

# アドバイス・レポート

令和 4 年 9 月 2 6 日

令和 2 年 12 月 1 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 かおり山科 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>(通番 22) 業務マニュアルの作成</b></p> <p>業務マニュアルに標準的なサービスの実施手順を記載した上で、入浴介助等、各利用者の状態に応じた個別の手順書を作成し、職員が共有することによって、実際の業務の標準化を図っています。サービス実施記録の内容から振り返りを行い、状態像の変化等、必要に応じてマニュアルの見直しを行っています。また、改定したマニュアルの内容は、都度全職員を集めて説明するなど、きめ細やかな対応をしています。</p> <p><b>(通番 26) 感染症の対策及び予防</b></p> <p>感染症マニュアルを整備した上で、代表的な感染症については別個のマニュアルとして抜き出し、新たな情報が出る都度更新することによって、実用的なマニュアルとなっています。毎年、流行期前に職員研修を実施するとともに、防護服等の感染予防グッズを常備し、毎回サービススタート時にチェックしています。エレベーターホールにわかりやすい張り紙を貼ることで周知に努め、買い物をネットショッピングに切り替えるなど、コロナ禍においても生活の質を落とさないよう工夫されていました。</p> <p><b>(通番 34) 意見・要望・苦情の受付</b></p> <p>手順書に苦情受付担当者・苦情受付責任者を定めて、重要事項説明書への記載や案内の掲示をしています。そのほかにも、無記名アンケートの実施や、モニタリングの場面での個別の聞き取りなどにより、利用者の意見・要望を聞き取るとともに、それを「利用者からの声ノート」に記録し、職員間で共有するなど、利用者の思いを大切にされた支援をされていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>(通番 2) 組織体制</b></p> <p>月 1 回のケア会議や全体会議で情報共有や意見交換は行っていますが、職務分掌に該当するものが整備されておらず、組織的な意思決定方法が明確に定められていませんでした。都度、柔軟に対応しているとのことでしたが、組織的意思決定にかかる責任の所在等を明確にして、様々なトラブルに繋がるリスクが回避できるよう、職務分掌の整備に取り組まれてはいるかがでしょうか。</p>

	<p><b>(通番 10) 実習の受け入れ</b></p> <p>現時点で実習生の受け入れは行っておらず、基本姿勢やマニュアルも整備されていませんでした。実際に受け入れる機会があったときに対応できるよう準備を整えておくことは重要だと考えます。実習生の受け入れが人材確保に繋がる側面もありますので、今後、積極的な受け入れについて検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>(通番 39) 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>自事業所の提供するサービスについての自己評価はできておらず、今後の課題であるとのことでした。第三者評価は今回が初受診であることから、今回受診された結果を受け、改善点については次期の事業計画の取り組み項目として掲げるなど、組織的・計画的に課題改善に取り組むための仕組みづくりからはじめられてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>平成 29 年にオープンした訪問介護ステーションかおり山科は、株式会社ケアプレスが運営するサービス付き高齢者向け住宅「ユアサイド京都山科」に併設する事業所です。施設併設型訪問介護であることから、施設職員と兼務することで、いつでも状態が確認できる、馴染みの関係になりやすい、といった利点がみられます。</p> <p>利用者 33 名のうち、1/3 の方に認知症があり、往診医や訪問看護ステーションと連携を取りながら、適切に対応することで、目に見えて症状が緩和する事例もみられると伺いました。</p> <p>管理者は夜勤にも入り、全体の状況を把握しています。管理者とサービス提供責任者は、開設時から暗中模索、試行錯誤しながら形にしてきたという自負があり、お互いを戦友と呼ぶなど、職員間のチームワークの良さが伺えました。</p> <p>一方で、組織として中長期の事業計画や職務分掌を示されないことについては、改善されることを期待します。運営会社としてのケアに対する指針や方向性、役割などが文書化され明示されることによって、職員が働くうえで安心にも繋がると考えます。</p> <p>コロナ過において様々な制約もありますが、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>

※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	2674101411
事業所名	訪問介護ステーションかおり山科
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	2021/12/13
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）及び事業所のスタッフ全員が、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	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	B	
	(評価機関コメント)		1)「あなたのそばで心のこもったサービスを」を理念に掲げ、スタッフルームに掲示したり、ホームページに掲載している。ケアの場面場面で職員に伝えている。契約時に利用者や家族に説明している。 2)月1回のケア会議や全体会議で情報共有や意見交換は行っている。しかし、職務分掌が整備されていない。			
<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質の向上に向けた計画を策定すると共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	B	
	(評価機関コメント)		3)事業計画は策定されていない(現在整理中)。法改正も含め、各種規定や契約書、重要事項説明書等はすべて本部で対応している。定期的に各責任者から現場の声を聞くことで、課題を把握している。 4)現場レベルでの課題は把握し、職員間で共有できているが、対応策や改善策を立案し、計画的に取り組むには至っていない。			
<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組みを行っている。	A	B	
	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、いつでもスタッフ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)2ヶ月に1回、法令に基づく研修をヘルパー全員に実施している。改正等の情報は本社から下りてくる。法令のリスト化はできていない。 6)ブロックマネージャーが本社から受け取った言葉を朝礼時に伝えている。施設長は職員一人ひとりの思いを傾聴するよう心がけている。しかし、職務分掌が定められておらず、経営責任者や管理運営者の役割と責任が明示されていない。 7)事務所内に緊急連絡網を掲示し、すぐに管理者に連絡がつくようにしている。管理者は申し送りノートや経過記録を確認して状況を把握している。			

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>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。	C	C
		(評価機関コメント)		8)介護は対人援助職であることから、人柄や第一印象を大切に採用方針を持ち、ブロックマネージャーと管理者で面接を行っている。研修費用のバックアップ体制があり、実務者研修を業務時間に受講させるなど配慮している。資格者手当を支給している。 9)先輩ヘルパーに同行して利用者情報を把握しつつ、個別支援方法についての手順書を渡し、実地で学ぶ方法をとっている。利用者の状態が変わればその都度、全職員を集め新しい方法を指導している。個別研修計画に基づき、動画視聴等も駆使しながら、計画的に研修を実施している。 10)実習生の受け入れは行っておらず、基本姿勢やマニュアルも整備されていない。		
<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	スタッフ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)出退勤や年休取得、超過勤務等はデータ管理され、頻度の偏りについても分業化を推進することで改善に努めている。育児休業・介護休業の規定を整備している。個別の手順書を作成し、ストレッチャー浴の活用や2人介助などの対応で職員の負担軽減を図っている。 12)現場を離れてくつろげる休憩室が整備されている。慶弔休暇やお見舞金のほか、例年であれば忘年会や暑気払いなどを行っている。しかし、カウンセラーなどの相談体制は確保できていない。ハラスメントの相談窓口も確認できなかった。		
<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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		13)ホームページは現在リニューアル中。情報の公表制度にかかる情報提供は確認できなかった。地域交流についての具体的な検討をしていたがコロナ禍のため実施できていない。 14)自治会に加入し、会長と情報共有や意見交換を行ったり、自立度の高い利用者には自治会への加入を勧めたりしている。地域住民向けの講演会等については実施できていない。		

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)パンフレットを用いて事業所の情報を提供している。見学時に配布したり、病院等に配架してもらっている。月4~5件の見学に対応している。		
<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、利用者にわ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)サービス内容や料金については、重要事項説明書で説明し、同意を得ている。実費負担についても根拠を明示している。現在成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用はないが、必要であれば役所に相談するなどの手順は共有している。		

(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	A
利用者・家族の希望尊重	18	個別援助ひょうじゅん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	定期的又は必要に応じて、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) 所定の様式を用いてアセスメントを実施している。情報は経過記録に残し、区分変更時等にアセスメントの見直しを行っている。 18) 本人の要望に基づき、他職種協働のもと、個別援助計画を立案している。サービス担当者会議には本人も参加し、同意を得ている。 19) 医師を含む専門職にも極力参加してもらえるよう働きかけるとともに、聴取した意見を計画に反映させている。 20) 原則として3か月に1回、状態変化のある人は毎月モニタリングを実施し、ケアマネジャーに情報提供している。個別の支援方法を手順書に落とし込み、確実に実施できるようにしている。		
(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始め、関係機関との間で、連携体制または支援体制が確保されている。	B	B
(評価機関コメント)		21) 主治医との連携は往診時、往診時以外のいずれも連絡が取れる体制となっている。入退院時カンファレンスに参加する他、地域連携室とも連携が取れている。地域の主な事業所や医療機関、関係機関をリストアップし事務所に掲示している。行政や地域包括支援センター等とは、有機的な連携が取れるよう現在検討中である。		
(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、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	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職員間で共有化している。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		22) 業務マニュアルに標準的なサービスの実施手順を記載、特に入浴介助は別個に各利用者の状態に添った手順書を作成、職員が共有して実際の業務の標準化を図っている。振り返りはサービス実施記録にて行い、必要に応じてマニュアルの見直しを行っている。 23) 利用者個々のサービス実施記録を作成、計画に基づくサービスの実施は経過記録で確認している。記録の管理について文書規定を定め、入職後に個人情報保護と情報開示を含めて研修を行い、その後年1回倫理研修内にて注意喚起、意識付けを図っている。 24) 職員間の情報共有は、朝礼時の申し送りや口頭で行う他、申し送りノートや経過記録を活用し、特に重要なことは必ず口頭で再度、確認し伝えている。月1回ケアカンファレンスを実施、職員間の意見を集約し、共有を行っている。 25) 利用者家族の来所が多く、その際に現況報告を行っている。会う機会がない場合は電話で連絡をしている。		

(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作成等により、職員全員が感染症に関する知識を持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	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)感染症マニュアルを設置し、代表的な感染症は抜粋して別マニュアルとし、新しい情報が出る都度、更新している。職員研修を年一回、流行期前に行っている。防護服等感染予防グッズを常備し、サービススタート時チェックしている。 27)事務所内清掃は、日々職員が空き時間を利用して実施、点検表にてチェックしている。事業所内各所、整理整頓され清潔が保たれていることを確認した。		

(7) 危機管理

事故・緊急時等の対応	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。	B	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、念に一回以上、必要な研修または訓練が行われている。	C	B
(評価機関コメント)		28)事故緊急時対応マニュアルを設置し、緊急時の責任者及び指揮命令系統や事故対応のフローチャート、症状急変時連絡体制等を明確にしている。研修計画表に、年一回のヒヤリハットを含む事故対応の研修を組み込んで職員への周知を図っている。 29)起こった事故は事故報告書、ヒヤリハット報告を作成し状況、経過、最終的な対応まで記録している。必要に応じて保険者に報告している。事故報告書、ヒヤリハット報告書を元に個々のケースを検証し、サービス提供内での危険因子を確認して再発防止に努めている。 30)災害時対応マニュアルを設置し、災害時の責任者、指揮命令系統を明確にしている。マニュアルに基づいて年一回職員主導で模擬訓練を実施し、さらに消防署指導で防火訓練を行い職員への周知徹底を図っている。マニュアルは地域との連携については確認できなかった。		

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	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、常に問題意識を持ってサービスの提供を行っている。	B	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、運営方針に利用者の人権、意思の尊重を明記している。日常業務の振り返りは各記録から読み取り、確認する仕組みになっている。「身体拘束に関するマニュアル」を設置し、年一回「身体拘束排除」「高齢者虐待防止」の研修を行っている。やむを得ない身体抑制がある場合は利用者・家族から同意書を取り、「身体拘束である」という意識を持ち続け、常に排除できないかを検討、定期的に見直している。</p> <p>32)企業HPにプライバシーポリシーを設置し、契約書に個人情報の保護を記載して契約時詳しく説明している。年一回「プライバシー保護」の職員研修を行っている。利用者居室は必ず声掛けノックして入室し、サービス提供ごとに声掛けをして承諾を得て行っている。</p> <p>33)訪問希望曜日や時間の調整がつかない場合やケアマネジャーの要望に合わない以外の理由では利用申し込みを断ることはない。利用の問い合わせがあった場合には見学も含めて対応している。</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。	B	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。	B	A	
	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>34)手順書に苦情受付担当者、苦情受付責任者を定め、重要事項説明書に記載し、契約時に口頭で説明している。苦情相談窓口の案内を掲示している。その他無記名アンケートや「利用者からの声ノート」を活用したり、モニタリングの場を個別に利用者の意見、要望を聞き取る機会としている。</p> <p>35)手順書に従って対応しており、挙がってきた意見・要望・苦情は記録に残している。その場で答えられるものは答え、改善状況については、内容によっては利用者が集まる時に口頭で説明するなどしている。</p> <p>36)事業所関係者以外の第三者として公的機関の相談窓口を定め、事業所内に掲示し重要事項説明書や契約書にも記載しており、契約時に利用者・家族に口頭で説明している。</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スタッフが積極的に参加している。	C	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		<p>37)利用者満足の担当者、担当部署を定め、年一回無記名アンケートを実施し、その他毎月のモニタリングでも調査している。結果は分析・検討され課題を明確にして共有されている。前後の改善状況はモニタリングの記録によって確認できるようになっている。</p> <p>38)月一回のケア会議でサービスの質の向上について検討している。ケア会議は回数を分けて行い、最終的に全員が参加できる仕組みがある。月一回の全体会議は企業内各施設長以上とマネジャー、社長が参加し、情報収集と各取り組みの比較検討の場となっている。</p> <p>39)自事業所の提供するサービスについての自己評価はできておらず今後の課題である。第三者評価は今回が初受診となっている。</p>			