

アドバイス・レポート

平成31年4月8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30年12月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたSOMP Oケア京都訪問介護につきましては、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>○管理者の責任とリーダーシップ 年3回の職員面談により管理者が直接職員と意見交換の機会を持っています。360度評価によって上司・部下・同僚等から評価を受けるしくみがあります。</p> <p>○資格取得の支援 キャリアパスを定めて開示をしています。介護職員実務者研修の受講等資格支援制度が整えられています。</p> <p>○個別計画等の見直し サービス提供責任者は、毎月1回モニタリングを行い、詳細を記録しています。ケアマネジャーに積極的に情報提供を行い、ケアプランの更新や変更、訪問介護計画の見直しに役立てています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定 年度の目標や研修等は計画していますが、課題ごとに目標や行動計画を整理するなど一覧できる事業計画としてまとめられていません。また、中長期計画は策定していないとのことでした。また、訪問介護事業所としての課題・目標が設定されていません。</p> <p>○実習の受け入れ 実習の受け入れ実績がなく、マニュアルの整備や指導者に対する研修などが行われていません。</p> <p>○質の向上に係る取組 満足度調査等が行われておらず、質の向上に係る取り組み体制が十分とは言えません。また、定期的に第三者評価を受診していますが、評価結果が次年度の事業計画に反映していません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、高齢者専用賃貸住宅の入居者だけでなく、地域の高齢者も視野に入れ、訪問介護サービスと合わせて定期巡回・随時対応型訪問介護サービスを活用するなど、在宅生活の支援として継続した介護サービスを提供しています。 今後、より一層の質の向上に期待し以下のとおりアドバイスいたします。</p> <p>○計画の策定 法人として年度の目標や研修等は計画していますが、訪問介護事業所として具体的な事業計画が定められていません。訪問介護事業所として、課題ごとに目標や行動計画を整理するなど、一覧できる事業計画としてまとめられてはいかがでしょうか。 また、中長期計画は策定していないとのことでした。課題の把握と明確化に取り組み、中長期的な視点から段階的に単年度計画に反映できるようにすることが重要と考えますので、是非、中長期計画の策定をご検討ください。</p> <p>○実習生の受け入れ 実習の受け入れは今のところ検討していないとの事でしたが、実習受け入れの体制を作っておかれても良いと考えます。実習生の受入れ準備としてだけでなく、職員に対するスーパービジョンやOJT等、職員教育に活用することを目的として、サービス提供責任者等が実習指導者研修に参加されてはいかがでしょうか。</p> <p>○質の向上に係る取組 別のサービス種別ではありますが、前回受診された第三者評価の結果と今回の結果を比べても、「特に改善が望まれる点」として挙げられた部分についてあまり改善がみられなかったことは残念でした。第三者評価の評価結果の検討、利用者からの要望・苦情等の取りまとめや周知、利用者等への満足度調査の結果の分析・検討を行うための機関を事業所内に設置されることをお勧めします。 質の向上のためには、第三者評価、利用者等からの要望・苦情、満足度調査等をふまえ、課題を明確にし、具体的な改善計画を年度の事業計画として、立案、実施されることが望まれます。</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	2670700695
事業所名	SOMPOケア京都訪問介護
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	平成31年1月18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
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	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. 法人理念・基本方針を事業所内に掲示するとともに入社時の新人研修、年1回の研修で周知しています。 2. 職能権限規定、組織図を整備し、各担当者の職務権限を明記しています。管理者は月2回のカンファレンスに参加する等で職員からの意見を聞いています。			
(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	C	
	(評価機関コメント)		3. 年度の目標や研修等は計画していますが、課題ごとに目標や行動計画を整理するなど一覧できる事業計画としてまとめられていません。また、中長期計画は策定していないとのことでした。 4. 訪問介護事業所としての課題・目標が設定されていません。			
(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	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	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. 法人内で管理者を対象とした法令遵守の研修が行われ、サービス提供マニュアル、本部からの通達等により法令改正などの状況を把握しています。しかし、管理者が把握すべき法令等が明確に定められておらずリスト化もされていません。 6. 年3回の職員面談により管理者が直接職員と意見交換の機会を持っています。360度評価によって上司・部下・同僚等から評価を受けるしくみがあります。 7. 管理者への連絡体制を整えると同時にサービス提供記録、パソコンを用いた独自の情報伝達システムにより運営状況を把握しています。			

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
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。	B	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. キャリアパスを定め、開示しています。介護職員実務者研修の受講等資格取得の支援制度を整備しています。 9. 個人の目標を設定し、年3回の面談を行っています。研修計画に基づき事業所内で研修を実施していますが、外部研修への参加が少なく、情報の開示も十分とは言えません。 10. 実習の受け入れ機会がなくマニュアルが整備できていません。実習指導者に対する研修も行われていません。		
(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	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. 定期的に職員と面談を行い就業状況や意向を確認しています。有給休暇の取得状況や時間外労働時間数などを事業部・事業所等ごとにデータ化しています。 12. 事業委託により外部の相談体制を確保しています。職員の要望・不満等を汲み取るために、事業所での面談意外に本社担当窓口へ直接上申、相談できる仕組みがあります。		
(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	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。	A	B
		(評価機関コメント)		13. ホームページに運営理念を掲載しています。情報の公表制度に関しては、ホームページなどから直接誘導する仕組みはありません。 14. 右京区の事業者連絡会に参加し意見交換や情報交換を行っていますが、地域住民等に向けた講演会等は行われていません。		

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
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. ホームページやパンフレットを作成し、情報を提供しています。問合せの状況については、「ガールーンシステム」という社内システムで管理しています。		
(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. 料金やサービス内容は重要事項説明書に明示し、契約時等に説明しています。成年後見人制度の利用については、管轄の地域包括支援センターや社会福祉協議会に相談しています。		

(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. アセスメントは社内の独自様式を用いて、ケアプラン変更時や状態変化時に行っています。 18. アセスメントやモニタリング、サービス担当者会議の際に、利用者や家族の希望を聞いています。 19. ケアマネジャーや主治医、訪問看護事業所などから、必要時にFAX等で意見照会を行っています。 20. サービス提供責任者は、毎月1回モニタリングを行い、詳細を記録しています。ケアマネジャーに積極的に情報提供を行い、ケアプランの更新や変更、訪問介護計画の見直しに役立てています。		
(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. 利用者の居住している近隣の医療機関等、社会資源に関する情報を利用者のファイルに綴じています。利用者が退院する際は、入院中の情報をケアマネジャーを通じて得ています。		
(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。	B	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	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. 「マニュアル関係」のファイルに各種マニュアルを整備し、職員が誰でも見ることができるようになっています。しかし、見直しにあたって苦情や事故防止の改善策等が反映されていません。 23. 「支援経過」に状況は記録しています。情報を持ち出す際は、「持ち出し簿」によって管理しています。 24. 「留意事項伝達シート」や「カンファレンス記録」によって情報共有しています。 25. 月1回のモニタリング時やサービス担当者会議時に、家族に情報を伝えています。		
(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. 「感染症対策マニュアル」を作成しています。利用者の状況に応じた対応ができるように職員に周知しています。 27. 事務所内は、整理整頓できています。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		28. 緊急搬送時の対応などをマニュアルとしてまとめています。事業所内研修を年1回実施し、参加していない職員には資料を配布しています。 29. 事故報告書を作成し、月2回のカンファレンス時に発生状況や改善策を話し合っています。 30. 「災害対応マニュアル」を作成し、事業所内研修を年1回実施しています。しかし、地域と連携した訓練は行っていません。		

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
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)		31. 理念の中に高齢者の尊厳について明示しています。虐待に関する事業所内研修を年1回実施しています。 32. 社内マニュアル「やってますか100」を活用し、年1回の事業所内研修で職員に周知しています。 33. 提供エリア内であれば全て受け入れています。			
(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。	B	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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		34. 月1回のモニタリングや通常のサービス提供時に、利用者や家族の要望を引き出すようにしています。しかし、利用者懇談会は実施していません。 35. 利用等からの苦情や要望については、社内の独自様式の苦情相談記録に記録し、組織として対応しています。しかし、苦情やそれに対する対応は公開していません。 36. 重要事項説明書に公的機関の連絡先を載せています。しかし、第三者委員の設置は検討していません。			
(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っている。	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職員の職員が積極的に参加している。	C	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. 満足度調査等が行われておらず、質の向上に係る取り組み体制が十分とは言えません。また、定期的に第三者評価を受診していますが、評価結果が次年度の事業計画に反映していません。 38. 月2回カンファレンスを行い、サービスの改善等について話し合っています。しかし、他の事業所の取り組みは把握していません。 39. スーパーバイザーが社内独自の「マンスリーチェックシート」を用いて、サービスやコンプライアンス等について評価を行っています。しかし、次年度の事業計画の策定にはつながっていません。			