

アドバイス・レポート

令和6年6月7日

令和6年2月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたヘルパーステーション楽生苑につきましては、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>○管理者によるリーダーシップの発揮 管理者の責任を事務分担表で明らかにするとともに、京都府の職場組織活性化プログラムに参加して、職場環境や管理者に対する評価等のフィードバックを受けて、事業運営の改善に役立っています。</p> <p>○地域との連携・情報発信 年4回広報誌『あゆみ』を発行し、事業所に関わっている方に配布しています。また、久御山町社会福祉協議会が開催する認知症カフェ等の活動に協力するとともに、福祉事業所連絡会に参加し情報交換を行っています。</p> <p>○意見・要望・苦情への対応 寄せられた苦情は受付票に記録し定例会議で確認・報告・周知するとともに、苦情解決要綱に基づき組織として迅速に対応しています。苦情・相談の窓口として第三者委員を設置し、年度初めに利用者に周知しています。また、利用者からの苦情等については、許諾を得た上で全事業所に掲示し公開しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定 事業計画の内容等について、利用者や家族に説明・周知する機会が設けられていません。事業計画の実施状況については、3ヶ月に1回事業計画取組表をもとにサービス全体会議や定例会議で確認していますが、モニタリングの様式がチェック方式となっていることから、新たな目標や課題が文書化されていません。</p> <p>○アセスメントの実施 利用開始時にアセスメントは行われていますが、アセスメントの更新や見直しの記録は確認できませんでした。</p> <p>○マニュアルの作成 利用者の尊厳の保持、プライバシーの保護、感染症、リスクマネジメント等のマニュアルを整備し、年1回の見直しが成されています。しかし、サービス提供責任者の仕事についてのマニュアルが確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、久御山町全域を中心に京都市伏見区淀・宇治市・八幡市の一部の地域を対象として25年間の長きにわたり「感謝の心。思いやりの心」をモットーに、ご利用者の笑顔と満足を求めて、質の高いサービスを提供、地域全体の福祉の向上に取り組んでこられました。今後より一層の地域への貢献、サービスの質の向上に努めていただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○計画の策定 訪問介護事業所としての事業計画（1年間の目標や取組み等）を、ホームページや事業所通信（広報物）として配布するなど、利用者や家族に周知する機会を作られてはいかがでしょうか。また、事業業計画の実施状況は、3ヶ月に1回評価を行っています。モニタリングの様式がチェック方式のみとなっていますので、新しい目標や課題が記載できるように記入欄を設けることをお勧めします。</p> <p>○アセスメントの実施 利用開始時にアセスメントは行われていますが、フェイスシートと混在した運用となっており、更新・見直しの記録が確認できませんでした。フェイスシートとアセスメントシートの項目を整理し、計画のモニタリングと併せて定期的にあセスメントを実施していただくようお願いいたします。</p> <p>○マニュアルの作成 サービス提供責任者の仕事に関するマニュアルが確認できませんでした。基本的な仕事の流れや手順（受付からアセスメント、計画策定等、サービス提供、モニタリング等）をマニュアルとして「見える化」し、「ケアの統一化と質の向上」「職員教育の効率化」「業務知識の共有」をより一層図っていただくことを期待します。</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6)

評価結果対比シート

事業所番号	2671100077
事業所名	ヘルパーステーション 楽生苑
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	2024/3/15
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 年度初めにサービス向上全体会議(役職者会議)や定例会議(事業所会議)で資料を配布し職員に説明しています。利用者や家族に対しては契約時に重要事項説明書を用いて説明しています。 2. 毎月1回、役職者会議や各事業所会議を開催しています。職員事務分担表を作成し種別に応じた役割分担を明確化しています。			
(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。	B	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	B	
	(評価機関コメント)		3. 中期計画に基づき単年度の事業計画を策定しています。しかし、事業計画等の内容について、利用者や家族に説明・周知する機会は設けられていません。 4. 事業計画の実施状況は、3ヶ月に1回事業計画取組表をもとにサービス全体会議や定例会議で確認していますが、モニタリングの様式がチェック方式となっており、新たな目標や課題が文書化されていません。			
(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. 関係法令をリスト化するとともに、管理者・主任を対象とした法令順守の研修を実施しています。 6. 管理者の責任を事務分担表で明らかにするとともに、京都府の職場組織活性化プログラムに参加して職場環境や管理者に対する評価などのフィードバックを受け、改善に役立てています。 7. 管理者は毎日のミーティングに参加し状況を把握しています。管理者は緊急連絡用の携帯電話を所持し、必要があれば連絡できる体制となっています。			

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。	A	B
		(評価機関コメント)	<p>8. 人材育成キャリアパス計画を定め職員に周知するとともに、人材育成の評価基準にもとづき計画的に昇格や昇進を行っています。毎年、採用計画書を作成し、求める職員像を明確にして職員に周知しています。</p> <p>9. 採用計画作成前に管理者と施設長が面談し、次年度の採用人数を検討しています。また、町内の福祉就職フェアに積極的に参加し、人材の確保に努めています。</p> <p>10. 採用時に新任職員研修を実施するとともに、研修計画にもとづいて事業所内で毎月研修を実施しています。また、職種・職責に応じた個別研修計画を策定しています。資格取得支援規程に基づき資格取得に必要な研修や受験費用等について助成する仕組みがあります。</p> <p>11. 施設介護実習の手引きを策定していますが、基本的な受け入れ姿勢等が示されておらず、マニュアルとしても活用できない内容です。実習指導者に対する研修は行われていません。</p>			
(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	B
		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)	<p>12. 管理者は職員個々の有給休暇の消化や時間外労働の状況を把握していますが、データ化して他部署と比較する等、活用する状況には至っていません。正職員に関しては年1回以上面談を行っています。</p> <p>13. 毎年ストレスチェックを実施し、必要に応じて産業医との面談を促しています。ハラスメントやメンタルヘルスに関して、就業規則に相談・苦情等の窓口を記載し職員に周知しています。</p>			
(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。	A	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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	B
		(評価機関コメント)	<p>14. 年4回広報誌『あゆみ』を発行ししています。久御山町社会福祉協議会が開催する認知症カフェ等の活動に協力するとともに、福祉事業所連絡会に参加して情報交換を行っています。</p> <p>15. 非該当</p> <p>16. 久御山町や社会福祉協議会が主催する様々な活動で講師等を努めるなど、イベントへの参加・協力は行っていますが、法人・施設の独自の地域貢献活動は行われていません。</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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		17. 利用者等に事業所の情報をホームページやパンフレット等でわかりやすく提供しています。相談は主にケアマネジャーからが多く、新規の相談には「新規依頼確認シート」で受付をし、個別の状況に応じた対応をしています。			
(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. サービス開始にあたり重要事項説明書等にて介護保険内外のサービスの内容・料金等を説明し、同意を得て契約をしています。利用者の権利擁護の為、成年後見人等が必要と思われる利用者についてはケアマネジャーに報告し、定例会議にて協議する仕組みがあります。			
(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	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		19. 利用開始時にアセスメントは行われていますが、更新・見直しの記録は確認できませんでした。 20. 初回の契約時に利用者や家族に意向を確認しています。また、訪問介護サービス計画書の内容についても利用者及び家族に説明をし、同意を得ています。 21. 個別援助計画策定にあたり担当者会議に参加し、ケアマネジャーからの情報を中心に関係職種の意見を照会しています。 22. 訪問介護計画は要介護認定更新時、サービス内容の変更時等、ケアプラン変更に沿って変更しています。また、毎月月末にモニタリング表を作成し、ケアマネジャーに報告しています。			
(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. 利用者の状況に対応できる医療機関等、関係機関のリストを作成し、必要に応じてカンファレンスやサービス担当者会議等に参加しています。 24. 他のサービスへの移行時は主にケアマネジャーと連携する等、関係機関と情報共有を行っています。また、サービス担当者会議にも参加しています。			
(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	B	
	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. 利用者の尊厳の保持、プライバシーの保護、感染症、リスクマネジメント等のマニュアルがあり、見直しに係る指針により年1回の見直しを行っています。しかし、サービス提供責任者の仕事についてのマニュアル（受付からアセスメント、計画策定等、サービス提供までのマニュアル）は確認できませんでした。 26. 年1回研修を実施するとともに、個人情報保護規定、文書取扱規定により、個人情報等の保管、保存、持ち出し、廃棄、情報開示等を定め管理しています。個人情報の使用に関しては契約時に説明し、同意書をとっています。 27. 毎月の定例会議、サービス提供時の申し送りや指示によって情報を共有しています。事業所内でネットワークシステムがあり、必要な情報を共通できる仕組みがあります。 28. 毎月サービス提供責任者が自宅を訪問し、意向を確認しています。サービス提供時には連絡帳を活用し、家族と双方向で情報交換ができるようにしています。
------------	--

(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. 事業継続計画と感染対策マニュアルを整備し、年2回研修を実施しています。感染の情報はサービス手順書に記載し二次感染を予防しています。 30. 事業所内の書類・介護材料・備品等は整理整頓されています。		

(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	B
(評価機関コメント)		31. 緊急時対応マニュアルを整備し、急変時事故発生時に対応しています。救命救急講習を年1回実施しており、正職員全員が参加しています。 32. 今年度は事故は発生していないとのことでした。ヒヤリハットについては、毎月の定例会議で報告し、対策を検討しています。また、2ヶ月に1回、法人全体の事故防止対策委員会を開催し、再発防止策の検討を行っています。 33. 法人として災害発生時のマニュアルを作成し、全事業所一体的に事業継続を図っています。地域の自治会と非常災害時における覚え書きを締結し、相互の協力体制を整備しています。2023年度は水害を想定した訓練と夜間消防避難訓練を実施しました。 34. 大規模な自然災害、感染症まん延等に備えてBCPを作成していますが、BCPに基づいて定期的な研修や実践的な訓練等ははまだ実施していません。		

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)	<p>35. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行う事を、重要事項説明書やパンフレットに記載し、事業計画に反映しています。事業所内外や法人全体、あるいはeラーニング等を活用し、勉強会や研修を実施しています。</p> <p>36. 身体拘束適正化委員会・高齢者虐待防止委員会を2ヶ月に1回開催し、不適切な事案が生じた場合には発生要因などを確認して対応方法を検討し、議事録に残して職員に周知しています。</p> <p>37. プライバシー保護について業務マニュアルを整備し、定例会議で職員に意識づけをしています。プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供や援助の方法については勉強会を行っています。</p> <p>38. 利用依頼の受付は日報に記録し、対応が困難な場合はケアマネジャーを通して他の事業所を紹介しています。</p>
------------	--

(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。	A	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>39. サービス提供責任者が毎月自宅を訪問し、利用者の要望等を確認しています。寄せられた苦情は受付票に記録し、定例会議で確認・報告・周知しています。</p> <p>40. 利用者からの苦情等は苦情解決要綱を定め組織として迅速に対応するとともに、許諾を得た上で全事業所に掲示し公開しています。</p> <p>41. 複数の苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し、利用者に周知しています。苦情・相談の窓口として第三者委員を設置し、年度初めに利用者に周知しています。</p>		

(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	A	A
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。	A	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)		<p>42. 年1回、訪問介護独自のアンケート様式にて満足度調査をしています。結果はホームページで公開すると共に、印刷して利用者・家族に配付しています。満足度調査結果は定例会議で諮るとともに、法人内のサービス向上委員会でも共有・検討を行っています。</p> <p>43. 法人内でサービス向上全体会議を毎月第2金曜日に行い、各事業所の現状や課題等情報共有しサービス改善について検討しています。町内福祉施設行政担当課等連携会議を2ヶ月に1回開催し、他事業所の評価や取り組みについて情報収集をしています。</p> <p>44. 第三者評価の様式を用いて、管理者による自己評価を実施しています。評価結果はサービス向上全体会議や定例会議等で具体的な取り組みの確認し、職員に回覧をしています。訪問介護事業所として第三者評価の受診は今回が初めてです。</p>		

