

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 29 年 2 月 21 日

平成 29 年 1 月 18 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 訪問介護ステーションふくろう様につきましては、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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 個別援助計画等の見直し</b></p> <p>訪問介護計画書の見直しについては、月 1 回実施されているモニタリングにより、利用者の状態・状況の変化の有無を確認し、実施できる仕組みとなっていました。また、利用者管理チェックシートを用いて見直し時期がわかる工夫がされていました。</p> <p><b>2. 意見・要望・苦情の受付</b></p> <p>年 1 回実施されている利用者満足度アンケートだけではなく、利用者および家族に、「ご意見はがき」を毎月送付し、意見・要望などを引き出す取り組みを実施されていました。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>品質マネジメントシステム ISO9001 を活用し、年 2 回の内部監査を実施され、抽出された課題について、分析を行い、再発防止策や改善策を挙げ、評価を実施することにより、サービスの質の向上のための取り組みを着実に積み上げておられました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 人権等の尊重</b></p> <p>年 1 回虐待防止について職員研修が実施されていました。関連資料を配布され周知を図られていますが、身体拘束禁止が明示されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 人権等の尊重</b></p> <p>身体拘束は、本人に対し身体機能の低下や精神的苦痛、認知症の進行等をもたらすだけでなく、事業所に対する社会的不信・偏見を生み出す等、様々な危険性を持っています。研修開催だけでなく、高齢者虐待の未然防止や早期発見への職員の意識が高まる取り組みとして、業務手順書内に身体拘束禁</p>

	止を明示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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

# 評価結果対比シート

事業所番号	2671200968
事業所名	訪問介護ステーションふくろう
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 訪問看護、介護予防訪問看護
訪問調査実施日	平成29年2月3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
<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. 事務所に理念、運営方針を掲示するとともに、名刺にも記載され、全職員が常に理念に向かった支援を行うことを目標にされていました。また、ホームページやパンフレットに理念を掲載し、利用者や家族にも広報されていました。 2. 理事会や運営会議、訪問介護会議や委員会など、案件別の意志決定方法が定められていました。また、職務分掌規程を策定し、権限を明確にされていました。		
<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. 前年度の課題や中長期計画を盛り込んだ事業計画を作成し取り組まれていました。また、月1回開催される訪問介護会議で現状把握を行い課題についての話し合いが行われていました。 4. 事業計画に基づき、職種ごとに課題が設定され、「年度方針展開表」を用いて具体的な取り組みを記載されていました。課題の達成状況について、月1回の訪問介護会議で確認され、半期に1度、評価をされていました。		
<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. 関係法規一覧を事務所でファイリングし、遵守すべき法令をすぐに調べられる体制を整えておられました。また、介護保険委員会を設置し、年2回、自主点検表を読み込むことで周知を図っておられました。 6. 職務分掌規程で役割と責任を明確にし、施設長が年1回職員と面談することで、意見や管理者の評価も確認されていました。 7. 管理日誌を作成し事業の実施状況把握を行っておられました。また、緊急連絡網を整備し、迅速に連絡・連携が取れ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
<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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 法人本部にて採用等の管理が行われていました。資格取得支援に関する規程を定め、介護福祉士や介護支援専門員の受験対策講習会を開催されていました。また、外部研修への積極的な参加を促し、勤務変更などの対応も行われていました。 9. 教育訓練計画書に基づき、新人研修や現任研修を実施されていました。また、外部の研修への参加や毎月職場内の研修を実施されていました。 10. 介護実習受入マニュアルを整備し、実習指導者の研修を受講した職員が実習担当をされていました。		
<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	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、スタッフが充分に休むことができ、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. 職員の労働状況をデータで管理されていました。また衛生委員会では職員の就業状況や面談を通じて意向を把握し、労働環境の向上に努めておられました。 12. 管理者による職員への年2回の面談やカウンセラーの相談窓口を設置され、職員の悩みやストレスを解消する体制がありました。また、休憩室は十分な広さが確保され、適時使用されていました。		
<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)		13. 年4回発行の機関紙「ふくろう通信」やホームページを通じて事業概要や運営理念の広報・啓発に努めておられました。 14. 自治会や隣接する他福祉施設と合同の秋祭りで介護相談コーナーにて地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めておられました。		

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
<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は、法人全体としての情報から、事業所別の情報を、確認できる構成にされていました。また、保険対象外サービスの内容や料金について、わかりやすい表示で作成されたパンフレットがあり、活用されていました。		
<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. 重要事項説明書にサービス内容や料金が記載され、説明し同意を得ておられました。		

(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	A
(評価機関コメント)		17. 初回訪問面接シート及びアセスメントシートを基に、利用者の状態を把握し、利用者・家族の希望や意向の把握、課題分析が行われていました。アセスメントは、3ヶ月に1回実施されており、計画変更の必要性も確認されていました。また、個別に見やすく整理されていました。 18. アセスメントにより、利用者及び家族の希望や意向を把握し、訪問介護計画書に反映されていました。 19. サービス担当者会議に参加し、医療や関係事業所の意見を聞き取り、居宅介護計画に基づいた訪問介護計画書が作成されていました。 20. 計画書の見直しについては、1ヶ月に1回実施されているモニタリングにより、利用者の状態・状況の変化の有無を確認し、実施できる仕組みとなっていました。また、利用者管理チェックシートを用いて見直し時期がわかる工夫がされていました。		

(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. 利用者の退院前カンファレンスの参加や介護支援専門員を通じ、関係機関と連携できる体制がありました。		

(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	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. 手順書は、業務ごとにファイリングされ、閲覧しやすいものとなっていました。各種手順書の見直しは、毎年3月実施を文書管理規程に定めておられました。また、文書見直しチェック表にて確実に見直しされていました。 23. 利用者の状況及びサービスの提供状況は、ケース記録や「連絡・調整・その他記録」ファイルに、利用者別に管理されていました。また、利用者記録の保管・保存・持ち出し・廃棄については、「記録管理規程」に定められていました。 24. 月1回の訪問介護会議で情報の共有が行われていました。また、全職員に業務携帯が貸与されており、緊急時等の連絡や利用者の状況把握が随時できる体制となっていました。 25. サービス提供時に訪問カードを活用し、利用者の家族等との情報交換を行っていました。また、家族等からの連絡については、連絡ノートを設置し、活用されていました。		

(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. 「衛生管理・感染予防要領書」を策定し、年1回見直しと、必要に応じて改定をされていました。ヘルパーは常に手袋・ガウンなどを携帯し、二次感染を予防する体制をとられていました。また、年2回の職員研修や訪問介護勉強会を開催されていました。 27. 事業所内は整理整頓・清潔が保たれていました。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 「訪問介護（介護予防訪問介護）業務手順書」において、緊急時の対応が定められていました。また、消防署に依頼しAED講習の開催や、法人内の看護職による応急手当等の講習会も実施されていました。 29. 「ほっと報告書」でヒヤリハットを挙げ、訪問介護会議にて共有し、事故等の予防に取り組んでおられました。 30. 「訪問介護（介護予防訪問介護）業務手順書」に派遣時に災害に遭遇したときの対応の仕方も定められていました。また隣接する有料老人ホームで年2回実施される避難訓練や法人が開催する防災教育に参加されていました。		

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

#### 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	B		
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回虐待防止について職員研修が実施されていました。関連資料を配布され周知を図られていますが、身体拘束禁止が明示されていませんでした。 32. 訪問介護（介護予防訪問介護）業務手順書にて、利用者のプライバシー保護や羞恥心に配慮したサービスの提供や援助について明示されていました。また、年1回プライバシー保護について研修を実施しておられました。 33. 新規相談はすべて対応していました。規定に定める利用者数超過となる時は責任を持って関係機関につなげておられました。				
(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	A		
(評価機関コメント)		34. 年1回、利用者満足度アンケートを実施されていました。また、毎月「ご意見はがき」で要望等を引き出す取り組みを実施されていました。 35. 「苦情解決実施要領書」や「ご意見受け付け手順書」で「コールバック連絡書」（報告書）にて施設長へ報告し、評価改善され公開する仕組みがありました。 36. 苦情受付担当者及び苦情解決責任者を事業所内に掲示されていました。また重要事項説明書にも苦情受付について明記されていました。				
(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。	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)		37. 年1回実施の利用者満足度アンケートは、訪問介護会議で検討され、結果を訪問時に利用者・家族へ手渡しで報告されていました。 38. 月1回運営会議で課題について検討されていました。また、法人内訪問介護事業所担当者による内部監査を年2回実施され、他事業所の取り組み内容を確認し、情報共有されていました。 39. 年2回の内部監査や年1回ISO9001の更新審査を受審し、課題の明確化を図り、次年度の目標の策定や、事業計画に繋がる仕組みになっていました。				