

アドバイス・レポート

2024年 11月 12日

令和6年5月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 訪問介護事業所ひだまり 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 (※)	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（通番 1）理念の周知と実践 法人には、4つの理念と12の行動指針及び、仕事の心得が定められています。法人の理念や行動指針に基づいたサービス提供を実践するため、全職員に理念・行動指針の書かれた携帯カードを名札に入れて所持することや毎朝の唱和など定期的な研修等だけでなく、日々の生活の中で具体的な取り組みをされています。また、法人独自で「より質の高いサービスを目指して」というマニュアルを自費製作し、会議の前にも読んだり、接遇教育にも熱心に取り組まれています。 II 組織の運営管理 (2) 労働環境の整備 （通番12）労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） ICT 活用として、登録ヘルパー含むヘルパー全員にスマートフォン（タブレット）を所持させて、現地入力ができるようにし、情報共有も即時にできる仕組みです。操作に馴染まないヘルパーに対しては、操作ができるように丁寧に教えながら、事業所として2ヵ月でマスターができるようになり、事業所の効率化にも繋がっています。子育て世代のヘルパーには有休以外に子どもの療養休暇もとることができ、子育て世代のヘルパーも安心して働ける環境です。 IV利用者保護の観点 (1) 人権等の尊重（通番36）利用者の権利擁護 虐待防止や身体拘束、また不適切ケアについては、マニュアル整備や事業所内研修は基本ながら、現実的に困難事例の検討では、本人の置かれた環境について多職種と連携や意見交換等が行われるのですが、実際に対応する訪問ヘルパーたちが、例えば、便まみれで悪臭のする自宅を根気よく掃除をして清潔な環境を整備できると、利用者本人の気持ちも変わり生活自体が変化した好事例も経験されています。そういう実践から、人権を尊重し、本人が生活をしていくための自立支援について、ケアマネジャーや連携機関に提案される機会も大切にされています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	I 介護サービスの基本方針と組織 (2) 計画の策定（通番3）事業計画等の策定 事業計画・事業報告は、職員の意見をもとにした計画や取り組み目標を設定し、年間のPDCAサイクルが確立されており、毎年小冊子に纏めておたれます。中長期計画として、人員や事業拡大については会議議事録には記載されているのですが、中長期計画としての明文化されたものは確認できませんでした。 IV利用者保護の観点 (3) 質の向上に係る取組（通番42）利用者満足度の向上の取り組み サービスの質の向上に向けては、適宜に同行訪問をすることによりチェック機能を果たす仕組みにされており、利用者の満足ができるサービス提供を実施に取り組んでおられます。しかし利用者の満足度調査は実施されていませんでした。

具体的なアドバイス	城陽福祉会の法人設立は、昭和55年に女性が生き活きと働ける社会を目指し保育園を開園することから始まりました。そして、地域のお年寄りの最後のよりどころとなる場所を作り、ご本人とご家族を支えたい強い思いにより、平成10年に高齢者施設、その2年後に訪問介護事業所と居宅介護支援事業所の開設に至りました。保育と介護で地域を繋ぐことを重視し、地域の方々と共に歩み、地域のニーズに応えたサービス、地域の貢献をキーワードに事業所を展開されてきました。 この度の受診されました訪問介護事業においては、複合施設の中に事務所を設置し、地域包括支援センターとの協働や施設の地域交流室を活用し、日々利用者ひとりひとりのニーズに応えながら、その方が地域で生き生き暮らせるために、法人の社会資源をフル活用して、地域にお住まいの利用者様を支えておられます。介護サービスを提供するだけではなく、それぞれの不安や悩み、そして様々な勉強会や予防の取り組みなど、住み慣れた地域で安心して暮らしていけるよう、法人が一丸となって活動されていることを強く感じられました。 丁寧な取り組みと実践されてきている中で、これから取り組む課題としてあえて課題認識されている項目が2点ありました。具体的なアドバイスとしては、下記の通りです。 （通番3）事業計画等の策定 単年度ごとに事業計画・事業報告は、職員の意見をもとにした計画や取り組み目標を設定し、年間のPDCAサイクルが確立されており、毎年、とても丁寧な小冊子に纏めておられます。また利用者や家族等にもわかるように小冊子は、法人ロビーで置いて閲覧されています。しかし中長期計画としては、人員や事業拡大については会議議事録には記載されているのですが、中長期計画としての明文化されたものは確認できませんでした。沿革を拝見すると訪問看護ステーションの立ち上げも昨年されており、法人としての発展が見られます。人員配置や育成も計画的に図られていますが、それが中長期計画として確認できるものがないのは残念でした。中長期計画があることで、単年度計画がブレずに実行できます。中長期計画の策定は、計画策定のプロセス上で法人内の環境と課題を再認識することが可能で、法人が今後実行すべきことを明確にすることができます。また、職員から管理者・理事長まで共有した目的を常に意識したうえで働くことが可能になるので、法人全体のサービスの質や生産性向上にもつながることになります。法人の発展に期待しております。
------------------	---

※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	2692800036
事業所名	訪問介護事業所ひだまり
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護 (予防)
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護 (予防) ・ 居宅介護 短期入所 (予防) ・ 訪問看護 (予防) 特別養護老人ホーム
訪問調査実施日	令和6年9月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「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思決定を行い、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) 法人には、4つの理念と12の行動指針及び、仕事の心得が定められており、事業所もそれに基づいてサービス提供を行っている。職員は毎朝の唱和の実施と理念・行動指針の携帯カードを名札に入れて所持している。法人独自で「より質の高いサービスを目指して」というマニュアルを自費製作し、会議の前にも読み合わせをしている。利用者への周知は、初回説明にて行っている。 2) 毎週、理事長や各管理者の管理運営会議を開催している。また、毎月、事業所会議を開催し、例えば制服のリニューアルなど現場の声を吸い上げた内容の協議を行っている。組織図にて各責任を明確にしている。		
(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	B
		業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標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・事業報告は、職員の意見をもとにした計画や取り組み目標を設定し、年間のPDCAサイクルが確立されており、毎年小冊子に纏めている。中長期計画として、人員や事業拡大については会議議事録には記載されているが、中長期計画としての明文化はできていなかった。 4) 毎月、運営管理会議にて事業所の課題抽出して見直しもしている。給食会議、調理実習も行い、味付けなどの勉強会等も行う。安全衛生委員会や接遇委員会・環境委員会等、各種委員会を毎月定例で開催し、課題解決を検討している。		

(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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) 管理者やスタッフは、ワムネットを確認できる体制があり、職員会議でも関係法令の変更等を周知している。LINEワークスで全職員に情報共有を行っている。 6) 組織図に役職や役割を明記している。年3回の個別面談は個別面談用紙を使用して行っている。管理者自らの評価は「指針決定の流れ」もあり、またストレスチェックのフィードバック項目がある。 7) 経営責任者・運営責任者は、携帯電話を所持し、有事に限らずいつでも直接指示や相談ができる体制となっている。事業の実施状況は、業務日誌で把握し、状況により対応・指示することとなっている。		

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						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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	B
		(評価機関コメント)		8) 理念や行動指針において「期待される職員増」を明確にしている。人材育成計画に基づき、人材育成を実施している。年3回の個人面談を通して個人目標設定をして、人事考課が行っている。 9) 人材確保は、管理者会議で検討し、採用委員会にて管理や整備を行っている。ホームページやパンフレット以外にSNSでの情報発信をしている。InstagramやYouTubeで動画にて魅力発信をしている。 10) 法人としての人材育成計画があり、職員個別の研修計画がある。自己啓発制度もあり受験費用や資格手当が支給されている。事業所では座学や調理実習など合同勉強会を実施している。 11) 実習の受け入れに関する基本姿勢を明文化している。実習指導者は配置されているが、実習指導者に対する研修等が実施されていない。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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)		12) 質の高い介護サービスを提供するため今年度よりICT活用としてスマートフォンを全職員が使用できるように導入と共に教育し、2ヵ月程度で効率化が図られて作業軽減となった。ゴミ出し対応の早朝や土日も営業しているが有給休暇取得もでき、子どもの療養休暇を取ることでもできている。 13) メンタルヘルス体制は、嘱託医の配置があるが、日頃から面談や親睦会等で相談やストレス解消ができる体制がある。年1回、ストレスチェックを外部委託で行い、事業所のストレス状態の把握に努めている。ハラスメントに関する指針を定め体制を整備している。		
(3) 地域との交流						
		地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	B	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。		
		地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		14) ホームページの他に利用者には記念誌やチラシを配布している。併設の施設で認知症カフェを定期的に開催し、利用者含む地域に働きかけを行っている。交流スペースの貸出も行っている。警察と協働して行方不明者訓練に関わっている。他事業所連絡会や地域ケア会議に参加し、地域の各種関係機関と連携をしている。 15) 非該当 16) 地域には自治会がないところもあるが、「地域交流ホール」で認知症カフェや生き生き講座を開催し、住民の交流を図る機会を設けている。		

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
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	17	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)		17) 事業者情報はホームページや情報の公開システムにて公開している。民生委員や老人クラブ、住民の施設見学には随時対応している。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	18	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)		18) 契約の際は、重要事項説明書に基づき利用者や家族に説明し同意を得ている。費用等は別紙にて説明している。権利擁護制度や成年後見制度をご利用されている方もある。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	19	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	20	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
	専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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	A
	(評価機関コメント)		19) アセスメントは、利用者状況に合わせて行い、電子記録にて個別援助計画書を作成して説明と同意を得ている。状況の変化が見られた時は、ケアマネジャーに伝えて見直しを行っている。 20) 個別援助計画の策定やサービス提供内容は、サービス担当者会議に出席のうえ、利用者や家族の希望を聞き尊重している。利用者の自宅に連絡ノートをおいて、随時の相談にも対応している。 21) 個別援助計画の策定にあたり、関係者が集まってサービス担当者会議を開催され参加している。困難事例にも対応し、地域の信頼度も高い事業所として評価を得ている。 22) 個別援助計画は、定期的または状況変化がある時はその都度評価して、ケアマネジャーとの連携の下、見直している。個別に「手順書」を作成しており、適切な支援が実施できるようにしている。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	23	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
	サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。		A	A
	(評価機関コメント)		23) 利用者の状況変化等、要請があれば退院時のカンファレンス等には参加しており、主治医の指示など要点をまとめて職員で共有している。地域ケア会議に参加して、各事業所との意見交換をする機会がある。 24) 在宅介護が難しくなってきた場合や同居の家族の介護疲れなど、突然のニーズには応えている。サービス移行等についてはケアマネジャーとの連携で対応している。			

(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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	26	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	27	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	28	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)		25) 業務マニュアルは、法人共通の「より質の高いサービスを目指して」のマニュアルをもとに指導している。事業所独自でも感染症対策や生活中心型支援など各種のマニュアルを整備している。 26) サービス提供にかかる介護記録はスマートフォンを用いており、記録の質や管理について職員会議で勉強会を実施している。個人情報等の管理体制も確立されており、文書管理規定マニュアルにて、5年保存や産業廃棄物扱いでの廃棄も明記している。 27) ICT活用により情報の共有を端末上でできるようにしている。月1回のサービス管理責任者会議、週1回管理者会議にて情報共有を行っている。 28) 利用者の家族との情報交換は、訪問時に直接お会いした際は、日常の様子をお伝えしており、また連絡ノートを用いての情報のやり取りを行っている。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		29) 法人の感染症マニュアルをもとに感染症研修を行っている。事業所独自の案件に関しては、独自で対応マニュアルを作成し、利用者が継続して在宅介護を受けることができるようにしている。 30) 事業所内の衛生管理は、チェック表に基づいて始業時と終業時に清掃や整理整頓をしている。観葉植物の手入れも職員がしており、働きやすい環境整備をしている。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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	A
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		31) 緊急時対応マニュアルを整備し、毎月の職員会議にて、事故やヒヤリハットについての議題を入れて協議している。重大な事故は緊急に対策会議を行い、法人レベルでも事故対策会議を開催している。 32) 事故の再発防止に向けて、事項の統計を取り、事故対策会議にて検討している。事業所の事故報告書と各種会議が連動するように纏めている。ご家族への報告も行っている。 33) 災害時における利用者リストを作成し、安否確認等が必要な方の優先順位を纏めている。職員においてはメールシステムを活用し一斉メールにて安否確認できる仕組みを取り入れている。 34) 災害に備えて、法人同士の連携や他法人との災害時協定として有事の際の体制が組まれている。感染症に関しては、装着着用し支援の継続をすることとしている。BCP計画に基づいてライフラインに関わる訪問介護の体制を整備しつつある。		

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

IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

人権等の尊重	35	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
利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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)		35) 利用者本位のサービス提供として、本人の意向を確認しつつ、自立支援の観点から支援計画をたてるようにしている。ケアマネジャーに利用者がいつまでも充実した生活をしていくための自立支援について提案することもある。 36) 虐待防止や身体拘束禁止等について、また不適切ケアについては、職員会議等により事業所内研修を実施している。委員会は11月に実施計画を入れている。 37) プライバシー保護や羞恥心については、マニュアルと共に同行訪問等でOJTの機会を設けている。訪問においては鍵の開閉や声の大きさに配慮している。 38) 利用者のサービス等の決定は、ケアマネジャーからの依頼で断ることなく対応している。困難ケースを対応できる事業所として地域の信頼度もある。		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	B	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	公的機関等の窓口で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)		39) 利用者の意向は、訪問事業なので顔の見える関係性で重要視している。同行訪問をOJTの時だけでなく随時行うように仕組化している。また、サービス提供責任者が直接日頃の様子を伺うようにしている。 40) 利用者の意向の対応マニュアルを整備し、意見や苦情を受けた際は、記録処理規定に基づいて処理している。スマートフォンで申し送りや記録支援システムにより記録整備し改善に役立っている。重大な苦情は運営管理委員会へ報告し、法人で対応する体制がある。内容はお便りに掲載したり、エントランスに掲示して公開している。 41) 公的機関等の苦情窓口は、重要事項説明書に記載し、利用者に説明している。利用者からの相談や苦情は、直接に伺うことが多く、場合によってはケアマネジャーを通してのご意見もあるが、すぐに管理者に報告があり対応されている。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	B
質の向上に対する検討体制	43	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	44	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)		42) サービスの質の向上に向けては、適宜に同行訪問をすることによりチェック機能を果たす仕組みにしており、利用者の満足ができるサービス提供を実施している。利用者の満足度調査は実施できていない。 43) サービスの質の向上に向けて、事業所としては毎日のミーティング等で日々の課題を出し、法人としては毎月の運営管理会議で各事業所の課題について検討している。毎月定例で各種委員会も開催しており、全職種の職員には情報共有される体制となっている。 44) サービス提供状況の質の向上のため、事業所や法人として定期的に課題検討等、PDCAサイクルで取り組まれているが、定められた評価基準に基づいた自己評価の仕組みとはなっていない。		