

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 3 月 24 日

平成 27 年 10 月 16 日付けで、第三者評価の実施をお申込みいただいたソーケンメディカル株式会社につきましては、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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 通番 6 管理者によるリーダーシップの発揮 <ul style="list-style-type: none"> ・運営管理者は、事業計画を策定し、事業運営においては部門会議、全体会議、プロジェクト会議等へ全職員の参画を図り、更に、職員が意見を述べやすいようにブレインストーミング手法を取り入れて、業務推進に成果を上げている。 ・常に事業推進の中心にいて、業務の実施状況を確認できる状態で執務している。また、外出時・緊急時には、携帯電話で直ちに適切な指示ができる体制を確立している。 ・運営管理者に対する年に 1 度の「責任者 360 度評価」により、「自らの行動が職員から信頼されていること」を確認している。また、職員ヒアリングでも「相談しやすく信頼のできる上司」とのことであった。 2. 通番 30 災害発生時の対応 <ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅を訪問したときに災害や緊急事態に遭遇したときの対応について、「利用者宅訪問時マニュアル」、「緊急時対応マニュアル」に加え、「利用者宅訪問時に緊急事態が起きた時の対応について」のマニュアルを定めている。 ・マニュアルには、災害や緊急事態に遭遇した場合の状況把握の仕方やどのように行動するのか、ご家族支援のありかた、利用者の危険事態の判断基準等、福祉用具専門相談員としての果たすべき役割と行動及び判断基準が明確に示されている。 3. 通番 14 地域への貢献 <ul style="list-style-type: none"> ・京都市南区に「認知症安心サポート事業者」として登録し、認知症の相談窓口となっている。職員は「オレンジリング」を有し、地域の講習会へは講師として参加する等の地域への支援を積極的に行っている。 ・地域の要望に応じて研修会場にて福祉用具の実技研修を行うと共に研修会場を地域に開放している。また、地域の振興行事「吉祥院祭り」では福祉用具を展示し、福祉用具のアピールや啓蒙を行っている。
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 通番 1 理念の周知と実践 職員や利用者・家族に対する理念の周知が不十分 2. 通番 2 組織体制 職務分掌、職務権限規程の内容が不明確 3. 通番 4 業務レベルにおける課題の設定 課題・活動計画が不明確、達成度の検証が行われていない

<p>具体的なアドバイス</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 通番 1 理念の周知と実践 <ul style="list-style-type: none"> ・企業における理念は社内におけるあらゆる意思決定や行動の基準となるもので、最も上位の概念を示します。一方、社外からその企業を見た場合は目指しているものや存在意義を示す看板のようなものです。今一度、ホームページや重要事項説明書、事業計画書、パンフレット等に掲載されることをお奨めします。 2. 通番 2 組織体制 <ul style="list-style-type: none"> ・組織を動かすには社内の指揮・命令系統や具体的な各人の仕事の範囲、責任と権限（権限の委譲も含めて）を明らかにして、それらを全社員が理解していることが必要になります。 ・現在の職務権限規程には、職位・職務・権限・責任について定義されていますので、仕事の範囲と内容、責任と権限を具体的に加筆され、組織体制の不備を整えられることをお奨めします。 3. 通番 4 業務レベルにおける課題の設定 <ul style="list-style-type: none"> ・組織として目標達成に取り組むにあたっては、管理者から担当職員に至るまで、課題の明確化が重要です。 ・質の向上を目指して何を為すべきか、各担当が当期における達成目標を明確にし、実行して、定期的に進捗状況を振り返る仕組み(検証)を構築されることをお奨めします。 ・例えば達成状況などを明文化した、目標達成管理シートなどの導入を検討されては如何でしょうか。
------------------	--

※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	2670500160
事業所名	ソーケンメディカル株式会社
受診メインサービス (1種類のみ)	特定福祉用具貸与
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防特定福祉用具貸与
訪問調査実施日	平成28年3月8日
評価機関名	NPO法人 京都ビジネス・サポート・センター

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	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	B	
	(評価機関コメント)		* 法人としての理念、運営方針は明文化しているが、理念はホームページ上や重要事項説明書、事業計画書、パンフレット等に記載が無く、職員や利用者・家族に深く浸透するような取組が見られない。* 組織の意思決定は全体会議で行われ、職員意見の反映を図っているが、職務に応じて権限を委譲し、各責任を明確にした規定が無い。			
(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。	A	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)		* 単年度の事業計画は作成しているが、達成期間を明確にした中・長期計画が無い。 * 業務レベルの課題の一定期間における達成度の確認や結果の振り返りが行なわれていない。			
(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。	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)		* 遵守すべき法令はリスト化され、詳細を各自のパソコンから、調べられるように整備している。法令遵守の点検は年一回行い、内部研修、外部研修により理解促進に努めている。* 管理者は部門会議、全体会議、プロジェクトチーム会議等で事業の現状を把握し、事業運営にリーダーシップを発揮している。管理者は自らの信頼性を「責任者360度評価」のアンケートにより、把握している。* 管理者は事業の実施状況を随時確認できる場所で執務し、外出時や緊急事態には携帯電話で必要な指示を行う体制を取っている。			

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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		* 職員は全員が正社員であり、採用に際しては福祉用具専門相談員か福祉住環境コーディネーターの資格保有者を優先している。入社後の資格取得に対しては、研修の実施、受験費用等の支援を行っている。* 新規採用者は新任社員研修計画による研修を実施し、現任者には事例検討会、同業者グループ「まごころ会」での外部研修、営業同行によるOJTを実施している。* 実習生に「まごころ展示場」を利用して実習を行い、福祉用具専門相談員がアドバイスを行っている。		
(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。	A	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。	A	B
		(評価機関コメント)		* 「パワーハラスメント防止規定」を定めている。労働時間についてはノー残業ディを試みているが、拘束時間が長く、労務管理が不十分である。* 悩み・相談の窓口として「京都工場保険会メンタルサポートサービス」を活用している。福利厚生制度として各種施設が利用できる中小企業振興センターに加盟している。管理者は随時職員と気軽に話し合っているが、悩みやストレスをサポートする仕組みが見られない。休憩場所は確保されていない。		
(3) 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。	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)		* 地域への広報誌等の発行は無いが、ホームページで事業内容を掲載し、ショップ内には重要事項説明書・運営方針、第三者評価の受診結果やサービス情報公表の結果、福祉用具専門相談員（職員）の写真等を掲示している。* 京都市南区に「認知症安心サポート事業者」として登録すると共に、職員は「オレンジリング」を有し、認知症に対するサポートを行っている。福祉用具の研修会場を地域に開放すると共に、いろいろな研修に会場を供している。地域の振興行事「吉祥院祭り」では福祉用具を展示し、福祉用具の啓蒙に取り組んでいる。地域の要望に応じて福祉用具の実技研修も実施している。		

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
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)		* ホームページに提供できるサービス内容を掲載し、パンフレットにはレンタル料と利用者自身の負担額を記載している。また、「ご相談窓口」で問合せ・見学等の要望に応じている。福祉用具の展示場（まごころ展示場）では、新しい機器のお試し体験が可能で、ホームページから申し込みを受け付けている。		
(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)		* 利用契約締結時に重要事項説明書・契約書によりサービス内容や利用料金について説明し、同意を得ている。保険適用外契約については、契約時に利用料金の詳細な説明を行っている。権利擁護と成年後見制度の社内研修を実施している。		

(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)		*アセスメントは所定の様式を使用し、利用者の要望、身体状況、住環境、ケアマネジャーや主治医・専門家の意見を聴取し、作成している。用具の選定はアセスメントに基づき実施している。見直しは3か月毎のモニタリングにより行っている。*ケアプランは利用者・家族の希望・意見を取入れて作成し、同意の署名捺印を得ている。*「福祉用具サービス計画書」は、家屋評価を行い、サービス担当者会議に出席し、関係者の意見を踏まえた上で作成している。*「福祉用具サービス計画書」の見直しは3ヶ月ごとのモニタリングと面談記録で状況変化を確認し、ケアマネジャーと相談の上で実施している。		
(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
(評価機関コメント)		*利用者ごとにサービス計画表、利用者状況の記録、担当者会議議事録、個別援助計画、主治医、掛かりつけ医療機関、他の利用中の介護事業所等の全データを集約したフォルダを作成している。高齢者相談センター、地域包括支援センターへの報告体制や在宅支援事業所との連携体制も有り、利用者の退院時には医療機関やケアマネジャー等と連携して在宅生活の課題について協議している。		
(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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		*業務マニュアルは整備され、随時パソコンから閲覧できる体制になっている。制度改正や問題発生時にはプロジェクトチームや全体会議で検討し、その結果を見直しに反映させている。*記録は電子化し、「個人情報保護指針」に基づいて管理されており、記録管理に関する規定も整備している。*利用者ごとのサービス提供に係る情報は、利用者ごとのフォルダに記録し全職員が共有できる仕組みになっている。*利用者の家族等との情報交換はモニタリング時に実施している。		
(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)		*感染症対策マニュアルを整備し、感染症の研修を毎年実施して周知を図っている。職員全員に予防接種を実施し、利用者宅訪問時にはマスク・手袋の着用と車内消毒を行う等の対策を取っている。*トイレ、ドアノブ等を職員が毎日消毒・清掃している。また、タオルはペーパータオルを使用。事務所に加湿器・空気清浄器を設置して感染症対策を講じる等、衛生面に注意を払っている。		

(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。	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	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。	B	A
	(評価機関コメント)		* 訪問時に於ける利用者の体調急変に対する対応マニュアルや事故・緊急時に於ける対応マニュアルを整備し、緊急対応連絡網によって指揮命令系統を明確にすると共に、毎年、研修を実施している。* 事故等に係る事項は事故報告書に全て記録し、防止策をプロジェクトチームで検討を行い、事故防止に取り組んでいる。* 訪問時に災害が起きた時の対応方法をマニュアルに定めている。		
大項目	中項目	小項目	通番	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	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)		* 企業理念、運営方針に「利用者本位のサービス提供」を謳っている。虐待対応に関するマニュアルを策定し、虐待が疑われる場合はケアマネジャーへ報告をする様に指導している。人権擁護、高齢者虐待防止の研修を行っている。* 「プライバシー保護マニュアル」を整備し、研修により、プライバシー侵害の事例を学んでいる。* 自社で取り扱いの無い用具の申し込みがあった場合はケアマネジャーに連絡し、理由の説明と他社のカタログ等による紹介を行っている。		
(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。	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)		* 利用者・家族の意向（意見・要望・苦情）はアセスメントやモニタリング及び利用者とケアマネジャーに対するアンケートで把握している。* 利用者・家族の意向（意見・要望・苦情）への対応は、「苦情対応マニュアル」により、行っている。また、対応状況についてはショップ内に掲示している。* 公的機関の相談窓口は重要事項説明書に明記し、ショップ内に掲示しているが、ホームページへの記載が無い等周知は不十分である。また、事業関係者以外の第三者相談窓口は未設置である。		
(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っている。	A	B
	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。	A	B
	(評価機関コメント)		* 利用者満足度は利用者やケアマネジャーに対するアンケートを実施しているが、どのようにサービス改善されたかを確認をする仕組みが不十分である。* 利用者の意向（意見・要望・苦情）について毎月開催のプロジェクトチーム会議に全員が参加し、対応の振り返りを行っている。また、同業者のグループで定期的な会合を持ち、サービスの質の向上の検討や情報交換を行っている。* 自社の自主点検表に基づく自己評価を毎年行っているが、次年度計画に向けた課題設定の検討が行われていない。第三者評価は3年ごとに受診している。		