

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5 年 1 月 6 日

令和 4 年 1 1 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ほほえみかぐら訪問介護事業所様につきましては、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 (※)	<p>1. 理念の周知と実践</p> <p>法人理念及びサービス精神を事務所内に掲示するほか、ホームページ・広報誌・事業計画・職員の身分証にも掲載することで職員・来訪者・市民にも広く周知していました。さらに朝礼や月 1 回のヘルパーミーティングで唱和することで常に理念を意識したサービス提供に努めていました。</p> <p>2. 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>法人の階層別人材育成計画に加えて、事業所独自の年間研修計画を作成し、実施していました。加えて年間研修計画に基づき、現任研修として年間個別計画シートにより、各職員が研修受講状況を振り返り・把握する仕組みがありました。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>法人の自己評価シートで定期的に事業所評価を行い、課題を抽出していました。さらに、目標管理シートでも事業所評価を行う仕組みがあり、次年度の事業計画に反映していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. 質の高い人材の確保</p> <p>法人のキャリアパスに基づいて人事管理を行い、正規職員で資格取得した場合は、給与等級が上がる仕組みがありました。資格取得に研修案内等の情報提供はしていましたが、資格取得を支援する仕組みはありませんでした。</p> <p>2. 災害発生時の対応</p> <p>自然災害対応マニュアルを整備し、年 1 回更新していました。また、ハザードマップを使用した模擬訓練（危険箇所の確認）を実施していました。しかし、地域との連携を意識したマニュアルにはなっていませんでした。</p>

	<p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>苦情・相談についてのマニュアルを整備し、利用者からの意見、要望をヘルパーミーティングで検討し職員に周知していましたが、意見、苦情の改善状況は公開していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 質の高い人材の確保</p> <p>訪問介護事業所であるため、無資格者を採用することはありませんが、初任者研修修了者が介護福祉士を目指したり、また介護福祉士が介護支援専門員を目指すことが考えられます。例えば、受験対策の勉強会を開いたり、受験対策講座の費用補助などありますが、まずは職員の望む支援内容が何かを聴取したうえで、資格取得のための支援方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 災害発生時の対応</p> <p>訪問介護事業所単体では、地域と連携した災害想定訓練は難しいと思います。母体である社会福祉協議会での災害支援活動の中で訪問介護事業所としての役割を位置づけ、同一敷地内にある社会福祉協議会本所や地域包括支援センターを交えた、訓練を検討されてはいかがでしょうか。その中で見えてくる課題、利用者支援についてもマニュアル化し、有事に備えられてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>利用者からの意見・要望・苦情の改善状況を公表することで、事業所のサービスがどのように行われているのか、意見等があった時にどのような対応をされたのかが分かると思います。苦情等の内容が個人を特定されないように配慮し、ホームページや「ほほえみ通信」などに掲載することで、事業所の透明性が増し、さらに信頼度が高くな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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673400053
事業所名	ほほえみかぐら訪問介護事業所
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4年11月25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. 法人理念及びサービス精神を事務所内に掲示するほか、ホームページ・広報誌・事業計画・職員の身分証にも掲載することで職員・来訪者・市民にも広く周知していました。さらに朝礼や月1回のヘルパーミーティングで唱和していました。 2. 運営規程及び処務規程に職務を明記していました。月1回の訪問介護調整会議（法人）・常勤会議・ヘルパーミーティングで職員の意見を聞き、運営に反映する仕組みがありました。			
(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。	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. 法人が策定する5年ごとの地域福祉活動計画に基づき、年度ごとの事業計画「まごころ・笑顔・チームでつなぐ暮らしの支援」を策定し、半期ごとの振り返りを行っていました。また事業実績をグラフ化することで職員が理解し、事後の運営検討をしやすくしていました。 4. 事業計画の具体的目標の達成に向け半期ごとに振り返るほか、職員個人が行う目標管理シートも業務改善につながるよう、振り返りを行っていました。			
(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	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. 管理者は介護保険サービス集団指導に参加するほか、法人総務課が行う法令研修に参加し、職員に周知していました。各種法令はリスト化し、介護保険関係法令集を備えていましたが、その他の法令は、各自がインターネット検索の方法をとっており、すぐに調べ同じ情報を得る仕組みはありませんでした。</p> <p>6. 管理者は、各種会議に参加し、職員と意見交換することで事業を進めていました。また、職員面談を通して、職員の思いを事業に反映できるよう努めていました。しかし、管理者の行動に対して、職員から評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 管理者は、24時間携帯電話で連絡を取れる体制がありました。各職員の活動把握として、ホワイトボードや行動予定表・月間勤務表を合わせて活用していました。緊急時は、法人内の連絡網やクラウド型ビジネスチャットツールやメールを活用し、必要な連絡を行っていました。</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	B
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. 法人のキャリアパスに基づいて人事管理を行い、正規職員で資格取得した場合は、給与等級が上がる仕組みがありました。資格取得に研修案内等の情報提供はしていましたが、資格取得を支援する仕組みはありませんでした。</p> <p>9. 法人の階層別人材育成計画に加えて、事業所独自の年間研修計画を作成し、実施していました。加えて年間研修計画に基づき、現任研修として年間個別計画シートにより、各職員の研修受講状況を振り返り・把握する仕組みがありました。</p> <p>10. 事業計画に明示した基本姿勢に基づき、実習受け入れに関するマニュアルを整備していました。現状では、介護分野の実習はなく、看護専門学校学生の実習受け入れを行っていましたが、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. 有給休暇は、法人総務課で管理し、事業所内では取得しやすいよう声掛けを行っていました。「京都モデル」ワーク・ライフ・バランス認証を取得し、働きやすさの推進を行っていました。</p> <p>12. 法人で毎年ストレスチェックを行い、結果により医師面談につなげる仕組みがあるほか、心の相談ができるよう南丹市の「こころの体温計」を事務室内に掲示していました。しかし、事務室の一角を休憩スペースとしているため、リラックスでき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. 年4回の広報誌「なんたん社協だより」・ホームページ・パンフレット・年2回のほほえみ通信で事業所情報を開示していました。情報の公表制度の内容は、閲覧できるように事業所玄関に設置していました。</p> <p>14. 法人地域支援課と共に小学校の福祉教育に出向き、今年度は視覚障がい者の理解を促すためにアイマスクや車いす体験を実施していました。また地域ケア推進会議や地域交流イベントへ参加し、福祉ニーズの把握に努めていました。</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. パンフレットやホームページに事業所の情報を掲載していました。また、玄関には運営規程や重要事項説明書を拡大して掲示することで来訪者に見やすく工夫していました。		

(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. 契約時には重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ていました。また、判断力に支障のある利用者や権利擁護のために、法人内にある生活相談センターに相談でき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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>17. 所定のアセスメント様式を活用し、介護認定更新時や区分変更時に再アセスメントを実施していました。またサービス担当者会議に参加し、家族や他サービス提供事業所の専門職より情報を得て、アセスメントを実施していました。</p> <p>18. 訪問介護計画は、利用者や家族の希望を記載したアセスメント用紙や居宅サービス計画をもとに作成し、利用者及び家族に説明して同意を得ていました。</p> <p>19. 訪問看護や通所リハビリの職員などから情報や意見を聞き取り、訪問介護計画に反映していました。</p> <p>20. 訪問介護計画の見直しの際に、専門職種からの情報が必要な時は介護支援専門員を通じて情報を得ていました。モニタリングについては毎月実施していましたが、計画を変更する基準がありませんでした。</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)		21. 介護支援専門員を通して、医師との情報交換をしていました。また、南丹市のサービス事業者一覧を備え連携に活用していました。		

(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	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. 各種マニュアルを整備し、年1回見直し、更新していました。しかし、見直しの基準を定めていませんでした。 23. 複写式の活動記録に訪問時の利用者の状況を具体的に記録していました。また、保管・保存・持ち出し・破棄に関して文書管理規程に定めていました。 24. 常勤会議やヘルパーミーティングで利用者の状況を共有していました。また日々の情報は訪問予定表に細かく記録することで、詳しい情報が共有できるようにしていました。カンファレンスに参加できなかった職員には口頭で伝達していました。 25. 訪問活動時に利用者に変化があれば、連絡ノートに記録したり、家族に電話で伝えていました。サービス提供責任者も訪問しモニタリングすることで、家族と情報共有をしていました。		

(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. 感染症マニュアルを作成し、変更の都度職員に周知していました。また、感染症の研修を年2回実施し、ヘルパーミーティングで伝達していました。インフルエンザ予防接種の補助金を支給することで接種を促し、感染予防に努めていました。 27. 書類、物品は整理整頓していました。掃除は毎日職員が交代で行い、さらに毎週金曜日に念入りに実施していました。		

(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	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・緊急時の対応マニュアルを整備し、緊急時の対応研修を実施していました。連絡網を作成し、指揮命令システムを明らかにすることで、緊急時に備えていました。訪問活動は、車両を使用するため、事故時に対応できるフローチャートやドライブレコーダーを全車に設置していました。 29. 事故が発生した場合、報告書を作成し、ヘルパーミーティングで検討していました。毎年、事故・ヒヤリハットを集計し、事例検討を行い、再発防止に努めていました。 30. 自然災害対応マニュアルを整備し、年1回更新していました。また、ハザードマップを使用した模擬訓練（危険箇所の確認）を実施していました。しかし、地域との連携を意識したマニュアルにはなっていませんでした。		

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
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>31. 年2回ヘルパーミーティング時の研修や虐待防止チェックシートを使用し、虐待防止に努めていました。また、身体拘束禁止については、訪問介護マニュアルに明記していました。</p> <p>32. プライバシーの研修会のほか、年2回プライバシーチェックシートを使用し、プライバシーに対する意識づけをしていました。</p> <p>33. 訪問活動の曜日、時間が合わない場合は、居宅介護支援専門員に説明し、可能な限り対応できるように努めていました。</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。	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	
	(評価機関コメント)		<p>34. アンケートによる意向収集のほか、介護支援専門員を通してや毎月のサービス提供責任者によるモニタリング時にも意向の把握に努めていました。</p> <p>35. 苦情・相談についてのマニュアルを整備し、利用者からの意見、要望をヘルパーミーティングで検討し職員に周知していましたが、意見、苦情の改善状況は公開していませんでした。</p> <p>36. 重要事項説明書に公的機関の相談窓口を記載するほか、第三者委員についても周知してました。</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	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)		<p>37. 毎年アンケート調査を実施し、結果を集計して数値化及びグラフ化することで利用者にもわかりやすくしてました。訪問介護調整会議で法人内事業所のアンケート結果を持ち寄り、対応を協議してました。</p> <p>38. ヘルパーミーティングを毎月実施し、利用者の情報共有・支援方法の検討をしていました。また、京都府ホームヘルパー連絡協議会に加入し、他事業所の情報を得て、サービス向上に努めていました。</p> <p>39. 法人の自己評価シートで定期的に事業所評価を行い、課題を抽出してました。さらに、目標管理シートでも事業所評価を行う仕組みがあり、次年度の事業計画に反映してました。</p>			