

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 4 年 1 1 月 2 1 日

令和 4 年 1 0 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 渡辺西賀茂診療所ホームヘルプステーションであい 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

特に良かった点とその理由 (※)	1. 質の高い人材の確保 資格取得支援として介護福祉士・介護支援専門員の受験料の半額補助や自動車免許の取得費用、看護師希望の職員への看護学校費用の補助を実施することで職員の意欲への支援を実施していました。 2. 多職種協働 併設されている診療所をはじめ、利用者にかかわる職種（訪問看護・介護支援専門員、理学療法士など）と情報交換、意見交換がされていました。 特に月曜・木曜の朝は多職種と共にミーティングを行い、利用者の変化ついて情報収集し、共有されていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 職務規程にて役割と責任を明確化していました。運営管理者はヘルパー会議及び常勤会議に出席し、職員の意向を聞き取っていました。しかし、運営管理者に対する職員からの評価は出来ていませんでした。 2. 個別援助計画等の見直し 3 カ月に 1 回モニタリングやアセスメントを実施されていましたが、個別援助計画やモニタリング、アセスメントを行う時期や手順、基準が明文化されていませんでした。 3. 業務マニュアルの作成 各種マニュアルは作成され、毎年見直しもされていましたが、明確な見直しの基準が定められていませんでした。

具体的なアドバイス	1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 運営管理者を評価する仕組みを作ることで、部下の指導方法や業務体制の見直しの機会となります。年2回面談を実施していますので、その機会を活用し、部下からの評価を記載する様式を検討されてはいかがでしょうか。 2. 個別援助計画等の見直し 計画の見直し時期や変更の基準などを明確にしておくことで、職員間で統一された業務が行われるのではないのでしょうか。誰が見てもわかりやすい手順書を作成されてはいかがでしょうか。 3. 業務マニュアルの作成 マニュアルは見直しの基準を定め、見直すことでより実践に役立つマニュアルができます。また、事故防止策を反映することで、より使いやすいものになっているかを会議（運営会議）等で定期的に確認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 6)

評価結果対比シート

事業所番号	2610105278
事業所名	渡辺西賀茂診療所 ホームヘルプステーションであい
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)	介護予防訪問介護
訪問調査実施日	令和4年10月20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. 理念は1階通路、事務所に掲示しているほか、ホームページ、パンフレットへの明示や、広報誌「都の風」にも掲載し、利用者や家族に配布していました。また、職員が日々確認する「派遣一覧」にも理念を記載していました。 2. 運営会議の内容を事業所管理会議で検討することで職員の意見を反映していました。職務規程にて組織の意思決定方法や職務権限を明確にしていました。			
(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. 事業計画は半期に1回評価を行い、運営会議及び管理会議で分析を行っていました。単年度・中期3年・長期5年の事業計画も策定していました。 4. ヘルパー会議及び常勤会議で各職員の役割に応じて、現状把握や課題の検討を行っていました。			
(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	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)	5. 運営管理者及び職員が参加する法令遵守・コンプライアンスの研修を実施していました。法令のリスト化はソフト内のフォルダーで関係法令を運用されており、全職員が調べられる体制がありました。 6. 職務規程にて管理者の役割と責任を明確化していました。運営管理者はヘルパー会議及び常勤会議に出席し、職員の意向を聞き取っていました。しかし、運営管理者の評価は出来ていませんでした。 7. 業務日誌により事業状況の把握をしていました。運営管理者が常時携帯電話を所持する事で緊急時に迅速に報告・指示を受ける体制となっていました。
--	--	------------	---

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

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。	A	B
(評価機関コメント)		8. 資格取得支援として介護福祉士・介護支援専門員の受験料の半額補助や自動車免許の取得費用、看護師希望の職員への看護学校費用の補助を実施していました。 9. 法人の教育委員会で勉強会開催計画を策定していました。また、随時必要な研修はヘルパー会議で取り入れ、今回は「薬について」を実施していました。外部研修は勤務扱いの他、参加費も事業所負担で行っていました。 10. 実習受け入れに関する基本姿勢を含めた実習生受け入れマニュアルを整備していましたが、実習を担当する職員に対しての研修は出来ていませんでした。		

(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)		11.、有給休暇取得率や時間外労働のデータは管理者会議で分析をしていました。育児・介護休業に関する規程を設けて、働きやすい環境を整えていました。介護負担軽減のために腰痛予防ベルトの貸与を行っていました。 12. メンタルヘルスの相談窓口として産業医を配置していました。福利厚生制度として民間の制度（会員制宿泊割引サービス等）を活用していました。また、ハラスメントに関する規程を就業規則内に定めており、ハラスメント窓口も設置していました。		

(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	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。	A	B
(評価機関コメント)		13. 事業所情報は、ホームページや広報誌「都の風」に掲載し、地域包括支援センターをはじめ近隣の商店にも配布していました。しかし、情報の公表制度の開示は出来ていませんでした。 14. 地域包括世話人会や地域ケア会議に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズを把握していました。しかし、専門的な技術講習会等の開催は出来ていませんでした。		

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
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. パンフレットやホームページにサービス内容や料金表を掲載していました。また、利用者の問い合わせなどは日報に記入していました。			
(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. 重要事項説明書及び料金表を用いて、サービス内容や料金などについて説明し、同意を得ていました。認知症等により判断能力に支障のある利用者へは後見人等との契約を結んでおり、必要があればパンフレットを用いて説明する仕組みがありました。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントは所定の記録用紙を用いて、介護支援専門員やヘルパーからの情報をもとに、3ヶ月に1回実施されていました。 18. 利用者や家族の希望が介護サービス計画に反映され、同意を得ていました。 19. サービス担当者会議は状況に応じて照会や訪問により開催され、介護支援専門員・医師・福祉用具業者・デイサービスなど様々な職種と意見交換を行い、計画策定に反映していました。 20. モニタリングは3ヶ月ごとに実施していましたが、計画の見直しや変更を行う手順や基準を明記したマニュアルがありませんでした。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		21. 併設されている診療所と毎週月曜・木曜の朝にミーティングを持ち、情報交換をしていました。また、地域ケア会議に参加していました。			
(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。	A	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。	A	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	B	A
	(評価機関コメント)		22. 業務内容について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順）を整備し、それに基づいてサービスを実施し、毎年マニュアルの見直しをしていましたが、見直しの基準を定めていませんでした。 23. 日常のサービス記録はサービス提供記録に記載し、利用者の状態も記録していました。また、ヘルパー会議内で個人情報に関する研修を実施していましたが、記録の保存や持ち出し、廃棄に関する規定がありませんでした。 24. 月1回のヘルパー会議でカンファレンスを行っている他、日々の変化を携帯のアプリ機能等を活用し、利用者の情報を共有していました。 25. サービス提供記録の活用や訪問時に家族と話をすることで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。	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. 新型コロナウイルス感染症に対する研修を実施していました。また、利用者が新型コロナウイルスに罹患した場合でも適切な対策を講じて援助を行っていました。 27. 日々職員による当番制で掃除を行っており、事務所内の備品や書類は整理整頓していました。		
	(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	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。	B	B
	(評価機関コメント)		28. 事故対応マニュアルを整備していましたが、マニュアルに沿った研修や実践的な訓練は行っていませんでした。 29. 事故が発生した場合には、アクシデント・インシデントレポートを作成していました。また、事故防止対策委員会で事故の対策の評価をしていました。 30. 災害マニュアル（火災・地震・風水害）を整備していましたが、マニュアルに基づいた研修や訓練の実施がなく、地域との連携を意識したマニュアル作成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。	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. 年1回、身体拘束禁止や虐待防止について、研修を行っていました。また、接遇・マナー研修において言葉遣いや態度などについても研修を行っていました。 32. 年1回、プライバシーについての研修を行っていました。また、顧客満足度アンケートの内容にもプライバシーに関する内容を組み込み、職員の意識向上に結び付けていました。 33. 原則お断りすることなく受入をしていましたが、訪問エリア及び訪問時間等が沿わない場合は介護支援専門員と相談しながら受け入れ調整を行っていました。			

(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	A
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	B
(評価機関コメント)		34. 顧客満足度アンケートを活用し、利用者や家族から希望や苦情を引き出していました。また、サービス向上委員会では苦情等を検討し、サービスの改善に繋げる仕組みがありました。 35. サービス向上委員会で苦情について検討し、併設されている診療所の玄関に掲示していました。 36. 公的機関等の相談窓口の連絡先は重要事項説明書に記載していましたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。		

(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。	B	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	B
(評価機関コメント)		37. 年1回、顧客満足度アンケートを実施していましたが、調査前後でサービス内容が改善されたかどうかを確認する仕組みはありませんでした。 38. サービス向上委員会での意見を運営会議で検討し、サービスの改善に繋げていました。また、法人内のヘルパー事業所間で情報交換を行っていました。 39. 第三者評価を3年に1回受診していましたが、サービスの提供状況や体制、質の向上のための自己評価や次年度の事業計画へ反映する仕組みがありませんでした。		