

# 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ケア西大路八条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><b>○質の高い人材の確保</b> 資格取得やキャリアアップのための制度を整備しており、職員のモチベーションアップにつなげています。</p> <p><b>○アセスメントの実施、利用者・家族の希望尊重</b> 法人独自のアセスメント様式を使用し、きめ細かく情報を収集しています。また、毎月のモニタリングも独自様式を使用し、全職員が利用者の状況を把握しています。</p> <p><b>○ストレス管理</b> 年1回のストレスチェック以外に、年5回まで無料相談できる窓口を設けています。また、セクシャルハラスメントなどの相談窓口を全職員に明示しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○事業計画の策定</b> 訪問介護事業所として、単年度の事業計画、中・長期計画を作成していません。</p> <p><b>○実習の受け入れ</b> 実習生の受け入れ実績がなく、マニュアルの整備や、実習を受け入れるための研修の計画がありません。</p> <p><b>○地域への貢献</b> 専門的な技術講習会や研修会、地域住民に役立つ講演会を開催していません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は平成21年7月にサービス付き高齢者向け住宅と居宅介護支援事業所との併設で設立され、併設されているサービス付き高齢者向け住宅の入居者に対して、サービスの提供をしています。当社が同法人内の事業所の情報を一括して集約し、サービスの向上につなげています。また、法人により各エリアにはスーパーバイザーが配置されており、各事業所のチェックを毎月実施し、支援の質を低下しないように取り組んでいます。</p> <p><b>○事業計画の策定</b> 利用者や家族からの意見をモニタリング時に聞き取っていますが、それだけではなく、満足度調査等を実施し、事業所として課題を抽出されてはいかかでしょうか。より充実したサービス提供を行うために、抽出した課題等を基に単年度および中・長期の事業計画を策定されることを望みます。</p> <p><b>○実習の受け入れ</b> 現在は、実習生の受け入れは検討されていないとのことでした。しかし、実習生を受け入れることで職員のスキルアップや人材確保の面においても、効果が認められると考えます。すぐに受け入れることは困難と思われるので、受け入れ体制を確立されることをお勧めします。</p> <p><b>○地域への貢献</b> 本事業所は、併設のサービス付き高齢者向け住宅の入居者のみにサービス提供されていますが、地域住民に対して介護教室等を行うことで、地域に対して事業所が有する知識を還元されることを望みます。また、地域とのつながりといった面で、災害時の避難訓練などを消防署などと協力して実施されることを期待します。</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)

※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	2670501010
事業所名	SOMPOケア西大路八条訪問介護
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護・介護型ヘルプサービス
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	平成31年2月27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思決定を行い、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. 理念や運営方針は事業所内に掲示されている他に、全職員に「経営基本方針理念カード」を配布しています。利用者や家族に対しては、初回面談時に説明しています。 2. 管理者会議が毎月行われており、意思決定の場となっています。ハピネスプロジェクトという制度があり、職員の意見を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。	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	C
	(評価機関コメント)			3. 介護サービスの内容等は月2回のカンファレンスで課題などを話し合っていますが、事業計画や中・長期計画はいずれも確認できませんでした。 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。		
<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。	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	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. コンプライアンスガイドブックを使用して研修を行っていますが、法令等をリスト化していません。 6. 360度評価を実施し、管理者や同僚を評価する仕組みがあります。月2回のカンファレンスで、管理者の責務について話をしています。 7. 24時間対応できるように社用の携帯電話を常に所持しています。		

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>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. キャリアアップ制度として、「SFC職能要件」で職員に求められる能力などを明記しています。資格支援規程報奨金の制度を設けています。 9. 事業所内研修を年間の予定を立てて、実施しています。ホスピタリティ研修や介護技術研修を定期的に行っています。 10. 実習生の受け入れ機会がなく、マニュアルを整備していません。実習指導者に対する研修も行われていません。		
<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. 職員の事務負担を減らすために、記録ソフトを用いてモバイル入力に切り替えています。育児休業取得の実績もあります。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. 系列会社にストレスチェックを委託しています。セクハラやマタハラ、パワハラを受けた際に相談できる窓口を全職員が把握できるように「通報相談窓口一覧」のカードを渡しています。		
<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。	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	C
		(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. 地域に対しての取り組みは行っていません。		

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
<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. 会社のホームページやパンフレットの「サービスのご案内」において運営方針や事業所概要、サービス内容、利用料金表の記載があり、分かりやすいものになっています。		
<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. 重要事項説明書を用いて説明し、本人及び家族、成年後見人等の同意を得ています。重要事項説明書には自費サービスの料金についても記載し、書面で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. 社内独自のアセスメントシートを使用し、ケアプラン更新時や利用者の状態変化時などのアセスメントを行っています。サービス提供責任者が月1回モニタリングを行い、モニタリング内容を記録しています。 18. サービス担当者会議に利用者本人が参加し意向確認を行っています。また、サービス提供責任者が訪問介護計画書を作成し利用者や家族、成年後見人から同意を得ています。 19. サービス担当者会議で意見照会や意見交換を行い、訪問介護計画書の作成に反映しています。 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。また、状態の変化や居宅サービス計画の変更に伴い、訪問介護計画書の見直しを行っています。		
(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. 介護情報提供書やサービス担当者会議を通じて、担当の介護支援専門員や他事業所と連携を図っています。また、利用者の入院時には病院に必ず訪問して情報収集をしています。		
(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	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. マニュアルを作成し、社内パソコンからも確認できる仕組みになっています。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. 利用者個別のファイルを鍵付きのキャビネットにて保管しています。破棄する時は専門業者に委託し適切に処理しています。 24. 毎日の出勤時に留意事項伝達シートを必ず確認することで迅速に情報共有ができる仕組みがあります。また、利用者宅に申し送りノートを置いて情報共有を行っています。 25. サービス担当者会議や申し送りノートを活用し、家族等とサービス提供状況について情報交換を行っています。		
(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. 当社が作成したマニュアルを設置し、定期的に研修を実施しています。感染症の利用者についてはカンファレンスや訪問介護計画書に留意事項として盛り込み対応しています。 27. 事業所内やトイレ等は整理整頓されています。毎日職員が順番にトイレ掃除をする等、衛生管理に努めています。		

(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. 「緊急時の対応マニュアル」が整備し、定期的に研修を行っています。 29. 発生した事故については事故報告書を作成し、カンファレンスで情報共有を行い、再発防止に努めています。また、本社職員やスーパーバイザーが確認できる仕組みがあります。 30. 「災害発生マニュアル」と研修記録は確認できましたが、地域との連携を意識したマニュアルや研修にはなっていません。		

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. 「やってみるか100」という介護実践マニュアルを全職員に配布し尊厳保持について周知しています。 32. 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮するサービスを提供するため、年1回職員に対してコンプライアンス研修を行っています。 33. これまでサービス利用の受入れを断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	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	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回のモニタリングにて利用者の意向を拾いあげて収集しています。 35. 苦情相談記録を作成し、本社スタッフを含む全職員が確認できる仕組みがあります。しかし、対応状況や改善報告等の公開については確認できませんでした。 36. 法人として第三者の相談窓口を設置していますが、訪問介護事業所の重要事項説明書等への記載はなく、利用者に周知されていません。				
(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。	B	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職員の職員が積極的に参加している。	A	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. 月1回のモニタリングにおいて利用者の意向確認を行い、月2回のカンファレンスにてサービス改善について検討していますが、満足度調査アンケートは実施していません。 38. 2ヶ月に1回社内でもホスピタリティ研修が開催されサービス提供責任者が参加しています。しかし、他の事業所の取り組みについての情報収集や比較検討についての記録が確認できませんでした。 39. スーパーバイザーがマンスリーチェックを実施し自己評価を行なっています。しかし、評価結果の分析や検討による次年度の事業計画の作成は確認できませんでした。				