

# アドバイス・レポート

平成30年2月15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

平成29年9月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたメッセージケアサービス京都東向日につきましては、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>	<p><b>○労働環境の整備</b> 時間外労働時間・有給休暇残数を本社とスーパーバイザーが毎月ごとにチェックし共有する仕組みがあり、職員の労働環境に配慮しています。職員へのヒアリングにおいても、働きやすい職場であることがうかがい知れました。また、社内相談窓口として「なんでもコール」「ハラスメント相談窓口」を設置、社外相談窓口として「公益通報窓口」を設置しており、職員の業務上の相談ができる体制を整備しています。</p> <p><b>○人材育成と継続的な研修の実施</b> 新規採用職員に対する本社での新人研修や、事業所内でのトレーナー制度、本部教育研修部によるキャリア別の研修計画等、体系的な仕組みがあります。各職員は年度の個別研修計画を作成し、目標を持って取り組んでいます。また、外部教育機関と連携し資格取得を支援しており、資格取得による報奨金制度もあります。</p> <p><b>○事故防止等の取り組み</b> 「ヒヤリハット・事故・緊急対応報告書」だけでなく、事業所独自でヒヤリハットの報告書を作成しています。小さな気づきも見逃さず報告・分析を行い、対策を講じることで、実際の事故件数減少につながっているとのことでした。また、その取り組みを社内で研究発表し、啓発しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○中・長期計画の策定</b> 事業所内の研修計画や収益目標を含む、単年度の事業計画を策定していますが、中・長期計画が明確に示されていません。</p> <p><b>○地域への情報公開</b> 本社が作成するホームページはありますが、事業所独自の情報を発信する仕組みがありません。事業所独自のパンフレットも多くの方が手に取れる状況になく、地域住民が事業所の詳しい情報を得ることができないのが現状です。</p> <p><b>○災害発生時の対応</b> 災害マニュアルを整備し、併設するサービス付き高齢者向け住宅で実施している避難訓練に訪問介護事業所職員も参加していますが、地域との連携を意識した内容にはなっていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>当事業所は、メッセージケアサービス桂川から分離・移転する形で、平成29年6月に開設されました。サービス付き高齢者向け住宅「そんぽの家S京都東向日」に居宅介護支援事業所とともに併設されています。</p> <p>全国展開する会社のグループメリットを生かし、人材育成や研修に力を入れ、子育て支援、福利厚生等も充実しています。</p> <p>さらなるサービスの質の向上や地域に開かれた事業所になることを期待し、以下の通りアドバイスいたします。</p> <p>○単年度の事業計画やコンプライアンス徹底の取り組みについては評価できませんが、現状の維持にとどまらず、利用者の声や社会の動向を反映した中・長期計画の策定が望まれます。利用者への満足度調査を実施していないとのことですので、満足度調査から課題を抽出することも一つの方法として提案いたします。</p> <p>○併設するサービス付き高齢者向け住宅の入居者だけでなく、地域の訪問介護希望者にもサービス提供する用意はあるとのことですが、実際は入居者へのサービス提供が主となっています。地域住民に事業所のことを広く知ってもらうために、パンフレット設置場所の工夫やホームページでの情報公開の充実を望みます。</p> <p>○事業所移転により、地域住民とより近い場所でサービス提供する環境になったと言えます。地域に開かれた事業所となるため、地域特性の把握や地域住民との連携を意識した災害発生時の対応について、地域住民や地域包括支援センターとともに検討されることをお勧めいたします。</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	2673100323
事業所名	メッセージケアサービス京都東向日
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)	介護予防訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年12月21日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
<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。	A	A	
	(評価機関コメント)		1. 事業所内にSOMPOグループ理念や行動指針を掲示し、パンフレットに事業の運営方針を掲載しています。職員に対しては、月2回のカンファレンスの機会を利用し、年1回は理念や運営方針について周知しています。 2. SOMPOケアグループの組織図、職務権限規程が定められています。管理者、スーパーバイザーが双方向のつなぎ役として機能し、現場職員の意見を拾い上げ、管理者研修会議や経営会議等の場へ反映する仕組みがあります。			
<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	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。	C	A	
	(評価機関コメント)		3. 研修計画を含む、単年度の事業計画を策定していますが、具体的な中・長期計画が明確に示されていません。 4. 単年の課題と目標を設定した事業計画を立て、少なくとも6ヶ月に1回、達成状況の確認をしています。			
<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. 指導・監査や施設運営関連、人員基準、感染、事故等について記載した施設運営マニュアルがあり、社内Webサイトで職員が確認できる環境となっています。管理者は管理者研修で把握するとともに、チェックリストを用いてコンプライアンスについて毎月チェックを実施しています。年度の研修計画に盛り込み、職員への周知を図っています。 6. 職務権限規程により、管理者やスーパーバイザーの役割が明示されています。管理者、スーパーバイザーは少なくとも年1回、職員と面談し意見を聞くほか、部下が上司を評価する360度評価を実施しています。 7. 「事故・事件発生時の報告」「緊急連絡網」を事業所内に掲示しています。管理者、スーパーバイザーは社内携帯電話を所持し24時間連絡のつく体制を取っています。また、インターネットでのメッセージのやり取り、「申し送りノート」、「留意事項伝達シート」等を活用し、管理者が状況を把握する仕組みがあります。			

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。	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。	C	C
		(評価機関コメント)		8. 本社教育研修部によるキャリア別の研修計画があり、各事業所においては年度研修計画を立てるとともに、各職員が個別研修計画を作成しています。また、外部教育機関と連携し、資格取得を支援しています。資格取得による報奨金制度もあります。 9. 採用職員に対して本社での2週間の新人研修を実施しています。また、事業所内では新人職員の指導を行うトレーナー制度を取り入れています。キャリア別の研修計画のほか、外部研修についても職員が参加希望を出せる環境があります。 10. 実習受け入れの実績はなく、マニュアルについても整備していません。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. パソコンを利用することで、利用者の基本情報や対応した職員の情報が書類に印字される等、手書きの手間を省き効率化を図っています。残業時間や有給休暇残数を本社が毎月チェックする仕組みがあります。また、本社に人事・子育て支援課があり、育児休業後の復帰プログラム等の子育て支援制度が整備されています。 12. 会社の産業医、事業所の産業医を定めています。社内相談窓口として「なんでもコール」「ハラスメント相談窓口」、社外相談窓口として「公益通報窓口」を設置しています。また、福利厚生制度も整備しています。		
<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。	C	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	A
		(評価機関コメント)		13. 事業所概要や運営方針を記載したパンフレットを整備しています。また、併設するサービス付き高齢者向け住宅で開催している「いきいき倶楽部」では、外部講師を招き、体操や歌、フラワーアレンジメント、書道等を行っており、入居者以外の参加も認めていますが、地域住民への広報には課題が残っています。 14. 向日市で開催された「地域支え合いワークショップ」に事業所として参加し、地域の現状を把握するとともに、地域に生活する認知症高齢者等を支えるネットワーク機関の一員として参画しています。		

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	B
		(評価機関コメント)		15. パンフレットは、読みやすい文字の大きさで、情報を詰めこみ過ぎず、見やすい構成になっています。利用者からの問い合わせ等については随時対応しているとのことでしたが、確認できる記録がありませんでした。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書を活用し、家族や連帯保証人に対しても説明し同意を得ています。介護保険外の「サービスプラス」について、書面にて紹介・説明し、契約を取り交わしています。		
(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. 事業所独自のアセスメントシートを使用し、利用者のニーズを適切に細かく引き出せるようにしています。プラン変更時や状況等の変化に応じて随時アセスメントを行っています。 18. サービス担当者会議には利用者及び家族が参加するようにし、意向等を確認しています。家族と連絡をとり相談する機会を積極的に持っています。 19. 介護情報提供書を活用し介護支援専門員から情報収集、意見照会をしています。サービス担当者会議時に専門家等へ意見照会・意見交換した内容を「訪問介護計画書」や「介護サービス手順書」に反映しています。 20. モニタリングを月1回実施し、「モニタリングシート」に記録しています。担当制をとっていますが、担当者だけでなく事業所内全体で検討する仕組みがあります。		
(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)		21. 「介護情報提供書」や利用者宅に置いてある「申し送りノート」を活用し、事業所間で情報共有しています。また、訪問診療時の同席をはじめ、入院中の面会、退院前カンファレンスの参加により連携を図っています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		22. 社内Webサイトで職員が閲覧できるように、マニュアルを整備・保存しています。本社の教育研修部及び総務部、業務支援部でマニュアルを管理し、随時見直しを行っています。 23. 利用者の記録はケースファイルに保管しています。ケースファイル等情報の持ち出しについて「持出承認簿」を使用し管理しています。 24. 月2回のカンファレンスや「介護サービス手順書」、「申し送りノート」などを活用し、職員間で情報共有しています。 25. サービス担当者会議に積極的に出席し、情報交換を行っています。また、「家族用連絡ノート」を活用し、情報の共有を図っています。		

(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. マニュアルを作成し、マスクや消毒薬を携帯して感染を防ぐ対策をとっています。 27. 事業所内は書類を整理、保管しており、日々の掃除で清潔に保っています。		
(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	B
(評価機関コメント)		28. 緊急対応マニュアル、対応フローを整備し、指揮命令系統が明確になっています。併設するサービス付き高齢者向け住宅で訓練を行っており、訪問介護事業所職員も参加しています。 29. 「ヒヤリハット・事故・緊急対応報告書」を作成し、本部担当者に報告する仕組みになっています。また、事業所独自でヒヤリハットの報告書を作成・分析し、対策を講じています。 30. 災害マニュアルを整備し、併設するサービス付き高齢者向け住宅で避難訓練を行っていますが、地域との連携を意識した内容には至っていません。		

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>						
(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)			31・32. 社内マニュアルとしている介護実践教育マニュアル「やっていますか100」を活用して研修を実施しています。通報・相談窓口の設置や年1回実施している職員向けアンケートにより虐待等を確認する仕組みがあります。 33. 断らない方針をとっており、利用申し込みを受け入れなかった事例はありません。			
(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	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。	A	B	
	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。	A	B	
(評価機関コメント)			34. 月1回のモニタリング訪問で意向を確認しています。併設するサービス付き高齢者向け住宅の運営懇談会に参加し、意向や満足度を把握するように努めていますが、訪問介護事業所としての懇談会は行っていません。 35. 苦情対応マニュアルに沿って、「苦情(相談)対応記録」を作成し、迅速に対応していますが、苦情の公表に至っていません。 36. 公的機関の相談窓口を周知しており、本部に「お客様相談室」がありますが、事業所以外の第三者の相談窓口の設置がありません。			

(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。	B	B
(評価機関コメント)		37. モニタリングで利用者の意向を確認していますが、利用者の満足度を調査する仕組みはありません。 38. 向日市のヘルパー会議への出席や同法人の研究発表会に成果を報告するなど、サービスの質の向上のための取り組みを行っています。連絡会や他事業所の研修会に参加し他事業所の情報収集を行っていますが、事業所としてサービスの質の向上に係る検討委員会等の取り組みは行っていません。 39. 第三者評価を積極的に受診する方針であり、自己評価も行っていますが、課題を明確にして次年度の事業計画に反映する仕組みがありません。		