

様式 7

## アドバイス・レポート

令和 4 年 8 月 1 8 日

令和 3 年 4 月 2 6 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 春日  
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。

## 記

特に良かった点と その理由(※)	<p><b>(通番13・14) 地域との交流</b> 地域との関係については、日常的に職員が近隣の清掃をする中でパンフレットを渡して利用につながるケースもあるとのことでした。また、地域の地図に事業所名を掲載しています。パンフレットには、介護相談に関するチェックシートを記載し、どのような相談に対応できるのか示しています。地域への貢献活動としては、認知症にやさしいまちづくりネットワーク会議や地域の連絡会に参画したり、地域包括支援センター主催の徘徊者の搜索訓練や認知症サポーター講習会などにも参加して積極的に交流を図っています。</p> <p><b>(通番24) 職員間の情報共有</b> 日常的には訪問介護という事業の特性上、直行直帰の職員が多いため、情報共有が不十分になりがちである中、介護ソフトの導入により、状況把握がリアルタイムでできるよう工夫されていました。介護ソフトでは、サービス計画書も随時閲覧可能なので、計画に基づいたサービス提供の実施を心掛けていることが確認できました。管理者は、担当ヘルパーからサービス終了毎に状況報告のメールを受け取り、それを当日中に集約し、全利用者の状況をまとめたものをヘルパー全員に毎日メールで配信されています。また、月1回のケース会議で、利用者全員のケースについて話し合う等、利用者の情報共有に努めています。</p> <p><b>(通番29) 事故の再発防止等</b> 危機管理については、「事故・緊急時対応マニュアル」を作成し、研修会を実施しています。また、緊急時の連絡体制を整え、利用者や従業員の怪我や器物損壊となった時に迅速に対応するようにしています。事故が発生した場合は事故報告書を作成し、「ヒヤリハット事例」を職員会議、管理者会議で検討し、その内容はライン等で全てのヘルパーに周知する仕組みが整備され、情報共有と合わせ再発防止に努めています。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる 点とその理由(※)</p>	<p><b>(通番12) ストレス管理</b>          ストレス管理については、日常的に声をかけあったり、(コロナ渦で親睦する機会が減っていることもあり)、管理者が電話等をまめに行い不満や悩みを聴いています。また、会社指定の接骨院を案内してメンテナンスできるようにしています。事業所内の休憩室にはベッドやテレビを整備して、職員がリラックスできる環境を整備しています。          ハラスメントにかかる対応については就業規則に定めています。          しかし、具体的な相談窓口や体制整備が確認できませんでした。あわせて、職員のストレス解消に係る福利厚生制度及びストレス解消のための外部の専門機関の確保及び周知は確認できませんでした。</p> <p><b>(通番20) 個別援助計画等の見直し</b>          アセスメントに基づき適切にアセスメント(再アセスメント含む)が行われています。個別援助計画の作成については、本人と家族からの要望を反映するとともに、サービス担当者会議を設定し、原則、利用者、家族、関係機関が集まった中で、サービス方針が決定されています。また、サービス担当者会議において専門職の意見を聞いて計画に反映しています。計画の見直し等についても毎月、モニタリングチェックを実施するとともに半年に1回、計画の見直しをしています。しかし、計画を変更する基準が確認できませんでした。          個別援助計画に係る手順書の作成する中で計画を変更する基準についても明記されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護</b>          介護ソフトを利用し、利用者にかかる個別援助計画、サービス提供記録が作成され、日報、連携ノートなどは24時間閲覧可能となっています。しかし、個人情報保護マニュアルにおいて記録管理の規定、開示請求等について定めていますが、それに関する職員研修は実施されていませんでした。情報共有については有益な介護ソフトですが、一方で介護ソフトのデータ管理や個人ファイルとともに個人情報保護の観点では注意が必要です。マニュアルの整備、点検見直しを定期的実施するとともに、記録の管理や情報開示請求にかかる職員研修を企画されてはいかがでしょうか。</p>
--------------------------------	---

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>株式会社春日は、京都市伏見区久我の閑静な住宅街にあり、2000年5月に開設した訪問介護事業所です。</p> <p>事業所は、民家を活用し、アットホームな設えになっており、訪問調査時も、玄関を入ったときから、あいさつや言葉遣いなど職員の対応が心地よく雰囲気の良い感じが伺えました。</p> <p>会社理念「暮らしに希望と尊厳を」をもとに「心がまえ」を作成して名刺に記載し、職員は常に携行して周知を図っています。</p> <p>また、利用者や家族の意見を尊重し、サービス事業所や内容などできる限り選択していただくようにするとともに、利用者の生活の維持向上を目指し家族の負担を軽減できるように考えて、サービスの原案を本人や家族の方々とともに作成しています。</p> <p>チームワークもよく、グループラインなどを活用して情報共有の徹底や内部研修も充実しており、より良いサービスを提供するための努力をされています。</p> <p>訪問介護は主に1人で行う仕事ですが、情報共有の仕組みや危機管理に関する仕組みがきちんと整備されていることは、他の職員がしている仕事が見えたり、トラブルがあった時の対応方法が明確であることは、職員が安心して仕事ができる環境作りであり、それは利用者の安心安全な生活につながる事と考えます。</p> <p>地域との関係は、地元のつながりを大切にされ、日常的に職員が近隣の清掃をする中で顔の見える関係を構築しています。</p> <p>関係機関とも認知症にやさしいまちづくりネットワーク会議や地域の連絡会に参画したり、徘徊者の搜索訓練などにも参加して積極的に連携を図っています。</p> <p>今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <p>・全般的に高い水準で運営及び支援がなされています。行っている取組について「見える化」を図り、更にアピールをされてはいかがでしょうか。理念や運営理念がネット上に掲載されていますが、取り組みや特徴が確認できませんでした。利用者や一般向けに、例えば、広報紙の作成や事業所の特徴を掲載したパンフレットを作成して、町内会等を通じて地域に配布されてはいかがでしょうか。</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	2670900280
事業所名	訪問介護 春日
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3年10月26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
<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。	B	A
	(評価機関コメント)			1) 理念を明文化し、パンフレットへの記載および事業所内に掲示している。名刺にも理念と心構えを記載し常に意識できるように携行している。また、会議や研修等で確認している。利用者には契約の際に重要事項説明書で説明している。 2) 組織図、職務分掌規程に職制等について定めて掲示している。役員会（年2回）、管理者合同会議（役員が集まる管理者会議・年数回）、職員会議（常勤ヘルパー）、サビ首（週1回）を開催し階層ごとに意見が反映される仕組みがある。また、給与支払時に都度、非常勤の声を聴いている。		
<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) 単年度事業の継続として中長期計画が策定されている。職員会議で話し合ったものをまとめて策定している。年度当初に職員に説明している。職員会議で半期ごとに評価し、必要な見直しが行われている。 4) ヘルパー・居宅介護支援など部門ごとの目標を事業計画に明記し、業務レベルに落とし込んでいる。随時、評価し見直しを行っている。オンライン化、ペーパーレスを目指している。		
<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) 管理者が集団指導や各連絡会を通じて法令遵守に関する情報を収集し、閲覧して法令を正しく理解するための取組をしている。自主点検を年に1回行い、職員に回覧している。法令元についてリスト化をして事務室に掲示している。 6) 管理者の役割と権限等については職務文書規程に明記している。管理者は会議には参画して必要に応じ助言やアドバイスを行っている。月1回、ヘルパーに給与を渡す際に必ず話を聞く機会を設けている。また、必要に応じて面談の機会を設けている。管理者を評価する方法として評価表を活用して相互評価する仕組みがある。 7) 管理者が、介護ソフトを活用して現場のサービス提供記録や状況把握や行動スケジュールの管理をリアルタイムで行っている。常に携帯電話を所持し緊急時等の対応をしている。直行直帰のヘルパーからはソフトで報告を受けている。管理者が不在の場合はサービス管理責任者が対応できるようになっている。		

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
<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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		8) 必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方は、事業計画「人材の確保」やヘルパーの心構え（理念のもと）として明文化している。資格取得に向けた費用負担等の支援をしている。無資格でも採用しその間も支給している。任用要件としてキャリアパスの仕組みもある。一定の評価基準で人事考課もを行っている。 9) 社内研修計画を策定し、研修（2カ月に1回程度）を実施している。外部研修も案覧をして希望者を募っている。参加者には研修レポートの提出及び報告を行っている。OJTの仕組みがある。コロナ禍で勉強会はできていないが職員会議を活用している伝達研修を行っている。 10) 実習受入の手順書（オリエンテーション）は定めている。受け入れ実績はない。指導者の研修受講者も確認できなかった。		
<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) 管理者は有給取得、残業等の状況を把握している。状況に応じ、職員間の協力のもと、労働環境の配慮をしている。育休取得者もあり、無理のない範囲での福淑できるよう配慮をしている。腰痛ベルト等の支給や電動自転車を導入している。 12) ストレス管理については、コロナ禍で親睦する機会が減っているので電話等をまめに行い不満や悩みを聴いている。また、会社指定の接骨院を案内してメンテナンスできるようにしている。休憩室にベッドやテレビを整備して、職員がリラックスできる環境を作っている。ハラスメントについて就業規則に定めている。しかし、福利厚生、ストレス解消のための外部の専門機関の周知は確認できなかった。		
<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) 地元の地図に事業所名を掲載している。職員が近隣の清掃をする中でパンフレットを渡して利用につながるケースもある。パンフレットには、介護相談に関するチェックシートを記載し、どのような相談に対応できるのか示している。情報の公表を行っている。 14) 認知症にやさしいまちづくりネットワーク会議や地域の連絡会に参画したり、地域包括支援センター主催の徘徊者の搜索訓練や認知症サポーター講習会などにも参加している。		

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
<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。	B	A	
	(評価機関コメント)		15) 地域の地図広告やパンフレット、ホームページを作成し、地域に情報を提供している。ケアマネを通じての利用希望が多い。見学等についても随時対応をし来客用訪問一覧表に記録をしている。			
<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) 重要事項説明書に基づきサービス内容や料金等について説明をして同意を得ている。判断能力に支障のある場合の対応について成年後見制度を利用したケースを確認した。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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	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。	B	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	B	
	(評価機関コメント)		17～20) アセスメントシートに基づきアセスメントが行われている。インテークでは、生活歴等も詳しく聞き取り、個別援助計画に反映している。再アセスメントは、計画の見直しの際に、利用者の現状を把握できるよう取り組んでいることを記録で確認した。 介護支援計画では、本人と家族からの要望を反映するとともに、サービス担当者会議を設定し、原則、利用者、家族、関係機関が集まった中で、サービス方針が決定されている。また、サービス担当者会議において専門職の意見を聞いて計画に反映している。毎月、モニタリングチェックを実施するとともに半年に1回、計画の見直しをしている。しかし、計画を変更する基準が確認できなかった。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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	A	
	(評価機関コメント)		21) 利用者の主治医とは連携を取っており、サービス担当者会議などの前などに事前に確認している。関係機関にかかる一覧を作成し利用している。コロナ渦で制約はあるが、退院時はカンファレンスに参加したり、サマリーにより状態変化を確認している。伏見区事業者連絡会に参加し、地域包括支援センターはじめ関係機関とは有機的な連携を取っている。			

(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。	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	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)業務マニュアルは排泄介助、入浴介助清拭、感染症及び食中毒予防、栄養管理、服薬管理、個人情報保護等、業務に即したものを具体的に作成し、ボックス管理することで職員がいつでも閲覧できるようにしている。毎年職員の意見が反映された内容の見直しが行われている。 23)介護ソフトを利用し、利用者にかかる個別援助計画、サービス提供記録が作成され、日報、連携ノートなどは24時間閲覧可能となっている。しかし、個別援助計画との連動が課題と認識している。また、個人情報保護マニュアルにおいて記録管理の規定、開示請求等について定めているが、それに関する職員研修は実施されていない。 24)日常的には訪問介護の性質上、直行直帰の職員が多く、情報の共有のため24時間利用可能な介護ソフトを利用している。グループLINEを活用して非常勤職員も含め対応している。利用者の支援にあたっては計画の見直し会議の実施及び引継ぎ時の同行訪問記録、会議の要点を回覧をして情報共有している。 25)利用者宅に連絡用ノートを配置して、関係者や家族に日々の状況を知らせている。また、利用者の状況に応じて、家族とはメールや電話を活用し、情報共有するとともに支援経過に記入している。		

(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)「感染症および食中毒予防マニュアル」を作成し、年に1回内容を見直している。コロナ感染症の研修を実施している。予防資材(マスク、手袋)等を完備し全職員に支給するとともに、利用者宅にセットを置かせてもらっている。 27)事務所の清掃は職員で実施している。掃除表や備品の整理整頓を心掛け、毎朝、換気・アルコール消毒を行っている。		

(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	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)「事故・緊急時対応マニュアル」を作成し、研修会を実施している。(コロナ化で今年度は対応できず。)緊急時の連絡体制を整え、利用者や従業員の怪我や器物損壊となった時に迅速に対応できるようにしている。緊急連絡先を掲示している。 29)事故発生時は事故報告書を作成し、「ヒヤリハット事例」を職員会議、管理者会議で検討し、再発防止に努めている。その内容はライン等でヘルパーに周知している。 30)「防災マニュアル」を整備し、年1回の研修を行っている。管轄エリアのハザードマップを掲示・配布し、各利用者の避難場所を確認している。災害時の連絡体制を連絡網として整えている。事業継続計画も策定している。		

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
<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。	A	A	
	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)		<p>31) 理念に人権尊重の姿勢を明示している。年1回、虐待防止に関する職員研修を行い、発見した場合の対応などを確認している。身体拘束についても何が拘束になるかなども新人の研修などで行っている。</p> <p>32) 訪問介護指示書にプライバシー保護に関する内容について細かく個別対応方法を明記して職員間で共有している。入浴時・排泄時等の羞恥心に配慮した支援が行われている。</p> <p>33) サービス利用に関しては、曜日等で対応できないなどの以外は原則受け入れを行っている。利用申し込み時は新規受け入れシートを作成し、受け入れできない場合は必要に応じ他事業所の情報を提供している。</p>			
<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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34) 意見・要望・苦情は、定期的に電話や訪問により利用者の希望を聴き取っている。言いにくい場合はケアマネや連絡ノートに書いてもいいことを伝えている。また、利用者アンケートを年に1回無記名で行っている。</p> <p>35) 「相談・苦情等対応マニュアル」を整備している。苦情・トラブル報告書により当事者（本人）と責任者が状況把握と分析を行い、必要な改善がなされている。利用者の意向はモニタリングや報告書でケアマネジャーに相談しプラン見直しに役立っている。</p> <p>苦情・トラブル報告書により当事者（本人）と責任者が状況把握と分析を行い、必要な改善がなされている。</p> <p>36) 重要事項説明書に事業所の窓口及び公的機関の相談窓口を記載し、利用者等に説明をしている。また事務所内にも掲示している。しかし、相談窓口としての第三者委員は設置していない。</p>			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>37) 利用者アンケートを定期的に実施し、分析結果をまとめて職員会議で検討し、サービス向上を図っている。</p> <p>38) 職員が参加する職員会議等で、サービスの質に関する検討がなされる行う仕組みがある。その内容については、管理会議で報告している。また、伏見区事業者連絡会の訪問介護部会に参加し、情報交換するとともに、議事録の回覧を行って職員に周知している。</p> <p>39) 第三者評価を定期的に受診している。また、独自の評価項目を設けて、毎年自己評価を実施し、必要があれば改善に努めるとともに次年度の計画に反映している。</p>			