

様式 7

アドバイス・レポート

2020年1月29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

2019年11月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【鳥羽ホーム ホームヘルプサービスセンター】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. 地域の高齢者のニーズを汲み取り、それに応えようと努力しています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域の自治会や医療連携推進会議等に出席し、地域のニーズを汲み取る努力をされ、高齢者が住み慣れた地域で継続して生活できるよう支えています。 ○ 一例としては、地域の高齢者（原則要支援認定以上の方）から「スーパーに行きたい」「重いものを買って帰りたい」等のニーズに対して「お買い物ワゴン」サービス（法人のワゴン車でスーパーまでの送迎サービス）を開始し、毎回8名ほどの利用があります。 <p>2. 人材を大切に作る職場環境です</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月必ず本人の希望を聞くなどして、有給休暇の取得を積極的に勤め、その結果、職員の有給休暇取得率を高めています。 ○ 職員に採用後の資格取得支援が整備され、職員の努力を応援する仕組みがあります。取得後の手当でも充実しています。 ○ 福利厚生費として、毎月全職員に定額が予算化され、職員同士の交流に使用しています。職場環境を大切にする姿勢が、職員ヒアリングから伺えました。 <p>3. 利用者や家族に、よりよいサービスの提供を実践しています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所は事業開始2年弱ですが、自ら提供するサービスの質の評価を客観的に受け止め、利用者や家族の満足度向上のため、あるいは職員のケアの質向上のため、第三者評価を積極的に受診し、今後の事業運営に活かそうとする姿勢が見受けられました。 ○ 「家族会」を実施し、より良いサービスの提供に繋げていきたいと思考中
------------------------	---

	<p>でした。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 事業所の中・長期目標及び計画がありませんでした</p> <p>○ 事業所は開所して2年目と日が浅く、現時点では、長期的な目標の設定は難しいかもしれませんが、開所理念の実現や職員の自己研鑽を図るためにも、利用者満足度調査を実施して見えてきた課題等も取り上げて「中・長期計画」の作成を準備することが必要です。</p> <p>2. 現在のアセスメント様式では、利用者の生活状況や課題がわかりにくいです</p> <p>○ 利用者の心身状況の書かれたアセスメント様式を確認しましたが、利用者の全体像が見えにくいです。利用者一人ひとりに添った利用サービス計画書を作成するためには、利用者のさまざまな情報から課題の抽出ができる書式の検討が必要です。</p> <p>3. 各種会議は情報交換の場となることが重要です。また、会議内容を記録に残すことが必要です。</p> <p>○ ヘルパー会議やサービス責任者会議は、連絡事項や研修内容が中心で利用者情報の交換や意見交換の時間はとれていませんでした。</p> <p>○ ヘルパー会議後の報告書や、ヒアリング実施後の記録が確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス

1. 事業所の中・長期目標及び計画について

- 法人理念「明るく、正しく、仲良く」を実現するためには、事業所としての目標を明確に示し、継続性、計画性をもって実現を図るためには、中・長期計画が必要です。事業所として単年度計画の延長戦上にあるものが何かを、是非いちど、全職員で検討してみたいと思います。

2. 現在のアセスメント様式の課題について

- 利用者がその人らしく、少しでも長く在宅で、安全で安心して、自立した生活を維持継続するための支援をするには、個々の生活状況の把握が基本であり、重要だと考えます。現在のアセスメントシートでは、どこから課題が生じているか、従ってどんな介助が必要なのか、どのように介助しなければならないのかが不明瞭のように感じられました。アセスメントシートの見直しを検討してください。

3. 会議のあり方と各種会議の記録について

- ヘルパーが出席する会議は、ヘルパー会議のみでした。そのヘルパー会議は日々の連絡事項、法人からの連絡、ケース会議やサービス向上委員会などの多くの情報の伝達の間となつています。全ヘルパーが参加できるよう月3回のヘルパー会議を開催していますが、いずれも参加したヘルパーによる意見交換や議論の時間はありませんでした。不規則な勤務形態によって、意見交換や議論の場を設定しにくいこととは思いますが、何とか調整が図れないものでしょうか。ご検討ください。
- 職員が参加した研修記録や、ヒアリング後にアドバイスした内容の記録が、残っていませんでした。研修後の理解、ヒアリングにおける助言は、職員の今後の目標となり、のちに見直したときには自分の成長を感じられるものとなる大切な記録だと考えます。さまざまな記録を分類し整備することは、事業計画を作成する際にも重要なことと思います。ご検討ください。

※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	2690500141
事業所名	鳥羽ホームホームヘルプサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
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	2019年12月4日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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 法人理念である「明るく」「正しく」「仲良く」謙虚な気持ちで業務を遂行するという内容が、誰にも見やすい形で、施設内や事業所内に掲示されています。年度始めの全体会議で、理念が浸透するように、職員に説明をしています。利用者にはパンフレットを用いて、法人理念について説明をしています。 ② 組織として、案件別の意思決定方法が定められています。理事会は定期的に行われ、運営会議では、職員から出た意見を運営に反映した事例も確認しました。職員の職務に応じた権限委譲と責任については、職務分担表において明文化しています。		
	事業計画等の策定	3		組織として介護サービスの質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。	B	B
	(評価機関コメント)			③ 法人の中・長期計画があり、各事業所は「社会福祉法人清和園事業計画基本方針」に基づき、単年度事業計画を立案し、目標を明確にしています。計画策定には、サービス提供責任者会議等で課題や問題点を明らかにし、職員の意見も反映しています。しかし、事業所独自の中・長期の事業計画は確認できませんでした。 ④ 毎年、各業務レベルでの課題を検討・設定の上、解決策を盛り込んだ具体的な計画を策定しています。その計画はPCソフト グループウェア「メルタス」に掲載し、職員へ周知しています。課題の達成状況の確認は、部所長会議において定期的に行っていましたが、見直しをするまでには至っていませんでした。今後の検討課題としてください。		

(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。	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 管理者は介護保険事業者集団指導に参加しています。各種法令をリスト化すると共に、事務所に設置して、誰もが確認できるようにしています。全体会議や年間研修の中で、全職員対象に職業倫理や法令遵守に関する研修を行い、職員の意識向上に努めています。</p> <p>⑥ 管理者は、自らの役割と責任について文書化して職員に表明し、月1回法人の運営会議に出席して、職員の意見等も伝えています。またヒアリングを年2回実施し、職員の意見を聞いています。ストレスチェックの項目に、無記名で管理者を評価する項目があります。</p> <p>⑦ 管理者が事業所に不在の場合は、携帯電話で指示を仰いでいます。苦情や事故等の重要な事柄については、管理者に随時報告が行われています。ヘルパーの早出、日勤、遅出勤務者交代時の申し送りは、その内容を「申し送り簿」に記入し徹底しています。急を要さない案件については、グループウェアにて、情報を確認しています。「申し送り簿」に確認欄がなかったので、追加されるよう提案します。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑧ 人員体制は、法人で一括して行っています。定期巡回型ホームヘルプサービスには、法人内で一定の介護経験等を積んだ職員を、ホームヘルパーとして配属されています。法人の職員採用は、有資格者確保のために、介護福祉士手当を増額しました。法人内で介護福祉士及び介護支援専門員の学習会や資格取得補助金制度を設けて資格取得を奨励しています。</p> <p>⑨ 年間研修計画に基づく研修会を実施しています。法人として、採用時の新人研修、フォローアップ研修、エルダー制度、キャリア段位制度の仕組みがあり、職員の気づきを大切にした指導・教育も行っています。外部研修参加後は、報告書を作成し、サービス提供責任者会議で報告しています。</p> <p>⑩ 実習生の受け入れは、法人として体制が整備され受入れています。今後、事業所として受入れるにあたり、在宅サービスを踏まえた、事業所独自のマニュアル作成等が望まれます。</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)		<p>⑪ 職員の有給休暇消化率や時間外労働の管理は法人が組織として行っており、本年度は既に職員全員が5日間以上の有給休暇を取得済みです。育児休業・介護休業は就業規則に定められ、法人内では取得者もいます。介護負担軽減策として、腰痛ベルトの配布、バイクの貸し出し、雨具や防寒着の支給があります。</p> <p>⑫ 産業医を配置し、ストレスチェックを年1回実施しています。管理者は、年2回のヒアリングを通し、業務上の悩み等を把握するように努めています。また毎年、異動希望調査が実施され、郵送又口頭で直接、法人事務局長に希望を伝えることができる仕組みとなっています。セクハラ、パワハラ、メンタルヘルスの相談窓口を法人事務局に設置しています。休憩室は複数あり、必要に応じてウオーターベッドなども使用でき、リラックスできる環境があります。福利厚生制度もあり、職員は活用しています。</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 法人パンフレットや事業所パンフレット、独自のチラシ等により、利用者・地域住民に事業所の運営方針等を伝えるなどして、関わりを大切にしています。ホームページでも情報を開示していますが、訪問介護の情報は分かり難いように思われます。事業所が独自に作成されているチラシなどの内容を掲載された方が良いのではと思いました。</p> <p>⑭ 事業所において、地域住民を対象とした「体力測定会」や「骨密度測定会」を毎年2回無料で開催しています。6階のフリースペースを、地域の自治会や女性会の会合、主任ケアマネ部会の研修等に広く開放しています。自治会や民生・児童委員と連携して地域ニーズの把握に努めています。その中で「お買い物ワゴン」という送迎車を商業施設まで運行し、地域の高齢者の利便に供しています。</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。	B	A	
	(評価機関コメント)		⑮ 法人ホームページや総合パンフレットだけではなく、事業所独自の案内チラシを作成し、利用者や家族に説明しています。「定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス」は新しい事業であることから、地域の自治会に出向き、事業内容の説明等を行い、積極的に情報提供をしています。			
(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 介護サービスの利用に際し、重要事項説明書と契約書を提示し、保険外サービスを含めたサービス内容や料金等について、利用者や家族に説明した上で同意を得ています。認知症等により判断能力に支障のあるケースや、成年後見制度を活用している利用者には、代理人等に説明し同意を得ています。利用者アンケートの結果では、わかりやすい説明を受けたという方が少ないことから、今後はより丁寧な説明や補助資料等の検討が必要です。			

(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	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	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。	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)		<p>⑰ 所定のアセスメント様式を用い主治医や専門職とも連携してアセスメントが実施されています。しかし、そのアセスメント内容は一人ひとりの心身の状況や生活状況が十分に記録されておらず、利用者が安全かつ安心な在宅生活を継続する上での課題等の把握が不十分でした。</p> <p>⑱ 個別援助計画の策定にあたり、利用者や家族からの希望や課題を確認し、自立支援を意識した個別援助計画を策定、同意を得ています。サービス担当者会議には利用者・家族の参加が記録から確認できました。</p> <p>⑲ 個別援助計画等の策定には、関係する医師や看護師等から意見を聞き、サービス担当者会議における合議により個別援助計画を策定しています。</p> <p>⑳ モニタリングは3か月に1回実施し、個別援助計画についても6か月に1回、見直しています。利用者の状態変化等で変更が必要な際にも、個別援助計画の見直しを行っています。専門家への意見照会は、必要に応じて行っていますが、記録が確認できないケースもありました。</p>		
(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)		<p>㉑ 利用者の体調不良時は、ケアマネジャーより医師に連絡を行い往診を依頼しています。同一建物内のサービス付高齢者住宅に入居している利用者の多くは、同法人の嘱託医が主治医であることから十分な連携が図られています。在宅の利用者の主治医も把握しており、緊急時の連絡系統についても、十分に情報共有が図られています。利用者が入退院する場合の関係機関との連携も取れています。</p>		

(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	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	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)		<p>② 業務マニュアルとケアの手順書が整備され、定期的な更新が確認できました。職員がその手順書をもとにケアを行い、2か月に1度の頻度で主任が職員に同行してサービス提供状況を確認し、必要に応じて、実地指導もしています。</p> <p>③ 利用者に関する記録は、職員に貸与するスマホと事業所のPCとタブレット間で情報共有しています。職員は、個人ごとのパスワードにより閲覧と記録が可能です。個人情報保護に関しては、入職時に誓約書を交わし、個人情報保護の規定を順守する研修を行っています。記録の保管・保存・持出し・廃棄は規程を定めて、遵守されています。</p> <p>④ 利用者の状況は、グループウェア「メルタス」や1日3回～4回の申し送りにて行い、情報伝達は確実に行われています。しかし支援を担当する職員間の意見交換の場は確認できませんでした。今後は利用者の支援内容について、職員間で意見交換する場を設けられるよう望みます。</p> <p>⑤ 家族との情報交換は①ノート②報告書（月1回）③記録ソフトの3種類があります。記録ソフトは、家族専用のアカウントを配布して、家族も利用者の記録を共有できるように整備されています。今後、家族と情報交換する「家族会」を行う意向があるとのことでした。</p>		

(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)		<p>⑥ 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ます。訪問時に手袋、マスク、消毒液を携行し、2次感染の予防としています。職員は全員インフルエンザワクチンの接種を事業所負担で受けています。</p> <p>⑦ 廊下やトイレなどの共有スペースの清掃は業者が行い、事業所内の清掃は職員が行っています。整理整頓の行き届いた清潔な職場環境です。</p>		

(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>㊸ 事故や緊急時の対応及び予防マニュアルが整備され、AED研修が実施されています。各利用者の緊急連絡先は職員間で共有されています。緊急時は管理者等に連絡しています。</p> <p>㊹ 事故発生時には適切に対応した上で、本人や家族、関係者に説明し、必要に応じて保険者等にも報告しています。事故報告書を作成し、原因分析や再発防止策を検討していましたが、その結果を、誰が責任者として、本人や家族に説明するのが、明示された対応系統表がありませんでした。また、ひやり・ハット報告書は記載項目が多いため、簡易報告できる書式への変更を検討されることを望みます。</p> <p>㊺ 災害発生時の対応マニュアルが整備され、事務所内にマニュアルが配置されています。年2回の避難訓練や地域の自主防災訓練にも参加しています。</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
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)			<p>㊻ 利用者の人権と高齢者虐待防止法についての研修を、年1回実施しています。また、法人理念・運営方針等においても、利用者の人権や自尊心の尊重に関する内容を具体的に明記しています。訪問時にはまず「体調はどうですか？」とたずねるよう徹底し、利用者に寄り添ったサービス提供を心掛けています。</p> <p>㊼ 羞恥心やプライバシー保護に関する研修（年1回）を人権研修内で行っています。入浴支援対象者には、原則、同性介助を行っています。</p> <p>㊽ 利用者の状態によって利用を断ったことはありません。人手不足で一時的な待機はありますが、職員の補充ができた段階で、受け入れています。サービス利用者等の決定を公平・公正に行っています。</p>		

(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)		<p>③④ 自宅訪問時に、利用者・家族から個別に意向確認を行っています。満足度調査を毎年1回実施し、広く意見を汲み取る仕組みがあります。今年度中に家族会を開催予定にしています。</p> <p>③⑤ 利用者の意向（意見・要望・苦情）は、相談であっても苦情報告書として対応、改善策等を検討して書面で保管し、ヘルパー会議で情報共有しています。しかし、現時点では利用者からの要望や苦情の改善状況等の公開はしていません。現在、個人情報に配慮した上で公開する方法を検討しています。</p> <p>③⑥ 苦情受付窓口として、第三者委員の氏名、連絡先等を施設内に掲示しています。重要事項説明書にも、事業所の相談窓口や公的機関の窓口を記載し、利用者や家族との契約時に相談できることを説明しています。利用者は、苦情や要望を担当ケアマネジャーに申し出ることが多く、ケアマネジャーから事業所に連絡が入ることもあります。</p>		

(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	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>③⑦ 毎年3月に満足度調査を実施しています。昨年調査結果に基づき、接遇研修を実施しサービスの向上につなげています。</p> <p>③⑧ ヘルパー会議、サービス提供責任者会議などにおいて、サービスの質の向上を図る検討体制が整備されています。また、この会議で出された意見は、必要に応じて、運営会議に図られています。しかしながら、ヘルパー会議もサービス提供責任者会議のいずれにおいても、多くの検討課題を抱えずぎているきらいがあり、会議テーマを絞り込むなど、会議のあり方について検討する必要があると思います。</p> <p>③⑨ 開設2年以内という事業所であるにも関わらず第三者評価を受診し、課題の明確化に努め、より質の高いサービスを提供したいという姿勢があります。</p>		