に相談できる体制がありました。福利厚生制度は、職員共済会加盟によるレクリエーション参加やグループ病院のバスツアーなどのほか、病院受診の自己負担免除制度がありました。しかし、デイサービス・ホームヘルプの共用事務所が休憩場所となっており、くつろげる空間ではありませんでした。</p>

	<p>2. 事故・緊急時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人共通の緊急時等の連絡対応マニュアルがありましたが、訪問時の利用者自身に起こる事故の緊急時対応マニュアル（誤嚥や外傷、転倒転落など）はありませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・デイサービスを含めた職員の休憩場所が事務所のみとなっています。業務を離れて休憩を取るとは、休憩後の業務効率や利用者サービスへの好影響も期待できるため、建物上難しいことではありますが、法人と共に検討されてはいかがでしょうか。上階マンションの1室を借り上げての構想も持っておられるようなので実現されることを期待します。 <p>2. 事故・緊急時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時のマニュアルは法人共通のもので、職員が行う連絡や報告、指示が記載されていました。訪問時に予測される緊急事態に対し、個別の応急対応も記載されてはいかがでしょうか。利用者一人ひとりにあった緊急時マニュアルは実際に訪問する職員や利用者家族の安心につながるのではないのでしょうか。

※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	2670300793
事業所名	たけだホームヘルプサービス三条小川
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)	通所介護・介護予防通所 介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成30年3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. 運営理念を事務所内に掲示し、毎日朝礼時に唱和することで職員全員に浸透するよう取り組まれていました。月1回発行の広報紙「三条小川通信」を町内回覧や利用者家族に配布することで周知していました。 2. 組織は武田病院グループに属し、ヘルパー会議から運営会議へと職員の意見を反映する仕組みがありました。安全対策や業務改善委員会をデイサービスと共に取り組まれていました。		
(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. 事業計画は、ヘルパー会議・デイサービス会議で検討し、中長期計画・単年度計画を策定し半期毎に見直していました。 4. 単年度計画に基づく年度方針展開表をヘルパー会議で毎月確認し、達成状況を確認していました。		
(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	A
	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)	<p>5. 管理者は法令遵守について外部研修に参加し、伝達研修をしていました。コンプライアンス管理規程で各種法令をリスト化していましたが、法令集の場所やインターネット検索など職員が簡易に調べられる体制はありませんでした。</p> <p>6. 管理者は、組織・職務分掌権限規程により役割と責任を表明していました。管理者自身の評価は、組織活性プログラムにより、各職員がパソコン入力し法人で集計していました。</p> <p>7. 管理者は不在時も携帯電話の所持で連絡できる体制があり、業務日誌により状況把握をしていました。</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。	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)		<p>8. 職員採用試験は、正規職員は法人で、非常勤は事業所で実施していました。資格取得支援に関する規程により介護福祉士実務者研修の受講料支援や介護支援専門員合格祝金がありました。</p> <p>9. 「教育・訓練及び資格認定管理規程」・「教育訓練計画書」により新規採用者・プリセプター（新人職員をマンツーマンで指導する先輩職員）・役職者と段階的な研修に加え、法令に基づいた必須研修を年間計画を立てて実施していました。日々の気づきの促しは、毎月のヘルパー会議や職員研修で行っていました。</p> <p>10. 介護実習受け入れマニュアルを整備していましたが、実習指導者に対する研修は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。	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	B
(評価機関コメント)		<p>11. 人事考課面接やステップアップシート（職員個々の目標設定と実行）で職員の意向を把握し、対策を検討していました。電動アシスト自転車や携帯電話の貸与で職員の負担軽減に取り組みされました。</p> <p>12. 職員のストレス軽減として、相談体制は事務所に掲示し、武田病院グループの精神科に相談できる体制がありました。福利厚生制度は、職員共済会加盟によるレクリエーション参加やグループ病院のバスツアーなどのほか、病院受診の自己負担免除制度がありました。しかし、デイサービス・ホームヘルプの共用事務所が休憩場所となっており、くつろげる空間ではありませんでした。</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。	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)		<p>13. 町内の回覧板で機関紙を回覧し、事業所情報を開示していました。情報の公表制度はホームページに直接リンクする仕組みで掲載していました。</p> <p>14. 毎年の家族交流会でマンション入居者との交流も併せて行い、事業所の取り組みを発表していました。地域のニーズは地域ケア会議や地域包括支援センターを通して把握していました。</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
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. 事業所独自のパンフレットは、サービス内容（できること・できないこと）や料金等が利用者や家族に理解しやすいよう記載していました。			
(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	A	
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書にサービス内容や料金等を記載し、家族や利用者の同意を得ていました。判断能力に支障のある利用者には成年後見制度を活用できるパンフレットを準備していました。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントは、法人の共通様式を使用し、心身状況や変化に加え利用者や家族の希望が適切に記載しており、3ヶ月に1回実施していました。 18. 個別援助計画は利用者や家族の思いを尊重して作成し、同意を得ていました。また、サービス担当者会議で利用者の希望を確認し、検討していました。 19. 医師からの意見を反映し、介護支援専門員が作成する居宅サービス計画と連動した個別援助計画を作成していました。 20. 毎月、サービス提供責任者が利用者の訪問介護計画の実施の確認とサービス内容の検証を「計画レビュー検証シート」で行い、見直していました。			
(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. サービスエリア内の病院連絡先一覧を作成し、地域ケア会議や中京区事業所連絡会に参加して積極的に関係機関と連携を取り情報交換を行っていました。			

(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。	A	A
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. 法人共通の訪問介護業務手順書があり、細やかなサービス方法の記載がありました。入社時には手順書全文を読むことで共通認識を行い、また、利用者満足度調査の情報を会議で話し合い、見直しを行う仕組みがありました。 23. 法人共通の記録様式を使用し、個別援助計画に沿ったサービス提供や利用者の状況の記録がありました。個人情報保護について研修が行われ、職員全員に意識付けていました。また保管、保存、持ち出し、廃棄の規程がありました。 24. 朝礼や職員会議で利用者状況の申し送りをを行い、職員全員で共有していました。 25. 利用者や家族の生活形態に合わせて、面談やメール、自宅にノートを置くなど情報交換に努めていました。		

(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。	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. 法人共通の緊急時等の対応マニュアルのほか、事業所独自に最新の情報や細やかな手順を記載した感染症マニュアルを作成していました。感染対策の研修を行い、訪問先においても二次感染を防ぐ対応を行っていました。 27. 清掃の意識付けとして職員の「三分間清掃」を定め、毎日訪問から戻った時など随時実施していました。事業所内は清掃が行き届き、臭気もありませんでした。		

(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	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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 法人共通の緊急時等の連絡対応マニュアルがありましたが、訪問時の利用者自身に起こりうる事故の緊急時対応マニュアル（誤嚥や外傷、転倒転落など）はありませんでした。 29. 法人共通の様式、「コールバック連絡書（ひやりはつ）」「ほつと報告書（事故報告書）」を用いて、事故分析し対策を一定期間実施後、「防止対策の有効性レビュー」で見直していました。事故報告は、ヘルパー会議にて検討し、法人内の訪問介護部会においても他の事業所の事例と共に検討分析し、次のサービスに活かしていました。 30. 法人共通の防災マニュアルがあり、同一建物内の住民と連携し、消防訓練を実施していました。		

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
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. 毎日、朝礼の申し送りでケースの振り返りや援助方法等検討し、サービスの提供が行われていました。また、職員研修で人権の尊重について周知していました。 32. プライバシーの保護に関する研修を活かし、訪問介護業務手順書に基づきサービスを提供していました。 33. サービスエリア外や営業日・時間以外の利用については、他の事業所への紹介など適宜行われていました。		
(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。	A	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. 定期的にサービス提供責任者の訪問時に利用者の意向を聞き取り、年1回家族会でも意向を収集していました。 35. 利用者の相談意見はコールバック連絡書に記録し、ヘルパー会議で検討していました。個別の対応手順書の作成・変更を行い、サービスの向上に努めていました。意見等は掲示し、各個人へ返答していましたが、改善状況の公開はありませんでした。 36. 相談窓口は重要事項説明書への記載と事業所内にも掲示し、相談できる体制がありました。		
(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. 年1回、利用者満足度アンケートを実施し、事業所内で集計後、ヘルパー会議・訪問介護部会で分析・検討していました。対策を実施後、ヘルパー会議で再確認していました。 38. 毎月のヘルパー会議は、管理者も参加してサービス提供等の検討が行われ、その内容を基に訪問介護部会で業務手順書やサービス提供責任者手順書等を見直していました。 39. 年1～2回内部監査による評価を実施し、結果から抽出した課題を年度方針展開表に明記し、改善の為の取組の進捗状況を確認していました。		