

アドバイス・レポート

令和2年3月30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

令和元年12月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたSOMP Oケア修学院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>○ストレス管理 事業委託により外部の相談体制を確保されています。職員の要望・不満等を汲み取る仕組みとして、事業所での面談意外に、本社担当窓口へ直接上申や相談できる仕組みを構築されています。</p> <p>○個別状況に応じた計画の作成 社内独自のアセスメントシートを使用されるとともに、サービス担当者会議には必ず出席されるなどして、利用者の心身の状態、意向等を丁寧にアセスメントされています。</p> <p>○意見・要望・苦情等への対応と改善 苦情相談記録を作成され、本社スタッフを含む全職員が確認できる仕組みを作っておられます。また、年に1回、運営懇談会を開催して利用者・家族へ改善状況を報告されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定 会社全体としての事業計画はあるとのことでしたが、事業所として、課題や目標が示された事業計画や中長期計画は確認できませんでした。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 研修計画に基づき社内研修に参加していますが、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。また、事業所内での勉強会等は開催されていません。</p> <p>○実習の受け入れ これまで実習の受け入れ実績はありません。また、マニュアルの整備や指導者に対する研修なども行われていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、SOMPOケアグループの事業所として、地域に根ざし、一人一人の想いに寄り添う介護を目指し、住宅型有料老人ホームと一体的に運営されています。訪問の際の職員さんの笑顔や明るい職場の雰囲気は、「人権尊重」の経営理念のもと、安心・安全・健康に資するサービスの提供と働きやすく働きがいのある職場づくりに取り組んでおられることを感じることができました。</p> <p>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 会社として年度の目標や研修等は計画されていますが、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。</p> <p>また、中長期計画は策定され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は重要と考えています。是非、中長期計画を策定してください。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 研修計画に基づき全社で行われる社内研修に参加し、職員を育成する仕組みは整えられています。しかし、外部研修への参加が少なかったのは残念でした。外部研修は、職員が主体的に学ぶ機会やきっかけとなり、職員のモチベーションを維持・向上する意味から大変有効です。</p> <p>外部研修の情報を集約し積極的に職員に提供していかれることをお勧めします。</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	670600903
事業所名	SOMPOケア修学院 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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	2020年1月10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. 職員全員が理念等を記載したカード所持し、会議前に内容を唱和するなどして確認しています。年1回家族が参加する運営懇談会で理念や運営方針等について説明しています。 2. 職務権限規定が定めています。毎月、正職員が参加し会議を行っています。会議の開催にあたっては、事前に非常勤職員に意見をヒアリングし、会議後に議事録を回覧して確認しています。		
(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。	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. 会社全体としての事業計画はあるとのことでしたが、事業所の事業計画、中長期計画は確認できませんでした。 4. 職員ごとに目標を設定していますが、事業所としての課題や課題解決に向けた具体的な計画は定められていません。		
(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。	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. 会社で管理者を対象とした法令遵守の研修を行い、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していません。 6. 会議への参加や職員面談により、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仕組みがあります。管理者の役割と責任については、職能要件で定めていますが、職員に表明するなど具体的な対応がなされていません。 7. 管理者への連絡体制を整えるとともに、管理者はサービス提供記録により状況を確認しています。		

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。	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. 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えています。 9. 研修計画に基づき社内研修に参加していますが、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。また、事業所内で勉強会等は行われていません。 10. 実習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っていません。		
(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・不満等を汲み取る仕組みとして、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。	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。	A	A
		(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. 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。事業所内で定期的に「いきいきクラブ」等の催しを開催しています。		

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
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. 会社のホームページやパンフレット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。			
(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. 重要事項説明書を用いて説明し、本人及び家族等の同意を得ています。重要事項説明書には、プライベートサービス（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等にアセスメントを行っています。また、サービス提供責任者が月1回モニタリングを行ない、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職員が必ず参加し、利用者や家族等の意向確認をしています。 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、状態変化や居宅サービス計画の長期目標や短期目標等の変更に伴い、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. 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。ターミナル期の利用者には担当医師との診療ノート、訪問看護事業との看護ノートを使用して支援しています。			

(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	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. マニュアルは社内パソコンや紙媒体でのファイリングによって管理されています。年1回見直し改定しています。 23. サービス提供状況等の記録は適切になされています。また、文書管理規定が定められています。 24. 介護情報提供書や申し送りノートを出勤時に必ず確認しています。また、月2回のカンファレンスにおいて職員間での情報共有を行っています。 25. 連絡ノートを活用し、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。また、サービス担当者会議には必ず出席しています。		
(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. 年間の研修計画に感染についての研修が盛り込まれており、職員全員に実施しています。年に1回マニュアルの更新を行っています。 27. 施設内は整理整頓や衛生管理が行き届いています。		
(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. マニュアルを整備し、研修と訓練を行っています。また、連絡網にて指揮命令システムを定めています。 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っています。また、ネットワークシステムを使用し、本部に報告する仕組みがあります。 30. マニュアルを整備し、年2回、夜間想定を含んだ訓練を行っています。自治会や地域住民にも参加を呼び掛けていますが、参加実績はありません。		

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. 年1回のコンプライアンス研修やe-ラーニングで研修を行っています。また、「やってますか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回のコンプライアンス研修を行っています。 33. これまで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	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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	A
		(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等を確認しています。 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。また、年に1回利用者向けに運営懇談会を開催しています。運営懇談会に参加できない人には議事録を送付しています。 36. 重要事項説明書に公的相談窓口を記載し契約時に説明しています。また、お客様相談室やなんでもコール、公益通報の連絡先を記載したカードも準備しています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		37. 毎月、利用者等に苦情や要望を記載できるアンケートを配布していますが、個人の要望レベルに留まっており、満足度を把握するには至っていません。 38. 毎月の会議でサービス改善について検討しています。 39. 毎月ホーム長によるマンスリーチェック表に基づく自己評価を行っています。しかし課題の分析や検討が事業計画に反映されていません。		