

## アドバイス・レポート

令和 3 年 1 2 月 2 4 日

令和 3 年 7 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたあすてる訪問介護ステーションにつきましては、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><b>(通番 7) 管理者等による状況把握</b> 管理者は、タブレットを活用した電子記録、ラインワークスを活用して利用者の状況や様子を常に確認しています。また、管理者は携帯電話を所持し、管理者不在時は「訪問時の緊急対応・事故対応マニュアル」に基づき対応することとしており、職員にも周知徹底されていきました。</p> <p><b>(通番 22) 業務マニュアルの作成</b> 訪問時から各業務内容に至る手順と留意すべき内容を「あすてる訪問介護ステーション業務マニュアル」としてまとめ各職員に配布するとともに、マニュアル委員会にて少なくとも年一回見直す他、適宜見直しています。同内容を職員携行のタブレットにも掲載し、必要に応じて確認、迅速に情報共有できる仕組みがありました。</p> <p><b>(通番 38) 質の向上に対する検討態勢</b> 月一回拠点連絡会議、サービス提供責任者会議においてサービスの質の向上について話し合いを重ね、さらにヘルパー会議にて検討しています。参加できない非常勤職員、登録ヘルパーはLINE通話かZoomで参加し、全員が共有する仕組みとなっていました。また、他事業所との交流や、地域のケアマネ部会に参加した職員が持ち帰って情報提供することで、自事業所の取り組みと比較検討することができています。</p>
<p>特に改善が見込まれる点とその理由</p>	<p><b>(通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b> 「相談・苦情対応マニュアル」を整備して、利用者の意見・要望・苦情に対する対応方法が定め、あがってきた意見や要望、苦情は担当者が報告を苦情解決責任者（管理者）に提出、対応する仕組みとなっています。また、昨年度は利用者に対してサービス向上調査を実施し、結果を集計したものを事業所内に掲示しています。しかし、改善状況を公開するには至りませんでした。苦情等への対応について公表することは、施設運営に対する透明性、信頼性につながり、利用者、家族にとっては意見を言いやすくなることにも繋がります。そのためにも、改善情報を公開されることが望まれます。</p>

具体的なアドバイス	<p>社会福祉法人芳梅会は、「小規模ながらアットホームな理想郷をつくりたい」という創立者の意思を受け継いで、昭和61年に木津川市に木津芳梅会を開設されました。その一つの事業所であるあすてる訪問介護ステーションは、平成4年にホームヘルパー派遣事業所として開設をし、平成23年に木津川市役所前に移転をし、現在は、職員、利用者ともに増加傾向にあり、地域の信頼を得ています。同一事業所内には居宅介護支援事業所、地域包括支援センターも併設しており、日常的に連携を行っています。当日の訪問調査においても、職員のあいさつが徹底されており、チームワークや雰囲気の良さが伺えました。</p> <p>法人においては、人材確保・育成にも積極的に努めており、採用活動チームを立ち上げ、魅力発信や計画的な人材確保を行っています。育成については、キャリアパス制度の整備、研修体系の確立、現場での気づきを促すOJTの仕組みの構築、資格取得の支援等が行われていました。また、職員の働きやすい環境を目指し、ワーク・ライフ・バランス推進宣言・認証企業を取得するとともに、ストレス対策や産休・育休取得支援等にも力を入れています。</p> <p>支援にあたっては、コロナ過において様々な制約もあり職員が集まらない中でも、工夫をして職員間の情報共有についてはICTのシステム、タブレット形式の導入やラインワークスを活用して業務の効率化と利用者のより良い支援つなげ、職員間で常に共有をしています。</p> <p>職員参画のもと策定された法人理念「地域に想いを寄せて、ご利用様と職員にとってすこやかな居場所を目指す」は、全職員に浸透され、実践の具体化のための指標となっています。今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にサービスを提供を期待します。</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+

# 評価結果対比シート

事業所番号	2671400428
事業所名	社会福祉法人芳梅会あずてる訪問会議ステーション
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	2021/11/19
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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
		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)職員参画のもと策定された法人理念は、ホームページ、広報誌に記載され、事業所内にも掲示している。事業所業務マニュアルに明記して職員に配布している。また、年頭に理事長から訓示の文書にて(理念も含めて)全職員に配布している。パンフレットを活用して契約時や利用初めに利用者、家族へ説明をしている。広報紙「かけはし」を年4回送付している。 2)組織図、各委員会図、業務分掌表が整備されている。理事会(年4回)にマネージャーが参加しており、現場の意見が伝えられる仕組みがある。マネージャー会議(月1回以上)、拠点連絡会議(月1回)、ヘルパー会議(月1回)、各委員会等の階層別の会議を定期的開催し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。		
<b>(2)計画の策定</b>						
		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)中長期事業計画、単年度計画を策定している。単年度計画策定については、各拠点のマネージャーが現場の意見をふまえて事業計画を立てている。事業計画は年度初めに職員に伝えるとともに、文書でも配布している。毎月、進捗状況の確認を行っている。 4)事業計画とは別に年間活動計画(事業所目標)を立てている。あわせて人事評価として各職員に年間目標を立ててもらっている。(チーム、個人目標)拠点会議で目標達成具合を確認している。年度途中の目標達成具合は職員会議で確認している。正規職員会議(月1回)を開催し非常勤職員への周知が図れるように徹底している。		
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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	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)責任者が集団指導への参加や研修に参加するなど情報収集をしている。WAMNETの閲覧を定期的に行っている。職員には法改正時には説明および資料の配布をにしている。人権擁護に関する研修に参加している。また、関係法令については事業所に法令集等を設置するとともにネット検索システムを活用して閲覧ができる状態になっている。 6)就業規則において職位・職責等が明文化されている。拠点連絡会議に管理者が参加している。職員の意見を聞く機会として年に1回、管理者による面談を行っている。上司に対する評価をする方法としては京都府福祉職場活性化プログラムの活用をしている。 7)管理者は、タブレットを活用した電子記録、ラインワークスにて利用者の様子を確認している。(記録システム:ブルーオーシャン)管理者は携帯電話を所持し、管理者不在時は「訪問時の緊急対応・事故対応マニュアル」に基づき対応することとしている。(対応が難しい場合は本部が対応している。)		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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)本部にて採用活動チーム(特養職員がメイン)を立ち上げ、就職フェアなどで人材確保等を計画的に進める仕組みがある。パート職員の採用は事業所から本部に相談の上で採用している。(最終権限は理事長)入職してから資格(実務者研修等)を取得できる仕組みがある。入職後の資格取得に合わせての昇給の仕組みがある。</p> <p>9)法人のキャリアパス制度をもとに階層別研修プログラム(「職員教育計画」)があり、それ以外に職員研修計画(内部研修)を整備し、事業所ごとの研修、外部研修の参加の仕組みもある。新人職員には指導職員がついて教えるOJTの仕組みがある。職員が取り組みを発表する場(事例発表会)もある。</p> <p>10)法人にて「実習受け入れマニュアル」が整備されており、事業所において専門学生(介護福祉士)の受け入れを行っている。実習指導者は実習指導者講習を受講している。</p>			
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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。	B	A
		(評価機関コメント)	<p>11)有給休暇の取得状況は法人本部(総務部)において把握し、そのデータが事業所に回ってきて、取得状況に応じて対応をしている。タッチオンタイム(指紋認証のタイムカード)を活用した管理システムを活用してデータ管理をしている。育休、産休、介護休暇等パート職員含め多数の職員が取得しており、女性が働きやすい環境を整えている。スライディングボードやスライディングシートを活用し、職員の負担軽減を図っている。</p> <p>12)ストレス管理については、年1回ストレスチェックを実施し、専門職につなげる仕組みや研修を実施している。年2回の面接時に日ごろの悩みを聞く機会を設けている。福利厚生として、民間社会福祉施設職員共済会に加入するとともに、親睦会など福利厚生制度を整備している。就業規則にハラスメントに関する規程が明記され、相談窓口も明示されている。休憩スペースは事業所の2階に設けている。</p>			
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)ホームページやSNSによる発信を行っている。また、広報誌を関係機関(地域の病院、役場等)への配架を行っている。地域の情報を玄関入り口に掲示している。</p> <p>14)地域ケア会議や認知症カフェに参加し、地域のニーズ把握や相談に乗っている(法人として栄養相談や栄養講座も同時に行っている。)法人としては、さくらホールを地域開放するとともに地域住民対象の体操教室(ファイン元気アップ体操)(月2回)を開催し、介護予防にも力を入れている。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)ホームページやパンフレットでの情報提供を行っている。パンフレットは写真を多用することで、誰にでもわかりやすく、見やすい内容になっている。介護支援専門員等からの問い合わせについては随時対応している。		
<b>(2)利用契約</b>						
		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)		16)重要事項説明書に介護保険外サービスも含め細かく記載して、利用者に説明をし、同意を得ている。成年後見制度等の活用については、事業所内に居宅介護支援事業所があり、必要に応じて情報を提供している。		
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>						
		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	A
		(評価機関コメント)		17)介護ソフトブルーオーシャンの「アセスメントシート」を基に利用者の心身状況や生活状況等を把握してIPADやグループラインを活用し職員間の情報共有を行っている。また、サービス担当者会議を通じて医療等の情報を収集している。定期的及び状況の変化等の際に再アセスメントを実施している。 18)利用者・家族の希望はサービス担当者会議に原則本人同席のもと確認を行い、計画の目標設定等に反映している。また、定期的に意向の確認をしている。 19)計画の策定にあたり、担当者会議や退院前カンファレンスに参加するとともにケアマネジャーを通じて主治医からの連絡表をもらったり・看護師・介護士・機能訓練指導員等の意見を計画に反映している。 20)計画通りにサービスが実施できているかをモニタリングし、毎月、ケアマネジャーに情報提供を行い連携を図っている。また、利用者の状態に合わせて3か月から～1年に1回のモニタリングを行い計画の評価・見直しを行っている。		
<b>(4)関係者との連携</b>						
		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)ケアマネジャーを中心に医師を始め医療、介護等様々な職種が必要に応じて情報交換、情報共有し連携を取っている。関係諸機関、諸団体のリストを作成している。利用者の入退院時カンファレンス、サービス担当者会議に出席し、医師やケアマネジャーとの連携を密に取って受け入れ体制の充実を図っている。		

(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。	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職員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。	A	A
(評価機関コメント)		22)訪問時から各業務内容に至る手順と留意すべき内容を「あすてる訪問介護ステーション業務マニュアル」としてまとめ各職員に配布、マニュアル委員会にて少なくとも年一回見直す他、適宜見直している。同内容を職員携行のタブレットにも掲載し、必要に応じて確認、迅速に情報共有できる仕組みがある。 23)タブレット内の各利用者のサービス実施計画・記録は各職員がパスワードを持って管理し、情報は迅速に報告されている。法人として文書保存規定、個人情報保護規定を設置している。紙媒体のケースファイルは鍵付きの場所に保管している。 24)支援に際して、その都度各職員がタブレット記録で利用者の状況を確認、利用者の状態は常にリアルタイムで把握、共有できるようになっている。各会議の欠席者については個別会議を行って共有、周知徹底を図っている。 25)訪問時の本人の様子や変化をタブレットにあげたり、家族との連絡ノートに記載して情報交換を行っている。そうした手段がない場合は、ケアマネジャーや家族にメールや電話で連絡している。		
(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	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)感染症対策委員会、感染症対策マニュアルを設置し、インフルエンザ、ノロ等には嘔吐物処理方法の実技を含め予防対策を強化、特に新型コロナウイルス感染対策は別個に業務マニュアル内に詳しく記載がある。緊急時に備え感染予防対策グッズ一式を常備している。外部研修に積極的に参加し内部研修は全職員対象に実施している。 27)事業所内清掃は職員が毎日行い衛生管理を行い、個人情報に係わるものは鍵付きロッカーに保管し机上に置かないよう注意して整理整頓に努めている。		
(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、年一回以上、必要な研修また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、年一回以上、必要な研修または訓練が行われている	B	A
(評価機関コメント)		28)事故緊急時対応マニュアル、訪問時緊急対応マニュアルを設置して、指揮命令系統を明確にしている。その内容は研修等で職員に周知徹底している。利用者の訪問販売や詐欺の被害防止も含めてKYT研修を実施している。 29)起こった事故等を、事故報告書、トラブル報告書、ヒヤリハット報告書に分類して記録し、確実に提出して職員全体で再発防止会議を実施している。そこで分析検討した結果をヘルパー会議、正職会議にて全員の周知を図り再発防止に努めている。 30)地域との連携を意識した災害対応マニュアルを設置し、防火組織図を事業所内に掲示している。日常業務において利用者、ヘルパー共に火の元とガス漏れに注意するよう常に意識して声掛けし確認している。いざという時の利用者、職員双方の安否確認等にはグループラインを利用することとしている。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価結果	
				自己評価	第三者評価
<b>IV利用者保護の観点</b>					
<b>(1)利用者保護</b>					
	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、常に問題意識を持ってサービス提供を行っている。	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)理念、運営方針に利用者の人権や意思の尊重を明確にし、サービス提供の際、自己決定権を尊重し選択できる機会の確保に努めている。サービス担当者会議で利用者の意向を尊重したサービス内容かを確認し、本人、家族の同意を得て決定している。身体拘束に関する指針を定め、身体拘束ゼロ実施委員会を開催する他、人権擁護の研修の中で「プライバシー保護」「虐待防止」を取り上げている。</p> <p>32)業務マニュアルに「ヘルパーとして最低限守らなければならないプライバシー保護」を設置、実際の介護の場面、記録、インターネット&amp;SNSでの個人情報の取り扱い、ヘルパー自身のプライバシー保護まできめ細かく定め、プライバシー保護研修で周知している。</p> <p>33)人力的、時間的、地域的に無理な場合を除いて、依頼があれば受けている。サービス提供に特別な技術が必要等の状況があれば、ケアマネジャーと相談の上連携を取って受け入れ体制を整えている。</p>		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>					
	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)苦情受付担当者、苦情受付責任者を定め重要事項説明書に記載、契約時に口頭で説明する他、利用者にも説明している。法人のサービス評価向上委員会が年一回サービス満足度調査を実施している。各担当職員が苦情受付担当者となっており、サービス提供時に利用者が話しやすい雰囲気を作るように心がけている。</p> <p>35)あがってきた意見や要望、苦情は担当者が記録して報告書を苦情解決責任者（管理者）に提出、対応する仕組みとなっている。結果や改善状況について、個人情報保護に配慮して公開することはできていなかった。</p> <p>36)事業所関係者以外の第三者を法人第三者委員として設置し、公的機関の相談窓口と共に重要事項説明書に記載、契約時に利用者、家族等に口頭で説明するほか、保管できるように別紙として書面化し渡している。</p>		
<b>質の向上に係る取組</b>					
	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	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スタッフ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)		<p>37)年一度利用者にサービス向上調査を実施し、結果を集計した上掲示している。分析・検討、課題を明確にして共有している。内容によっては次年度の事業計画に盛り込み、結果を集計前後の改善状況を確認できるようになっている。</p> <p>38)月一回拠点連絡会議、サービス提供責任者会議にてサービスの質の向上について話し合いを重ね、さらにヘルパー会議にて検討している。参加できない非常勤職員、登録ヘルパーはLINE通話かZoomで参加し全員が共有する仕組みとなっている。他事業所との交流や、地域のケアマネ部会に参加した職員が持ち帰って情報提供することで、自事業所の取り組みと比較検討することができている。</p> <p>39)自己評価としては、年度末、年度初めに事業所の努力目標や前年度の反省を部署会議で話し合い、チェックしており、そこで課題を明確にして改善と次期次年度の目標にしている。今回、第三者評価は初めての受診であり、チェックが入らない。</p>		