

様式

アドバイス・レポート

令和4年12月14日

※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

令和4年5月20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）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>株式会社ユアサイドは事業規模の拡大と共に、2012年に高齢者福祉関連サービスに進出し提携会社として、株式会社ケアプレスを立ち上げ介護事業部として大阪・兵庫・京都で事業展開をされています。宇治田原町にある訪問介護事業所かおりの職員は、同一会社のユアサイド京田辺とサンシャインコート宇治で働かれています。</p> <p>○ 働きやすい環境づくり</p> <p>職員の有給休暇消化率は高く、資格取得（介護福祉士）を目指す職員には資格取得の支援制度活用の推奨や職員の紹介制度などに取り組みされており、また、福利厚生制度では制服の支給、親睦会の補助などで職員意見を反映させています。管理者は朝礼時や申し送りノート、訪問介護会議などで受けとめた職員の意見を全社会議に持ち上げ、反映される体制が作られています。</p> <p>○ 人材育成</p> <p>法人研修は年間計画を作成し、コロナ禍の中で密を防ぐため動画で学べるようにしています。そして、職員個別に研修表を作成し職員個々の目標の記載と受講日の記載、研修終了後は報告書の作成を義務付けています。また、職員同士は気づいたことを申し送りノートに記載して、朝礼時に話し合い、お互いが高められるようにしています。</p> <p>○ 医療機関との連携や他職種との協働</p> <p>サービス開始時には、主治医の参加が必ずあり、専門職（看護職や介護支援専門員・介護職等）も交え、話し合いが行われています。サービス利用中の様子等も医師との連絡ノートや申し送りノートを活用し、常に医師・看護職・介護職が情報を共有し、緊急時には迅速に対応（24時間対応の訪問診療）ができる体制を構築されています。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中長期計画・事業計画の策定 経営母体も10年にわたる事業を拡充され発展されていますが、中長期計画の策定が見られませんでした。また、単年度の事業計画の策定もされていませんでした。 ○ 利用者の満足度・サービスの向上を目指した取り組み 日々の業務の中で、利用者の意向（思いや要望）等を聞き取り、汲み取る機会を作られていますが、事業所として聞き取った内容をまとめ、分析し、検討されている仕組みを確認することができませんでした。 ○ 事故の再発防止 事故報告書やヒヤリハット報告書などを作成し、朝礼やケア会議などで管理者、職員間で事故再発防止の話し合いがなされていますが、その後の対応等の経過記録は確認できませんでした。また、事故原因やヒヤリハットの集計や分析が行われた記録も確認することができませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 中長期計画・事業計画の策定 経営母体も10年における事業展開の実践をしてこられ、多くの展望を持っておられると思いますが、それを計画化され明文化することで、事業所の方向性が分かる中長期計画が策定できます。また、職員の方々は日々介護職としての仕事をされるうえで、サービスの質の向上を目指していけるような単年度計画を作成されることで、日々の業務を遂行するだけでなく、課題を設定し、職員の意識の向上を方向づける事業計画を職員参画のもとで作成され、事業所としての方向性の見える化をさせることを期待します。 ○ 利用者の満足度・サービスの向上を目指した取り組み 事業所がおこなっているサービスが利用者にとって質の良いものとなっているのか、課題は何なのか、どうすれば良いのかなどの調査を行い、さらなるサービスの質の向上に向けての具体的な取り組みを明確にして進めていかれることを期待します。 ○ 事故の再発防止 事故再発防止に取り組む上で、事故報告書やヒヤリハット報告書は必要不可欠なものです。対策を考え実施・評価するプロセスの中で、ケアプランに反映する必要性が出てくる場合があります。また、利用者家族への説明責任や社会的説明責任を果たす意味でも記録化は重要です。ケア会議などで管理者、職員間で事故再発防止の話し合いをなされていますが、その後の対応等の経過を検証し、記録に残されることを望みます。

※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	2671300230
事業所名	訪問介護ステーションかおり
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)	訪問看護・居宅介護支援
訪問調査実施日	令和4年11月10日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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。	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。	A	A
	(評価機関コメント)			1. 理念を「みなさまのそばで」とし、ホームページに掲載している。職員には入職時に説明をし、研修の時や会議で話をする事で、浸透するようにしている。利用者・家族には契約時やホームページ（ユアサイドグループ）において理念を伝えるようにしている。また、介護職員が業務をしているサービス高齢者施設のパンフレットには理念を載せて家族や利用者がいつでも目にふれることができるようにしている。訪問介護ステーションのパンフレットに理念を掲載する事と、「職員に理念を説明した」ことが分かる記録が望まれる。 2. 組織としては訪問介護会議（月1回開催）で職員の意見を聞き取り、管理者やエリアマネージャーが参加する全社会議に持ち寄っている。全社会議で決まったことは朝の申し送り時に伝え、申し送りノートに記録をしている。組織図も作成して、職員の意見が反映する仕組みを明確にしている。エリアマネージャー、サブマネージャーを配属して、権限をサブマネージャーに移譲することを明確にしている。（組織図、運営規程で確認）		
(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. 法人としては株式会社ユアサイド、ケアプレス、ジェイエルパートナーズの三者をグループとして、組織化した事業運営を計画的に進めているが、中長期計画は、5か年計画を作成途中である。また、介護部分の単年度の予算管理表は作成され、ケア会議での職員の意見を反映し、職員の身だしなみを整えるため制服の支給を昨年度から実施するなど、サービスの質を上げていく実践に取り組まれているが、単年度の事業計画としては示されてなかった。 4. 法人として各事業所の持つ役割を明確にし、各業務レベルでは課題を決めて取り組まれているが、設定した課題をもとに具体的な解決策などを盛り込んだ計画の策定を確認することができなかった。		
(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り組みを行っている。	B	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。	A	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. 遵守すべき法令は法人の全体会議や京都府のホームページを見て正しく理解できるようにしている。職員には朝礼に必要な事を伝えている。自主点検表は管理者が作成し職員に回覧している。倫理規程で遵守する事項を明確にしているが、リスト化など、職員が調べたい時にすぐに調べられる仕組みは出来ていなかった。 (自主点検表、倫理規定で確認) 6. 管理者の役割と責任については運営規程の第4条職務内容に記載され、職員には朝礼時に確認している。管理者はケア会議で聞いた職員の意見を全社会議に持って行き、検討して反映させている。管理者は職員の意見を常に聞いているが、職員からの評価を受けることはしていなかった。 7. 管理職はエリアマネージャーを兼務していて他の事業所でも勤務することが多いが、社用携帯を常時所持し、連絡が取れるようにしている。事業の実施状況は業務分担表、申し送りノートやサービス提供責任者に確認をしている。有事の際には必ず管理者に報告して、指示を仰ぐ体制となっている。		

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

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。	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	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. 人事管理に対する方針は求人サイトに出す求人票で明確にし、必要な人材や人員体制は1日に必要な人数を把握して確保に努めるなど、採用活動は積極的におこなっている。常勤職員、非常勤職員ともヘルパー2級又は介護福祉士を配置をしている。介護福祉士資格取得支援制度があり、資格手当と取得後1年間勤務を続けると全額免除の制度が設けられている。(求人票・介護福祉士資格取得支援制度で確認) 9. 法人内研修は法定研修を計画しているが、段階的に必要な研修計画は位置付けられてはなかった。職員個別に研修表を作成し、職員個々の目標の記載と受講日の記載、研修終了後の報告書の作成を義務付けている。外部研修は職員に情報提供をしており、参加時は勤務調整をおこない公費で行けるようにしている。(コロナ禍の間は参加が出来ていない)職員同士は気づいたことを申し送りノートに記載して、朝礼時に話し合い、お互いが高められるようにしている。法人研修はコロナ禍の中で密を防ぐため動画で学んでいる。 10. 実習の受け入れはされていず、実習の受け入れに対する基本姿勢やマニュアルの作成はされていなかった。		

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. 職員の勤怠の管理はエリアマネージャーとサブマネージャーが行い、IT導入による勤怠管理(シフト管理)をしている。有給消化率も良く、残業も少ないが、必要時は15分以上を対象とし、労働環境水準に配慮をしている。育児休業や介護休暇は就業規則に掲載して取得出来るようにしている。職員の負担軽減のためにマッスルスーツやスライディングボード、車椅子用体重計を導入している。 12. 管理者は職員からの相談はそのつど意向を聞いているが、専門職による相談体制は設置できていない。休憩場所は仕事先のサービス付き高齢者向け住宅内で用意している。ハラスメントの規程は就業規則に明記し、本部で相談を受け付けているが、体制としては整備出来ていなかった。福利厚生は事業所単位で年2回の親睦会開催時に補助がされており、定期健康診断やインフルエンザの予防接種もおこなっている。また昨年度から制服の支給を実施している。		

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。	B	B
(評価機関コメント)		13. ユアサイドグループとしてユアサイドのホームページに理念や事業方針、事業内容を詳しく掲載し開示している。訪問介護のパンフレットを作成し、来所者に渡しているが、地域への配布は出来ていなかった。情報の公表制度を利用者や地域の人に広報する体制にはなっていないので、今後は基本情報や事業所の情報を地域に開示されることを期待する。 14. 併設している居宅介護支援事業所は、地域ケア会議への参加により、地域のニーズに対応して認知症カフェの開催を提案されるが、コロナ禍や諸事情で実現出来ない。地域に向けての相談事業は実施しているが、専門的な技術講習会や研修会などの実施にはいたっていない。		

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
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。	A	A	
	(評価機関コメント)		15. 事業所の情報はホームページやパンフレット等に記載している。パンフレットは事業所内だけでなく、病院や紹介会社、訪問介護ヘルパーがサービスを行っている施設にも常時、設置している。見学は紹介会社とつながりを持ちながら積極的に受けている。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. サービスの内容や料金（保険内・外）等を重要事項説明書に記載し、サービス開始時に説明を行い、同意を得て、署名・捺印をもらっている。後見人や保佐人・身元監理会社を通じての契約など、多岐にわたる実績があり、利用者の権利擁護のため、成年後見制度を活用したり、行政と協力しての取り組みをしている。			
(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。	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. サービス利用開始時には、居宅介護支援事業所の担当介護支援員や主治医、専門職等からの情報も踏まえた上で、本人や家族などと面接を行い、心身の状況、サービスに対する要望などを聞き取り、アセスメントシートに記載している。アセスメントは月1回見直しを行っている。 18. 19. 訪問介護計画書の作成にあたっては、介護支援専門員が開催するサービス担当者会議に参加し、本人や家族の思いや意向を聞き取り、専門家の意見の照会も含め、それぞれの目標を設定して作成している。作成した個別援助計画を家族に説明し、確認後、同意の署名・捺印をもらっている。毎日の朝礼やケア会議等においても利用者の状況を出し合い、職員間で共有している。 20. モニタリングは1ヶ月ごとに行い、介護支援専門員だけでなく、家族にも口頭で結果を伝えている。利用者の状態は毎月、介護支援専門員に報告し、主治医にもつなげている。訪問介護計画は利用者の状況の変化に応じて随時、見直しを行っている。			
(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	B	

(評価機関コメント)	21. 24時間対応可能な訪問診療があり、いざという時の体制が完備されている。利用者に関わる関係機関や団体などのリストは確認できたが、事業所としての関係機関や団体等のリスト化を確認できなかった。利用者の退院時のカンファレンスに参加し、主治医からの情報を得ている。
------------	---

(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	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。	A	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・手順書があり、サービスを実施する際には職員間で共有している。しかし、業務マニュアル等の見直しが行われたことが記載されている記録を確認することができなかった。 23. サービスの提供状況（様子など）はサービス記録に記載されている。一人ひとりの援助経過記録を基に月1回モニタリングを行い、利用者の継続的な状況を把握している。文書規定の中に、利用者の記録・保管・保存についての記載はあるものの、持ち出し等に関する記載を確認することができなかった。職員には個人情報保護と情報開示の視点で年1回法人内研修を実施している。 24. 25. 職員は朝礼で利用者の状況や申し送りノートを確認してから業務を行っている。ケア会議等での内容も朝礼や申し送りノートに記載し、職員間で情報の共有を図っている。体調不良や物品の不足等あれば、そのつど、家族に連絡を取っている。サービス担当者会議やカンファレンスを通じて家族の意向を聞き取っている。		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		26. 感染症の対策および予防に関するマニュアルを作成している。職員には感染症グッズ（マスク・キャップ・防護服・足キャップ等）を携帯させ、感染対策予防に努めている。また、年間計画の中に「感染対策」の研修会を取り入れ、職員の意識も高めている。しかし、コロナウイルス感染症に関する情報は絶えず更新されていたが、マニュアルの見直しがされた記録を確認することができなかった。 27. 事業所の清掃は職員が毎日おこなっている。事業所全体が整理・整頓されている。		

(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。	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	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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時のマニュアルが作成され、事業所内に掲示し、いつでも閲覧することができる。4月に「事故発生または再発防止に関する研修」をヒヤリハットの共有を目的として実施している。事故や緊急時の指示命令系統は連絡網で明確化している。 29. ヒヤリハット・事故報告書を作成し、内容等については朝礼やケア会議等で報告、経過の観察等を行い、職員間で情報共有している。家族には管理者が確認したうえで、連絡をしている。しかし、事故の原因（ヒヤリハットも含む）や対応方法について、分析がされていなかった。（今までに、保険者に報告が必要な事故はなかった） 30. 災害時対応マニュアルがあり、現在、マニュアルの見直しを行っている最中である。年に1回「緊急時の対応」で研修が開催され、災害時の指揮命令等も定めている。しかし、災害時に地域との連携を意識したマニュアルづくりや避難訓練は行っていない。		

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
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)		<p>31. 利用者一人ひとりの気持ちを大切に、自尊心を傷つけないように言葉使いにも配慮してサービス提供に努めている。高齢者虐待についての研修会は開催され、職員にも伝達されているが、運営規程や重要事項説明書等に身体拘束に関する記載がなかった。</p> <p>32. 利用者のプライバシー保護や羞恥心への配慮（居室への入室時にはノックする、扉を閉める。排泄や入浴時など他者の目にふれないように気を付ける）など、常に意識してサービスを提供している。また、年1回、プライバシー保護の研修を行い、意識の共有を図っている。</p> <p>33. 利用申し込みに関しては、書類・面談を行い、公平に行っている。医療の必要性等で、やむを得ない場合は、他事業所や医療機関等に紹介をしている。</p>			
(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。	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者の意向を把握する取り組みとして、日々のサービスの中で気軽に話しや相談しやすいよう工夫している。また、月1回のモニタリングでも家族からの意見・要望等も聞き取っている。職員にはケア会議や朝の朝礼等で利用者・家族の意向を報告し、情報の共有をおこなっている。</p> <p>35. 苦情があれば管理者に報告し、利用者の思いやその内容を十分に聞き取り、解決に向けて迅速に対応されているが、記録として確認することができなかった。また、苦情についての改善状況についても公開されていなかった。</p> <p>36. 相談・苦情への相談窓口は重要事項説明書に記載し、利用開始時に説明している。しかし、事業所関係者以外の第三者による相談窓口は設置されていなかった。</p>			
	利用者満足度の向上の取り組み	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。	B	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。	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 利用者や家族の要望にはそのつど対応しているが、満足度調査は実施されていない。事業所として利用者の満足度調査に向けて取り組んでいる記録は確認できなかった。</p> <p>38. 法人内の全社会議においてサービスの質の向上についての議論や検討の結果、【管理者の判断で、利用者と家族の面会が実施が出来るようになった】具体的な取り組みにつながった事例を聞かせていただく。</p> <p>39. 事業所が提供しているサービスについての自己評価はされていない。第三者評価は3年ごとに受診されているが、前回の改善点の改善状況への取り組みは確認できなかった。年1回以上の自己評価の実施と第三者評価結果の分析・検討をおこない、課題を明確にすることで、次年度の事業計画に反映されることを期待する。</p>			