

様式 7

**アドバイス・レポート**

令和 2 年 1 1 月 1 9 日

令和 2 年 1 0 月 1 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたシルバースター訪問介護事業所様につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1. 利用者の家族等との情報交換</b></p> <p>サービス提供責任者が週に 1 回は訪問サービスをシフトに組み込む工夫を行い、担当利用者のサービス提供状況の確認や利用者・家族と積極的にコミュニケーションを取る機会が持てるよう配慮を行っていました。</p> <p><b>2. 個別援助計画等の見直し</b></p> <p>毎回の訪問記録に必要な応じて特記を記載し、その記録を集約して経過記録を作成し、モニタリングに活用していました。また『サービス提供責任者業務マニュアル』を作成し、計画変更の基準やその手順等を定めていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <p>事業計画を策定しておらず、組織体制・運営の現状分析や課題の明確化ができていませんでした。</p> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>「サービス提供責任者業務マニュアル」や「訪問介護業務マニュアル」を作成し活用していました。「訪問介護業務マニュアル」は、随所に絵やイラストを用いて分かりやすく作成していました。しかし、定期的な見直しがなく、苦情や事故防止策の具体案を反映する仕組みがありませんでした。</p> <p><b>3. 利用者満足度の向上の取組み</b></p> <p>年に 1 回の利用者アンケート等の取組み、検討会議の設置等は実施していませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <p>事業計画はサービスの質向上や利用者満足度の向上、事業の拡大など今後事業をどのように展開していくかを職員全員で把握し、その目標に向けて実行するためにも必要不可欠なものです。ぜひ、単年度及び中・長期計画を作成し、それに基づいて運営を振り返ることで、計画どおりに目標に向かって進んでいるかを明確にされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>マニュアルの見直しを定期的実施することで、最新の情報を取り入れた内容やその時々に対応したサービス内容を反映できます。各マニュアルの見直し基準と方法を（いつ、誰が、どのように、見直しの年月を記録する等）定められてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 利用者満足度の向上の取組み</b></p> <p>アンケートを作成し匿名の形で記入してもらうことで、直接職員に伝えにくい意見も出しやすくなり、より事業所のサービスの質向上や改善に繋げていくことができるのではないのでしょうか。また担当者を決定し、満足度調査の実施時期、実施方法等を決めておくことで、定期的に継続して実施しやすくなるのではないのでしょうか。毎年の実施をお勧めします。</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)

※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	2670600820
事業所名	シルバースター訪問介護事業所
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)	
訪問調査実施日	令和2年10月27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
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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		1. 運営方針を記載した運営規程及び重要事項説明書の最新版を事業所内にファイリングし誰でも見ることができるようになっていました。しかし、職員及び利用者や家族理解が深まるような取組みはできていませんでした。 2. 組織図をもとに意思決定方法が定められていました。また、管理者はヘルパー会議を通して、役員会の報告や職員の意見を運営に反映していました。しかし、職員の権限委譲及び責任を明確にしている規定はありませんでした。			
(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	C	
	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		3. 事業計画を策定しておらず、組織体制・運営の現状分析や課題の明確化ができていませんでした。 4. 現状把握等は随時行っていましたが、課題の設定には繋がっていませんでした。また、課題が明確になっていない為、定期的な見直しも行われていませんでした。			
(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組みを行っている。	B	C	
	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。	B	B	

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. 管理者は法令遵守の観点での研修に参加ができていませんでした。また、把握すべき法令のリスト化や調べられる体制、職員への周知もしていませんでした。 6. 運営規程に管理者自らの役割と責任について文書化していませんでした。しかし、運営方針等を決定する為の会議等がありませんでした。管理者自らを把握、評価、見直しをする為の方法はありませんでした。 7. 管理者は、携帯電話を常に所持しメールやLINEを活用して常に連絡が取れる体制があり、緊急時に指示を出せる体制となっていました。また、業務日誌で日々の状況把握をしていました。		

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

## II 組織の運営管理

### (1) 人材の確保・育成

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。	B	B
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。	C	B
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。	C	C
(評価機関コメント)		8. 有資格者の採用や採用後の資格取得支援（初任者研修の費用負担）を行っていましたが、人事管理に関する方針は確立していませんでした。 9. 事務所内に研修案内の掲示し、参加する際の費用は事業所負担で支援していませんでした。しかし、体系的な研修の実施計画はありませんでした。 10. 実習受け入れに対する基本姿勢や受け入れマニュアルの整備、職員研修等行っていませんでした。		

### (2) 労働環境の整備

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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)		11. 腰痛がある職員には必要に応じてコルセットの費用負担をしている他、移動には事業所所有のバイクを使用していました。しかし、有給休暇消化率のデータの作成はなく、職員の就業状況や意向を把握する仕組みもありませんでした。 12. 福利厚生として毎月会議後に実施する飲食費用を事業所負担で行っていましたが、事業所の規模が小規模の為、管理者をはじめ話しやすい環境であると聞き取りましたが、組織や上司に対する要望・不満をくみ取り、対応・解決する仕組みが確認できませんでした。		

(2) 地域との交流				
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。	C	C
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。	C	C
(評価機関コメント)		13. 運営理念を地域に開示・広報はしていませんでした。情報の公表制度の開示も独自には、していませんでした。 14. 講演会や相談事業等、事業所が有する知識や機能を地域に還元するような取り組みは、していませんでした。		

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

### 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	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。	C	B
(評価機関コメント)		15.パンフレットやホームページを作成し、事業所情報を提供していましたが、料金に関する記載がありませんでした。利用者の問い合わせについては、個別に対応していました。		

#### (2) 利用契約

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。	B	A
(評価機関コメント)		16.重要事項説明書で同意を得ていました。保険外サービスに関しては、必要時別途の書面で同意を得ていました。現在、後見人等との契約を結んでいるケースはありませんでしたが、必要に応じて契約できる体制となっていました。		

#### (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。	B	B
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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		17.事業所統一のアセスメントシートを用いて、医師やリハビリ職と必要に応じて連携しアセスメントを行っていました。しかし、定期的なアセスメントが書面やパソコンデータで確認できないケースがありました。 18.アセスメントと訪問介護計画を照らし合わせ、利用者一人ひとりの目標設定、また利用者や家族の希望を盛り込んでサービス内容の策定ができていました。訪問介護計画は利用者及び家族の同意を書面で得ていました。担当者会議については、利用者本人が参加していました。 19.訪問介護計画の策定にあたって、介護支援専門員にFAXで意見照会を行った。ケースによっては、主治医に連絡を取ってアドバイスを受け、支援内容に反映していました。また退院前カンファレンスやサービス担当者会議に参加し、多職種から意見を聴取して支援内容に取り入れていました。 20.毎回の訪問記録に必要に応じて特記を記載し、その記録を集約して経過記録を作成し、モニタリングに活用していました。また『サービス提供責任者業務マニュアル』を作成し、計画変更の基準やその手順等を定めていました。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		21. 退院前カンファレンスに参加及び退院サマリーにて医師や利用者の入退院時の連携体制が取れていました。事業所内に「ハートページ京都市版」（京都市内の介護事業者連絡先の情報誌）を用意して必要時に活用していました。しかし、地域包括支援センターや行政・関係機関等と有機的な連携が取れていませんでした。		
(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。	C	B
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。	B	B
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	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		22. 「サービス提供責任者業務マニュアル」や「訪問介護業務マニュアル」を作成し活用していました。「訪問介護業務マニュアル」は、随所に絵やイラストを用いて分かりやすく作成していました。しかし、定期的な見直しがなく、苦情や事故防止策の具体案を反映する仕組みがありませんでした。 23. 利用者毎に毎回の訪問記録をサービス実施の確認に活用し、利用者の状態推移の評価に活用していました。しかし、利用者の記録の管理規定はなく、記録に関する個人情報保護や情報開示に関する職員への教育や研修ができていませんでした。 24. 以前は全職員が毎月ヘルパー会議を実施して情報共有を行っていましたが、本年2月以降のコロナ禍においては職員が一同に会す機会を持っていない現状となっていました。随時更新される申し送りや急遽の共有すべき支援の変更内容等に関しては、事業所から貸与しているスマートフォンのチャット機能を活用して都度情報を交換し合っ共有できていましたが定期的なカンファレンスはできていませんでした。 25. 訪問サービス提供時に家族と積極的にコミュニケーションを取って情報交換を行っていました。また昼間独居の利用者宅においては、ノートを作成して家族と情報共有を行っていました。		
(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		26. 感染症全般に関するマニュアル、新型コロナウイルス感染症に関するガイドライン、手洗いマニュアル等を作成し、職員への周知・教育を行っていましたが、マニュアルの更新を行っていませんでした。 27. 事務所横に倉庫スペースを確保し、物品等を整理整頓され清潔に保たれていましたが、事務所においては特に清掃の頻度等を決めておらず、定期的な清掃ができていませんでした。		

(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。	B	B
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。	B	B
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。	C	C
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時のマニュアルを作成し、事故発生時や緊急時は管理者へ連絡が入る体制がありました。しかし、職員への研修や実践的な訓練は実施していませんでした。 29. 事業所として統一された事故報告書の書式があり、発生時に適切な対応を取り本人・家族への説明までの報告書を作成し、必要時は行政報告も行っていました。発生した事故の防止策等がマニュアルの見直しまでは活用ができていませんでした。 30. 災害についての職員研修や訓練、また地域と連携した訓練は実施していませんでした。		

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
<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。	B	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。	C	B	
	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. 重要事項説明書の運営方針に、利用者の人権や意思を尊重したサービス提供、また「その人らしい生活の実現」ができるようサービス提供を行っていました。コロナ禍となるまで毎月行っていたヘルパー会議では、日常業務の振り返りや利用者支援に関する検討を行う時間を設けていました。ヘルパー会議において毎年「高齢者虐待防止法」に関する研修を実施していましたが、高齢者の尊厳の保持や人権に配慮したサービス提供に関する勉強会や研修ができていませんでした。 32. 訪問介護業務マニュアルに利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した（例えば排泄支援において）サービス提供方法等を記載していましたが、具体的な方策やプライバシー保護の勉強会や研修会の開催はできていませんでした。 33. 事業所のマンパワーの枠内での利用申込を断ることなく、利用を受け入れていました。訪問枠が限られ利用を受けられない場合は、他事業所を紹介する等の対応を取っていました。			
<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。	C	B	
	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>34. サービス提供責任者を週に1回は訪問介護業務のシフトに積極的に組み込み、利用者やその家族への意向を聞くことやサービス提供内容の確認を行っていました。しかし、意見・苦情・要望について全職員で共有は図れていませんでした。</p> <p>35. 苦情解決マニュアルを整備して事業所として対応していました。苦情受付時は管理者への報告を迅速に行い、苦情報告書を作成していました。しかし、改善状況までは公開していませんでした。</p> <p>36. 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口の記載をしていましたが、第三者の相談窓口の設置や、相談窓口の連絡先等の掲示・ホームページ上の掲載は行っていませんでした。</p>
------------	---

(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てている。	C	C
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。	B	B
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。	C	C
(評価機関コメント)		<p>37. 年に1回の利用者アンケート等の取り組み、検討会議の設置等は実施していませんでした。</p> <p>38. サービスの質の向上に係る議論や検討を行う全職員参加のヘルパー会議が、コロナ禍となる本年1月までは毎月実施できていましたが、2月以降の会議に代わる情報共有の仕組みが検討できていませんでした。</p> <p>39. 年に1回以上の自己評価や評価を行う担当者等の設置、事業計画策定は行っていませんでした。3年に1回の第三者評価受診も受診できていませんでした。</p>		