

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 1 月 1 6 日

令和 3 年 8 月 2 0 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた訪問介護事業所ボヌール様につきましては、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. 継続的な研修・OJT の実施</p> <p>ヘルパー経験年数に応じて、3 グループに分けて研修を行っていました。毎月テーマ（人権・苦情対応・感染症等）を設定して事業所内研修を実施し、不参加の職員に研修資料を回覧していました。外部研修の情報を職員に提供し、希望する研修に参加できるよう勤務調整を行っていました。申し送り時や申し送りノート、月 1 回の会議で気づきを促し、学ぶことにつながる助言をしていました。</p> <p>2. 多職種協働</p> <p>必要に応じて、医師の往診時に訪問し医師と直接意見交換をしていました。また、関係機関のリストを作成し活用していました。伏見区事業者連絡会の参加やコロナ禍でリモートによる退院時カンファレンスに参加し情報収集するなど、積極的に多職種との連携に取り組まれていました。</p> <p>3. 事故の再発防止等</p> <p>事故報告書で事故発生の状況を報告し、管理者が対応の指示を出し家族への連絡をしていました。また、ヒヤリ・ハット報告書も多数の報告があり、事故報告と合わせて午後のミーティングやヘルパー会議で検討し事故防止に取り組まれていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務レベルの課題の設定</p> <p>事業所の業務について具体的な取り組み課題を設定し、達成状況を定期的に確認する取り組みはありませんでした。</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し</p> <p>毎月モニタリングを行い、計画の見直しの際に介護支援専門員へ意見照会を行っていました。状態の変化に応じて訪問介護計画書の見直しをしていま</p>

	<p>したが、変更や見直しに関する基準等を定めていませんでした。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>利用者からは直接意見や要望を聞くことは多いと話されていましたが、利用者満足度調査は実施していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務レベルの課題の設定</p> <p>事業所全体の年間計画として「ボヌールの目標」(利用者の満足度を上げる)を策定されていましたが、その年間計画にそって訪問介護における業務レベルでの課題を設定し進捗状況を確認しながら取り組むことで、効果的な目標の達成とさらなるサービスの向上につながるのではないのでしょうか。例えば、接遇・人権への配慮・苦情などから年間の取り組み課題を設定し、ヘルパー会議で進捗状況を確認されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し</p> <p>現在管理者とサービス提供責任者が訪問介護計画書を作成し更新されていましたが、計画の定期的な見直しの時期や、状態や介護度の変更があった場合に見直すことなどを明文化する(例、訪問介護計画作成マニュアル等策定する)ことで、より確実な計画の見直しと計画作成担当者が変わっても適切な見直しが可能になるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>自分から相談や意見を発信できない利用者もおられるのではないのでしょうか。そのため、併設のサービス付き高齢者住宅と協同で担当者チームを作り、定期的な利用者満足度調査を実施されてはいかがでしょうか。アンケート形式で利用者に配布し、回収する方法で、調査項目としては接遇・食事・清掃・身体介助についての満足度等について設定されてはいかがでしょうか。さらに、調査結果を検討することで明確になった新たな課題について、改善に取り組むことでさらなるサービスの向上につながるのではないのでしょうか。</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	2670917521
事業所名	訪問介護事業所ポヌール
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3年10月28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	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。	C	A	
	(評価機関コメント)		1. 理念を事務所に掲示し、朝の申し送り時に毎日唱和していました。 2. 社長・併設サービス付高齢者住宅の施設長・管理者による社員ミーティング（月1回）やヘルパーミーティング（月1回）を行い、職員の意見を反映していました。管理者や主任、サービス提供責任者の業務を明確にした規定がありました。			
(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。	C	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	C	
	(評価機関コメント)		3. 事業所の事業計画として、「ポヌールの目標」を立てていましたが、中長期の計画はありませんでした。 4. 事業所の業務について具体的な取り組み課題を設定し、達成状況を定期的に確認する取り組みはありませんでした。			
(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り組みを行っている。	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。	A	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)	<p>5. 管理者は法令の変更等について、関係するネット配信動画を活用して情報収集を行い、職員に伝達していましたが、法令のリスト化や法令をすぐに調べられる体制は整っていませんでした。</p> <p>6. 管理者の業務を文書化していました。管理者は、ヘルパーミーティングを行い職員と意見交換し運営方針に反映していましたが、職員から信頼を得ているかどうか評価・見直しする方法はありませんでした。</p> <p>7. 管理者は、事業所を不在にする時は携帯電話を所持し連絡が取れる体制でした。また、職員の1日のタイムスケジュール表や業務日誌で業務内容を管理していました。緊急時の連絡網を整備して、有事の際には管理者に報告し指示を仰ぐ体制がありました。</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。	B	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。	C	C
(評価機関コメント)		<p>8. 実務経験者を優先して採用していました。採用後の資格取得支援として、サービス提供責任者・介護福祉士実務者研修の受講料を補助していました。</p> <p>9. ヘルパー経験年数に応じて3グループに分けて、介護技術・介護保険制度・高齢者の身体等について研修を行っていました。毎月テーマ（人権・苦情対応・感染症等）を設定して事業所内研修を実施し、不参加の職員に研修資料を回覧していました。外部研修の情報を職員に提供し、希望する研修に参加できるよう勤務調整を行っていました。申し送り時や申し送りノート、月1回の会議で気づきを促し、学ぶことにつながる助言をしていました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルの整備はなく、実習生の受け入れも行っていませんでした。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇は計画取得もあり、取得しやすいとヒアリングで確認しました。管理者が年2回の考課面接で職員の就業状況や意向を聞き取っていました。職員の負担軽減として、介護度が高い利用者（併設のサービス付き高齢者住宅入居中）で自室での入浴が困難な場合に併設のサービス付き高齢者住宅のリフト浴が使用できました。また、休憩中などにマッサージチェアの利用ができました。</p> <p>12. 外部契約のメンタルヘルスの相談窓口を利用できる仕組みがありました。福利厚生として、夏季休暇（1日）の付与、職員給食費の補助や会員制による旅行や余暇活動の割引サービスを利用していました。また休憩室にはテーブルや椅子を設置し十分な広さがありました。しかし、ハラスメントに関する規程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。	C	C
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)		<p>13. 現在事業所のホームページを作成中で、事業所の情報を地域に開示する取り組みはありませんでした。情報の公表制度の事業所情報を自ら開示はできていませんでした。</p> <p>14. 地域への貢献については、現在取り組みはありませんでした。</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。	B	B
		（評価機関コメント）		15. パンフレットを作成していましたが、サービスの提供時間や料金、サービスを受ける対象者の記載がありませんでした。		
(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	A
		（評価機関コメント）		16. サービス内容や料金等を記載した重要事項説明書を用いて利用者に説明し、同意を得ていました。また、必要に応じて成年後見制度の利用を併設のサービス付き高齢者住宅と連携し進め、後見人との契約を締結していました。		
(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。	B	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。	B	B
		（評価機関コメント）		17. 定型化したアセスメント様式で医師と連携して利用者と家族の意向を聞き取り、ニーズや課題を記録していました。またアセスメントを3ヵ月毎に見直ししていました。 18. アセスメントに基づき利用者や家族の希望を尊重した上で、自立支援のための訪問介護計画書を作成していました。また訪問介護計画書に利用者や家族の同意を得ていました。サービス担当者会議に利用者や家族が参加していました。 19. 医師や介護支援専門員に意見照会を行い、得られた情報や意見を訪問介護計画書に反映していました。 20. 毎月モニタリングを行い、計画の見直しの際に介護支援専門員に意見照会を行っていました。状態の変化に応じて訪問介護計画書の見直しをしていましたが、変更や見直しに関する基準等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。	B	A
		（評価機関コメント）		21. 必要に応じて、医師の往診時に訪問し医師と直接意見交換をしていました。また、関係機関のリストを作成し活用していました。伏見区事業者連絡会の参加やコロナ禍でリモートによる退院時カンファレンスに参加し多職種と連携していました。		

(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	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。	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	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。	C	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルを作成し、前年度のマニュアルを見直しをしていました。管理者が随時訪問に同行し、マニュアルに沿った業務ができているかをチェックしていましたが、マニュアルの見直し基準を定めていませんでした。 23. 訪問介護支援ソフトを使用し、訪問時の記録は終了直後（携帯電話から入力）に作成していました。職場内研修で個人情報保護の研修を実施していましたが、文書の取り扱いについて定めたものがありませんでした。 24. 朝夕のミーティングや連絡帳を活用し情報共有していました。毎月のヘルパー会議で利用者の支援についてカンファレンスをしていました。 25. 必要に応じて訪問時や電話で家族等と情報交換し、サービス提供記録を発行していました。		

(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. 感染症対応マニュアルと新型コロナウイルス感染対応マニュアルを整備し、事業所内研修で説明していました。二次感染の対策を講じて感染症のある利用者の訪問もしていました。 27. 事業者内は整理整頓され、毎日職員が清掃して清潔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。	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	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	B
(評価機関コメント)		28. 緊急時対応マニュアルを整備していました。事業所内研修で事故発生時の対応の研修を実施していました。また、緊急時の連絡網を整備し、有事には管理者による指揮命令ができる体制がありました。 29. 事故報告書で事故発生時の状況を報告し、管理者が対応の指示を出し家族への連絡をしていました。また、ヒヤリ・ハット報告書も多数の報告があり、事故報告と合わせて午後のミーティングやヘルパー会議で検討していました。 30. 火災時の通報・避難マニュアルを整備して、年2回サービス付き高齢者住宅と合同で訓練を実施していましたが、地域と連携した訓練の実施はありませんでした。		

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
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	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。	C	A
		(評価機関コメント)		31. 事業所内研修で、人権や虐待の説明と周知に取り組み、朝夕のミーティングでも振り返りチェックをしていました。 32. 事業所内研修でプライバシーの説明を行い、ミーティング等で管理者が介助場面でのプライバシーの配慮について確認し、同性介助にも取り組んでいました。 33. 基本的にサービスの申し込みは断らないという方針で、訪問時間によりサービス提供ができない場合は介護支援専門員に説明をしていました。		
(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。	C	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。	B	B
		(評価機関コメント)		34. 玄関に意見箱を設置していました。訪問時に利用者の要望や意見を聞き取り、併設のサービス付き高齢者住宅の入居の利用者に管理者が直接聞き取っていました。事業所内研修で苦情対応の説明をしていました。 35. 苦情対応マニュアルを整備し、チャート式の図で報告の仕方を記載していました。苦情は「苦情相談受付書」で報告し、管理者が主になって検討し対処していましたが、意見や苦情の公開はしていませんでした。 36. 公的機関等の相談窓口は重要事項説明書に記載し説明していましたが、また、玄関に事業所の相談受付担当者の氏名と連絡先を掲示していましたが、第三者による相談窓口はありませんでした。		
(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。	C	C
		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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		37. 利用者満足度は実施していませんでしたが、今年度中には実施予定でした。 38. ヘルパー会議でサービスの質の向上に係る検討をしていました。また、伏見区事業者連絡会に参加し、他事業所との意見交換で情報収集し、自事業所の取り組みと比較検討していました。 39. 事業所の取り組み目標を定め定期的に評価し、その中で次年度の取り組みを設定していましたが、第三者評価の受診は開設後4年目で今回が最初でした。		