

アドバイス・レポート

令和5年12月4日

令和5年8月19日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「墨染の家ほっこり」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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>通番 6 管理者等によるリーダーシップ発揮 「ヒアリングシート（一般職用）」において上司に対する評価の項目があり、定期的に評価・見直しを行っています。職員ヒアリングにおいても上司とのコミュニケーションが良好であることが確認できました。</p> <p>通番 12 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） 入職後4年目の職員2名のヒアリングから仕事にやりがいを感じていることが分かりました。また、職員の意見が職員会議で取り上げられ、業務改善につながっていて、事業所内の風通しの良さを感じることができました。 年間休日について、公休日数120日とは別にリフレッシュ休暇連続10日間、誕生日休暇1日、さらに有給休暇があり、とても充実した勤務体制となっていて、ワーク・ライフ・バランスの取り組みも充実していました。</p> <p>通番 14 地域との連携・情報発信 墨染の家ほっこりがある墨染まちとくらしセンターでは、看護小規模多機能型居宅介護、訪問看護、居宅介護支援事業所に加え、地域包括支援センター、こども保育園、つどいの広場、障害者地域生活支援センター、健康教室、Cafe などがあり、地域交流、地域貢献といった多世代が交流する拠点となっています。マルシェ（市場）や手作り市など様々な催し物を企画されて地域の活性化の拠点として一役を担っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番 3 事業計画等の策定 事業計画を作成し、運営推進会議にて周知されていますが、ご利用者やご家族に広く周知されていることは確認できませんでした。</p> <p>通番 25 業務マニュアルの作成 「介護サービス提供マニュアル」は令和3年度から改定がなく、改定履歴もありませんでした。</p> <p>通番 42 利用者満足度の向上の取り組み 墨染の家ほっこり開設以来、満足度調査の実施の確認ができませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 3 事業計画等の策定 事業計画について、ご利用者やご家族に広く周知するためにも現在活用しているコミュニティーツールである広報誌、インスタグラム、ホームページ、LINE WORKS (※) 等を活用し周知されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 25 業務マニュアルの作成 全ての業務マニュアルは整備されていて年度初めに改定されていましたが、「介護サービス提供マニュアル」は令和3年度から改定と改定履歴がありませんでした。他のマニュアルと同様に年度初めの見直しの際に改定履歴（改定する内容がなかったこと）を記載されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 42 利用者満足度の向上の取り組み 今年度中に満足度調査を実施すると伺いましたが、調査の原案等が確認できませんでした。広く意向を確認する手段の一つとしてご利用者の満足度を定期的に調査し、調査結果から具体的な改善に繋げていくためにも早急に満足度調査を実施されてはいかがでしょうか。</p> <p>※「LINE WORKS」とは、ビジネス版 LINE と呼ばれる、企業や団体向けのコミュニケーションツールです。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2690900531
事業所名	墨染の家ほっこり
受診メインサービス (1種類のみ)	看護小規模多機能型居宅介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	居宅介護支援、訪問看護
訪問調査実施日	令和5年10月27日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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)			理念は、事業所の玄関等、目立つところに掲示されています。広報誌「さくらだより」や「墨染の家ほっこり通信」にも掲載し、ご家族等にも理念・運営方針が周知されています。 社会福祉法人京都老人福祉強化事業総括会議を月1回開催し、様々な案件を協議されています。また法人組織図にて各自の責任を明確にし、「職責フレーム」（職務分掌表）にて職位別の職責を明確にされています。		
(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	A
	(評価機関コメント)			単年度の事業計画に加え、中長期計画も作成されています。事業計画の策定、評価を行う職員会議で夕食提供時間の改善などを検討し、提供時間の変更に至った事例を確認できました。事業計画の周知については、月1回の運営推進会議にて周知されていますが、広報誌、インスタグラム、ホームページでのご利用者・ご家族への周知は行われていませんでした。 事業計画において、5つの目標が設定され、達成状況については職員会議で定期的に評価し、必要があれば見直しを行っています。		
(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。	B	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。	B	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)			運営指導や法人内の法定研修に基づき法令集（令和5年9月30日最新版）を作成し、LINE WORKSにて周知・共有されています。 「職責フレーム」（職務分掌表）にて役割と責任を明確にし、運営会議にて事業計画や運営方針について意見を述べるができます。「ヒアリングシート」を活用し、職員ヒアリング（年2回）を実施して職員の意見を聞く機会を持っています。「ヒアリングシート」には上司に対する評価の項目がありました。 緊急連絡網を作成するとともに、LINE グループを活用し緊急時においても連絡が取れるようにされています。また事業内容については、介護記録、申し送りファイルを常に確認し、必要に応じて指示を出されています。		

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	B	
	実習生の受け入れ	11	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>「令和5年度研修要綱」に研修理念があり、期待する職員像等が記載されています。</p> <p>「ヒアリングシート」、「パーソナルデザインシート」を用いて、管理者が各職員の評価を行っています。</p> <p>「2023年度配置・異動方針」や「2024年度新規職員採用計画」等のスケジュールと分析があり、計画的な人材確保に努めています。</p> <p>法人研修委員会で策定した「令和5年度京都老人福祉協会研修計画」があり、新人研修、キャリアアップ研修（年2回）、新人フォローアップ研修（年6回）などが定められ実施されています。職員会議では研修の報告のみとなっていて気づきを促す仕組みの確認が出来ませんでした。</p> <p>看護学生の実習受け入れを行っていて、マニュアル等が整備されています。</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	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)		<p>勤怠管理システムにて有給休暇、時間外労働を管理されています。休暇について、リフレッシュ休暇の連続10日間取得や誕生日休暇1日などがあります。LINE WORKSを活用し、職員間の情報共有を図っています。育児休業の取得もあり、11月に男性職員の取得を予定されています。</p> <p>就業規則に明記されている「明るい職場推進室」という相談窓口があり、休憩室等に掲示されています。</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。	B	B	
	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)		<p>法人理念の「共同」にあるように地域になくならない「共に生きる」存在であり続けたいことから運営推進会議、地域ケア会議等にて社会資源や地域の情報を収集し地域課題を把握してホームページ、Instagramにて情報提供されています。</p> <p>地域の小学校へ休日参観のキャリア教育講師の派遣や地域イベントへの看護師派遣などに取り組まれています。また月2回マルシェ（市場）の開催や手作り市の開催など、様々な催し物を企画されて地域の活性化の拠点として一役を担っています。</p> <p>新型コロナの影響後、ボランティアの受入ができず、マニュアルや受入に関する基本姿勢などが整備されていませんでした。</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	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)		パンフレットは施設概要・利用料金等が分かりやすい内容となっています。問い合わせに対しては相談記録、見学記録を作成されています。体験利用者の相談に対しても対応されています。			
(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)		利用の際の重要事項説明はご利用者、ご家族へ丁寧に行っていて利用料金等の同意を得られています。成年後見制度の活用は地域包括支援センターと連携されています。実際の契約利用者も確認できました。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	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)		アセスメントは3カ月に1回実施、毎月ケース会議を実施して利用者ニーズを把握されています。 サービス担当者会議にはご利用者、ご家族、多職種の職員が参加されて情報共有ができています。 ケアプランを基に個別援助計画書を作成して個別処遇に取り組まれています。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		主治医と入退院連絡票にて情報共有されています。虐待ケースや支援困難ケースは地域包括支援センターと連携して問題解決されています。 他のサービス移行時は居宅介護支援事業所と情報交換が行われてスムーズな移行システムが構築されています。			
(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)		各種マニュアルは整備されていて年度初めに見直しをされていますが、「介護サービス提供マニュアル」は、令和3年度以降改定がなく、改定履歴も確認できませんでした。 ご利用者の情報は申し送りファイル、電子カルテ記録にて情報共有されています。ご家族とは、自宅訪問や連絡帳、LINE WORKSも活用して情報共有されています。			

(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)		「感染症予防マニュアル」、BCP が整備されています。感染症予防研修は年 2 回実施されています。業者派遣講師による感染症予防研修も実施されています。施設内環境整備が実施され、臭気は感じられませんでした。		

(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。	B	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。	B	B
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)		「事故発生対応マニュアル」、「緊急時対応マニュアル」が整備されていて毎年改定もされています。 事故発生時は速やかに連絡、報告するシステムが構築されています。 災害時の備蓄は整備されていましたが、リスト管理はされていませんでした。 年 2 回の防災訓練が実施されていて、地域の防災訓練にも参加されています。防災研修の実施はされていませんでした。		

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	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>12月に権利擁護・虐待防止研修が予定されています。「虐待防止マニュアル」、「利用者への虐待防止に関する指針」が整備されています。</p> <p>「2023年度虐待防止・身体拘束・不適切ケア等不具合的取り組み計画書」を整備し、運営会議内に虐待防止検討委員会を設けて虐待案件の協議や情報共有を行っています。</p> <p>「プライバシー保護マニュアル」を整備し、個人情報保護・プライバシー研修を実施されています。</p> <p>利用申し込みについては基本的に断らない姿勢ですが、定員やエリア的に困難な場合は、他法人の小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センターや行政と連携されています。</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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>毎月、ケアマネ業務による管理者の自宅訪問や多職種が自宅訪問を行い、ご利用者・ご家族の意向を確認して支援に反映させています。ご家族の希望があれば、LINE WORKS等を使用して、相談ができる仕組みを整えています。</p> <p>「相談・苦情対応マニュアル」が整備され、マニュアルに沿って「苦情相談票」を用いて職員間で改善策等を協議し、共有されていますが、個人情報保護に配慮しながら公開する仕組みが確認出来ず、公開された実績はありませんでした。</p> <p>第三者委員会を設け、重要事項説明書に記載して事業所の玄関に掲示されています。</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。	C	C	
	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>開設以来、満足度調査は実施されていません。</p> <p>サービスの質の向上に係る事は、それぞれ毎月の運営会議や職員会議にて協議されています。食事提供時間の改善などを検討し実践されています。また法人内で年1回、事業所交換研修を実施し、他事業所との比較や情報収集を行い、自事業所での新たな取り組みや改善を行っています。</p> <p>従業員等の自己評価を運営推進会議にて事業所の評価としてまとめ、運営推進会議出席メンバーからコメントを得て次年度の計画に繋がられています。</p>			