

アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 2 7 日

令和元年 7 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたほほえみ八木訪問介護事業所につきましては、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>記特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番4 業務レベルにおける課題の設定) 各セクションにて月別実践目標を策定し、PDCAサイクルに基づき進捗状況を確認しています。業務管理シートで目標を定めて面談(年3回)を行い、その内容はチーム目標と関連し、数値化等評価しやすいものとなっています。登録ヘルパーは個別チェックシートで評価点数をつけています。 また、ヘルパーの魅力を伝えるプロジェクトを今年から始め、チームスローガンを立てています。</p> <p>(通番9 継続的な研修・OJTの実施) 法人としてキャリアパス制度に基づく、階層別研修及び事業所内研修が計画されており、各職員の研修履歴も把握しています。職員が互いに学びあうための機会として法人全体研修(年1回)を実施しています。 事業所として指導者講習を受講して新人職員に対するOJTを行っていました。チーム会議で毎月テーマを設けて研修を開催しています。外部研修にも登録の職員もふまえ年1回は行ってもらっています。</p> <p>(通番29 事故の再発防止) 事故発生時本人・家族、関係者に説明、事故報告書を作成し、対応経過も記録している。毎月チーム会議で事故、苦情、ヒヤリハット(ヒヤリではないもの含む)の報告を行い周知を図っている。さらに年2回それらの集計を行い、チーム会議、それをもとに分析検行い再発防止に努めている。</p>
-------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 20 個別援助計画等の見直し) 個別援助計画は 1 ヶ月ごとに評価に加え、定期的な見直し及び必要に応じて見直しを実施されていまして。しかし、計画を変更する基準に基づき変更を行う仕組みがありませんでした。</p> <p>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護) ヘルパー活動記録票に利用者一人ひとりの記録が具体的に記載されていまして。「個人情報管理規定」が整備されており、個人情報の開示について法人として、留意点を明示し、職員に注意喚起していまして。しかし、「文書取り扱い規程」は整備されていますが廃棄等の項目が確認できませんでした。</p> <p>(通番 35 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善) 法人として苦情解決取扱要領を策定し、苦情対応マニュアルを設置しています。毎年、利用者アンケートを実施して、その結果をまとめて年一回通信として発行しています。また、苦情があった場合、「苦情受付書」に記録し、原因分析、対応策を検討して迅速に対応しています。しかし、苦情等迅速に対応されていましてが公表ができていませんでした。利用者アンケート同様、事業所内に掲示されてはいかががでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>ほほえみ八木訪問介護事業所は、南丹市社会福祉協議会の運営する事業所で、地域とのかかわりを大切にされています。「すべての住民のこころが輝く福祉のまちづくり」という法人の理念のもと、事業所としても「まごころ・笑顔・チームワークでつなぐ暮らしのおてつだい」を掲げ、地域福祉部門や包括支援部門と一体的かつ総合的な介護保険事業を展開しています。</p> <p>第三者評価当日においても、笑顔と活気があって職員同士のチームワークの良さが見受けられました。また、毎朝のミーティングやチーム会議等を通じて常勤職員だけでなく、非常勤職員や登録型訪問介護員の情報共有がしっかりとされていることが確認できました。</p> <p>人材育成にも力を入れており、社協職員の「サービス精神」、「職員心得」を明確にし、研修委員会を設置して体系的に研修を実施するとともに、OJT、「スーパーバイズ」の仕組みが整備されていまして。毎月テーマに沿って事業所内研修も行っています。日常的にも自分たちのサービスを振り返るよう事業所独自のチェックシートの活用や、業務マニュアルを定期的に確認するなど、現状にとどまらず、質の高いサービスを目指されていまして。</p> <p>ヘルパーの魅力を伝えるプロジェクトを今年から始め、映像作成、パンフレット作成も考えておられました。</p> <p>地域との関係は、社会福祉協議会本体の活動と合わせ、介護事業部門と地域部門が一体となり、地区別懇談会に参加したり、小学校での福祉教室の開催をするなど地域に向けて積極的に活動されています。</p> <p>今後も地域住民をはじめ、地域の関係機関等の信頼を得てますます発展していかれる事を期待します。</p>

	<p>以下、アドバイスも参考になればと思います。</p> <ul style="list-style-type: none">・利用者のサービス記録の「破棄」についての規定が確認できませんでしたので、個人情報保護マニュアル等に規定を設けてはいかがでしょうか。また、USB等の電子媒体の管理や持ち出しについての規定も併せて定められてはいかがでしょうか。・個別援助計画の策定について定期的なアセスメントの実施、計画の変更の際の基準がありませんでした。 どういう状況において変更を行うかを明確にし、文書化されてはいかがでしょうか。。・組織の仕組みやマニュアルがきちんと整備されており、PDCAのサイクルが確立されていました。一方で会議等の開催頻度が多くオーバーワークになりかねないことも感じました。業務の効率化についても検討されてはいかがでしょうか。
--	--

※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+)

評価結果対比シート

事業所番号	
事業所名	ほほえみ八木訪問介護
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	2019/10/31
評価機関名	一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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)法人理念はホームページ、パンフレットに明記されている。事業所内に掲示している。職員は毎朝サービス精神の唱和を行うとともに職員証を携帯している。チーム会議（毎月）で年度初めに周知している。利用者家族には年1回アンケート時に通信を活用して配布している、重要事項説明時にも説明している。 2)組織図、庶務規程に職務権限を明記している。チーム会議（登録含む）、事業所会議月1回、調整会議、係長会議2課、法人係長会議など階層ごとに意見が反映できる仕組みとなっている。		
(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質の向上に向けた計画を策定すると共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)法人地域福祉活動計画(2018～2022)を策定している。それをふまえ単年度事業計画を策定している。年度途中で計画を確認し、課題達成状況を振り返り、必要に応じて見直しを行っている。 4)各セクションにて月別実践目標を策定し、PDCAサイクルに基づき進捗状況を確認している。 ヘルパーの魅力を伝えるプロジェクトを今年から始め、チームスローガンを立てている。業務管理シートで目標を定めて面談(年3回)を行っている。チーム目標と関連し、数値化等評価しやすいものとなっている。登録ヘルパーは個別チェックシートで評価点数をつけている。		
(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、いつでもスタッフ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)関係法令の遵守については基本方針として明文化し、特に人権に関する法律についての遵守については研修等の取組みを行っている。訪問介護倫理綱領を掲示している。関係法令をパソコン内でリスト化し閲覧できるようにしている。伝達研修を行っている。 6)ヘルパー通信(年2回)に管理者のあいさつを記載している。庶務規定に管理者の職務権限について明記している。個別面談を実施している。登録ヘルパー含めて面談を行っている。サービス責任管理者と課長を評価する仕組みがある。 7)管理者は登録ヘルパーは月間勤務表、朝ミーティングで日常の業務内容を随時確認し、必要に応じて指示をしている。各会議にも参加している。緊急時には携帯電話で連絡が取れるようになっている。職員連絡網、緊急時の対応マニュアルに連絡先、緊急時指揮命令系統・対応の連絡網を定めている。		

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	A
				8)運営規定に基づいて職員を配置している。ヘルパーの魅力を伝えるプロジェクトを今年から始め、映像作成、パンフ作成を考えている。有資格者が前提となっている。(生活援助員は採用している。)資格取得については勤務上の配慮があり、資格加算として等級が上がる仕組みがある。 9)キャリアパスの仕組みが整備されており、それを踏まえ研修計画を作成して、研修を実施している。指導者講習を受講して新人職員に対するOJTを行っている。チーム会議で毎月研修をしている。外部研修にも登録もふまえ年1回は行ってもらっている。階層別研修計画に基づき履歴把握をしている。 10)実習受け入れマニュアルを策定し、基本姿勢を明文化している。受け入れは行っていないが法人として実習指導者講習は受講している。		
(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	スタッフ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)		11)課長と総務部に有給休暇の取得、残業を把握している。各自でも給与明細にて把握している。パースデイ休暇を整備している。産休、育休の対象者もいる。チャレンジシートで意向を把握している。ワークライフバランス認証を取得している。職員の負担軽減として移動シート、スライディングボード、介護記録システムにてデータ管理を行っている。 12)安全推進者を設置して、ストレスチェックを実施している。法人窓口を設けて必要に応じて外部の医師の面談が実施されている。職員互助会を設置している。共済会にも加入するとともに互助会がある。休憩場所を設置されており、職員は積極的に活用している。ハラスメントにかかる規定が整備されている。		
(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)ホームページに運営理念等を開示している。社協だより(年4回)を全戸配布している。訪問介護事業所として地区別懇談会、小学校への福祉体験も行っている。 14)小学校の福祉体験、認知症サポーター講座を実施している。地域交流会を企画実施している。法人として主任者研修を開催し講師として派遣している。社協窓口において常時地域の方との交流がある。		

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)		写真を多用し、ホームページやパンフレット、機関誌などで施設の事業内容の情報を発信している。介護支援事業所等を通じて申し込みがあり随時対応している。		
(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、利用者にはわ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)		重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金、保険外サービスについて説明している。成年後見制度を利用されている方がおられる。パンフレットも事業所内に置いている		

(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	定期的又は必要に応じて、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様式を活用して、利用者の心身の状況を把握している。サービス担当者会議で訪問看護、福祉用具、ケアマネジャーなど多職種で連携し、アセスメントを実施している。定期的に再アセスメントを実施している。 18)アセスメントに基づいて、利用者や家族の希望も聞き取った上で、個別援助計画が策定されている。担当者会議カンファレンスには利用者、家族の参加を促している。 19)個別援助計画策定の際にはサービス担当者会議を開催し、利用者、家族、関係職種その他、主治医、ケアマネ等の専門職種への意見照会を適宜行い、計画に反映している。参加できないときは意見照会を行っている。 20)個別援助計画は1ヶ月ごとに評価に加え、定期見直し及び必要に応じて見直しを実施されている。しかし、計画を変更する基準に基づき変更を行う仕組みがない。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)退院時カンファレンスを行っている。ケアマネジャーを通じて医師との連携を図っている。南丹市の関係機関一覧表を置いている。地域包括や関係機関(訪看、作業所、ケアハウス等)とケースを通じて有機的な連携を図っている。		
(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、スタッフに活用されている。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。	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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	A
(評価機関コメント)		22)訪問介護マニュアル(食事介助、入浴介助、排泄介助等の業務におけるマニュアル)を整備している。年に一度見直しが行われている。 23)ヘルパー活動記録票に利用者一人ひとりの記録が具体的に記載されている。「個人情報管理規定」が整備されており、個人情報の開示について法人として、留意点を明示し、職員に注意喚起している。しかし、「文書取り扱い規程」が整備されているが廃棄等の項目が確認できなかった。 24)朝のミーティング、事業所会議、チーム会議を実施するとともに各種回覧等で情報を共有化している。登録ヘルパーもチーム会議には参加している。 25)訪問時やサービス担当者会議等を活用して家族との面談の機会を設けている。家族の要望があればノートの活用をしている。通信を配布している。		
(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等の作成により、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)感染症対応マニュアルを整備している。マニュアルの更新を毎年行っている。専門誌から最新の情報を入手し共有している。保健所ニュースを事務所に掲示し、職員に注意喚起をしている。全職員に携帯用手指消毒剤とマスク、吐物処理キットを配布している。インフルエンザ予防接種に補助金を出している。流行期前にチーム会議で感染症の研修を行っている。 27)衛生推進者を設置し衛生管理に努めている。書類、個人ファイルは鍵付き書庫で管理している。週一回全職員で館内清掃を行い、管内トイレ掃除は職員が当番制である。その他施設内の清掃や管理は業者が行っている。障害者雇用をしている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)緊急時の対応マニュアルを設置している。車両事故時の緊急対応についてフローチャートで明確化し、全車両に搭載している。法人、事業所共に緊急時の指揮命令系統が確立している。消防署主催「救急座談会」に参加、ヘルパー訪問時の利用者急変時対応や緊急度の判定法、救急要請後の初動体制を学んでいる。普通救命講習を3年に一度受けている。 29)事故発生時本人・家族、関係者に説明、事故報告書を作成し、対応経過も記録している。毎月チーム会議で事故、苦情、ヒヤリハット(ヒヤリではないもの含む)の報告を行い周知を図っている。さらに年2回それらの集計を行い、チーム会議、それをもとに分析検行い再発防止に努めている。 30)自然災害対応マニュアルを設置している。八木事務所で各部署から防災委員を選出し、防災委員会議を重ねつつ、年二回の消火・避難訓練や年一回の土砂災害避難訓練を実施している。自然災害発生時にはボランティアセンター立ち上げることとなっている。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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
..		31)高齢者の尊厳保持の理念に基づいて、利用者の意思を尊重する旨「サービス精神」運営規定」に明示している。年一回の南丹市主催人権研修に参加している。虐待については毎年部内研修計画に組み入れ実施している。虐待チェックリストを行っている。 32)プライバシー保護について、マニュアルを策定するとともに、各介護マニュアル等をもとに新人職員研修から研修を行っている。プライバシーポリシーを定め掲示している。訪問時の注意事項を職員に配布している。 33)基本的に依頼を断ることはないが、職員の不足によって新規訪問受け入れが困難な場合は説明を尽くし、他事業所の紹介をケアマネジャーに依頼している。		
(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。	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
		34)毎月のモニタリングで利用者や家族の意向を汲み取るよう努めている。業所内に苦情受付窓口の案内を掲示したりご意見箱を置いている。毎年アンケートを実施し、支援の改善につなげている。 35)法人として苦情解決取扱要領を策定し、苦情対応マニュアルを設置している。アンケート結果はまとめて年一回通信として発行している。苦情は報告書を作成し迅速に対応、解決に努めチーム会議にて全職員に周知している。しかし利用者には返しているが公表ができていない。 36)苦情解決第三者委員を設置している。「困りごととは私たちにご相談を！」のポスターを掲示し、苦情解決責任者、公的機関等の相談窓口と共に事業所内の見やすい所に掲示している。重要事項説明書や契約書にも記載している。		
(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スタッフ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
		37)利用者アンケートを年一回実施している。3地区訪問介護調整委員会にてアンケート結果を集計、分析・検討し職員間で共有すると共に利用者にも返している。 38)毎月チーム会議、事務所会議にて利用者についての課題を出し合い協議し、全職員が共有する仕組みとなっている。年一回南丹市内訪問介護事業所交流会にて他事業所の取り組み等情報交換を行っている。京保連研修等外部研修に参加した際には、伝達研修を行って周知を図っている。 39)法人内3地区事業所調整会議にて、本年度の事業計画を基に自己評価を行っている。その結果を次年度の事業計画に反映すると共に課題を明確にして次年度の事業所研修にも反映し、サービスの質の向上を図っている。3年ごとに第三者評価を受診している。		