

様式 7

## アドバイス・レポート

令和 4 年 3 月 9 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 3 年 1 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「SOMPO 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>○利用者の希望に対するきめ細やかな支援</p> <p>利用者本人のやりたいことについて意向を聴取し援助へつなげる仕組みがあります。例えば、利用者が植木を植えたいと望んでいれば、介護保険サービスの範囲外だからと一概に断ることなく、実現の為に無償で支援を行うなど、本人の望む在宅生活を積極的に支えていく姿勢があり、利用者目線の生活支援を実施しています。</p> <p>○事業所単位での積極的な対応</p> <p>母体法人は全国レベルの大きな組織ですが、管理・事務面において本部と事業所の機能分化が明確で事業所の熱意を損ねることなく比較的迅速に一步踏み込んだ支援や関係機関との対応を行っておられます。</p> <p>○働きやすい環境整備</p> <p>社内システムの電子化が進んでおり、日々の業務報告や連絡等は電子化された社内ネットワークを活用することで事務作業の軽減を図り、職員が働きやすい環境整備を目指されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中・長期計画の策定</p> <p>理念やビジョンの実現の為に日々計画と実践を行い、単年度の事業計画を策定されていますが、理念やビジョンの実現の為に方向性を決める目標となる中・長期計画が策定されていません。</p> <p>○地域との連携</p> <p>昨年、事業所の移転があったようですが、感染症流行の影響とはいえ、新しい地域での関係性作りがされていません。</p> <p>○事業所の情報発信</p> <p>訪問介護事業所として地域で活動をされていますが、地域での認知度が低く利用者の紹介や相談がほとんどされていません。</p>

## 具体的なアドバイス

本事業所は、昨年に現在の場所に移転してきたところで、地域にはまだ馴染めていないところはあると思いますが、事業所単位として利用者の意向を聞き、実現に向けたきめ細やかな支援にも取り組む等、意欲的な活動をされています。サービス付き高齢者住宅に住む高齢者だけでなく地域の高齢者への支援も積極的に行い、定期巡回・随時対応型訪問介護や夜間対応型訪問介護サービスと合わせて訪問介護も今後伸ばしていきたい事業と考え、活動されています。

今後、より一層の質の向上に期待し、以下の通りアドバイスいたします。

## ○中・長期計画の策定

単年度の事業計画は策定されて振り返りも実施されていますが、中・長期計画が策定されていません。法人全体の理念の実現やビジョンの実現に向けて取り組みたいとのこと。理念とビジョンの実現の為に、中・長期計画を策定されてはいかがでしょうか。中・長期計画を策定し、目標と方向性を決めることで、実現の為に単年度ごとの段階的なステップが明確化されると考えます。是非、ご検討ください。

## ○地域との連携

以前の地域では地域住民や地域の関係機関ともよく連携されていたと聞いています。感染症流行の影響もあり、事業所連絡会が開催されなかった為にアピールできなかったとのことですが、地域へのアプローチ方法を複数検討されてはいかがでしょうか。直接向かい合っただけの対話も大切ですが、いつもできるわけではないということが今回の状況から認識されたことと思います。電子化されたネットワークの活用や地道な広報を行う等、多様なアプローチ方法を常時検討し、平時のみならず災害発生時等にも活用できる強力な地域ネットワークを構築してください。

## ○事業所の情報発信

移転からあまり時間が経過していないため、まだ地域に馴染めておらず、利用者がとても少ないとのことでした。地域にサービス付き高齢者住宅を多く展開されており、入居者向けのサービスと地域から思われていること、またグループ会社の持つビルの一角に事業所を構えてたことで、地域からはほとんど見えなくなり気付かれないことが認知度の低さにつながっているのではないかと聞きます。積極的に地域に情報発信を行い、各事業所との日頃の連携を意識することで徐々に知名度が上がっていくと考えます。在宅生活を支える事業所として地域には必要とされている為、積極的な情報発信を行うことで必然的に利用者も増えていくのではないのでしょうか。まずは地域の居宅介護支援事業所に対する情報発信から始めてみられてはいかがでしょうか。

※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)	介護予防訪問介護
訪問調査実施日	令和3年12月23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. 法人理念・基本方針等を事業所内に掲示するとともにホームページやパンフレットに掲示しています。また入社時の新人研修や年1回の研修で周知しています。 2. 職能要件定義書、各業務の職務要件、組織図を整備しています。社内提案制度を設け全職員の意見を聞く体制になっています。			
<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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 昨年度の振り返りを職員と行った上で単年度の事業計画を策定していますが、中長期計画は策定していません。 4. 業務分析を行い課題を明確にし、毎月カンファレンス会議において確認、話し合いが行われています。			
<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. コンプライアンスガイドブックを作成し、毎年4月に研修を行っています。ガイドブックには、管理者が把握すべき法令等についても明記しています。 6. 年に1度『多面観察』という部下からの上司評価制度を実施しており、管理者が評価を得る仕組みがあります。 7. 電子化された連絡体制を整え、サービス提供記録・業務連絡等は社内ネットワークで共有し、運営状況の把握、情報伝達を迅速にしています。			

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。	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. 職能要件を定めて開示しており、介護福祉士等資格取得に勤務調整や費用を会社負担とする等の支援制度を整備しています。 9. 法定研修とケアに関する研修を毎月1回、職員各自の目標に沿って受講する体制になっており、計画的に取り組みられています。また、職員が自主的に集まり、研修を行う際には勤務として取り扱う等の仕組みもあります。しかし、学びに対する助言や業務へのフィードバックまでを行うシステムが構築できているかは確認出来ません。 10. 実習の受け入れは行われておらず、体制もありません。		
<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. 介護記録をモバイル入力できるシステムを取り入れ、スマート端末の貸与も行う等、現場レベルで電子化がされています。また、有給休暇の取得状況や時間外労働の管理をデータ管理しており、業務改善を行っています。 12. 社内独自の提案制度を設け上長を通さずに上申、相談できる仕組みがあります。外部の相談体制についても『なんでもコール』という上司に分からずに相談できる連絡先をカードにまとめ全職員に配布しています。		
<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. ホームページやポスター等に運営理念を掲載しています。しかし、感染症流行の影響で地域住民に対して広報や情報開示ができていません。 14. 感染症流行の影響もあり、地域に対して技術・情報の提供や地域のニーズ把握は出来ていません。		

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. 絵や利用者の声等を載せたホームページやパンフレットを活用し、分かりやすく必要な情報提供と説明を行っています。		
<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. 利用料金やサービス内容は重要事項説明書に明記し説明しており、自費サービスの利用料金については別途契約書を整備し説明しています。また、判断能力に支障があるとみられる利用者に対しては、担当の介護支援専門員に具体的なエピソードを沿えて情報提供を行っています。		

(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. 社内独自の所定のアセスメント様式を使用してアセスメントを実施しており、計画書等変更があった時に、再アセスメントを実施し随時書き加え最新の内容になるようようにしています。 18. 毎月のモニタリングやサービス担当者会議を通じ利用者及び家族等から聞き取り、意向を確認しています。また、連絡ノートを活用し、家族等とも積極的に連絡を取り相談する機会を持っています。 19. 本人や家族の状況は介護支援専門員、医療情報は医師、看護師、本人の身体機能面については理学療法士等、各専門職への意見聴取や情報収集を行い、個別援助計画に反映させています。 20. 毎月のモニタリングでの変化の確認とともに、介護支援専門員に積極的に情報提供を行い、個別援助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. 利用者の入退院時には介護支援専門員から情報を得るようにしており、退院前カンファレンスにも参加したり、緊急時は介護支援専門員に一報を入れ、直接主治医と連絡を取り状況を伝える等、医療機関とも連携しています。また、地域包括支援センターにもインフォーマルサービスとしての自費サービス情報を提供する等の連携を行っています。		
(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。	B	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. 業務マニュアルを整備し社内ネットワークでいつでも閲覧できるようになっています。また、マニュアルの見直しにはマニュアル検討チームが組織され、毎年1年かけて内容を精査し、法律の改正や問題点が挙がると適宜改定が行われています。 23. 利用者ごとにケースファイルが作成され記録についてはシステム管理になっています。ケースファイルについては鍵付きの書庫に保管され、取扱については規程に沿って管理しています。個人情報保護について毎年倫理研修が行われています。また、貸し出されたスマート端末だけではデータにアクセスできなくしており、情報漏洩に対する予防もしています。 24. 毎朝の申し送りと週1回のチーム会議で情報共有や意見交換等を行い記録しており、スタッフ全員が常に確認し緊急時や担当者が不在の場合でも対応できるようにしています。 25. 毎月のモニタリング訪問やサービス担当者会議開催時に家族等に連絡をとり必要な報告を行っています。また、都合が合わない家族等に対しては連絡ノートを置き、報告や連絡をしています。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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毎年研修をしています。また、マスクや手袋、ガウン等をセットしたものを全職員に配布携帯させて、必要時に使用できるようにしています。 27. 事務所内は消毒液が常備され整理整頓が行き届いており、毎日事務所内を掃除機がけし美化に努めています。また透明のパーティションを机に設置し飛沫感染防止に努めるなど事務所内の環境を整えています。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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	A
(評価機関コメント)		28. 『要報告事案の第一報マニュアル』や『危機管理マニュアル』等整備しており、連絡網の構築や、指揮命令システムを明示しています。また、研修を年1回実施しています。 29. 事故報告書を作成しカンファレンス時に事故報告、対策の検討を現場レベルで行っています。また、社内のマニュアル検討チームへも報告が連動して挙がることで、マニュアルや手順の見直しが全社で為されていきます。 30. 『災害対応マニュアル』を作成し、活動先の施設において避難訓練を行ったり、食料品の備蓄を行ったりしています。年1回は安否確認メールを全社で行う等、災害に対する意識付けを職員に対して行っています。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		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. 『虐待防止・身体拘束廃止に関するマニュアル』を整備し、人権擁護に関する研修も年1回実施しています。また、権利侵害を見つけた場合に社内の通報窓口を通して通報できるシステムを構築しています。 32. 社内マニュアル『やってますか100』を全職員に配布し、プライバシー等の配慮について、人間尊重と自立支援に向けた研修を年1回実施しています。 33. 利用申し込みを受けられない場合は、利用者や介護支援専門員、関係者等の同意を得て他の事業所に連絡、相談等を行い、受け入れが可能な事業所を提案をする対応をしています。		

(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。	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。	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	A
(評価機関コメント)		<p>34. 毎月のモニタリングや通常のサービス提供時に利用者、家族の要望を引き出すようにしています。また、管理者やサービス提供責任者により定期的に訪問し、個別に面談を行い意向等の確認をしています。</p> <p>35. 苦情対応記録を作成し、管理者が責任者となり組織として迅速に対応しています。しかし、苦情内容や改善状況等についての公開はしていません。</p> <p>36. 区役所や国民保険健康団体連合会等公的機関の他、法人としての第三者の相談窓口を重要事項説明書に明記し説明を行い周知しています。また、管理者が責任者となり寄せられた苦情に対して、組織的に迅速に対応がされています。</p>		

(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	A
(評価機関コメント)		<p>37. 法人として一括して全利用者を対象に3ヶ月に1度アンケートを実施しています。アンケート内容は法人内で公開し共有、対応等の取り組みが行われています。しかし、施設ごとのアンケート結果になる為、改善内容等について事業所単位で確認する仕組みがありません。</p> <p>38. 毎月1回以上カンファレンスを実施しサービスの向上について話し合いを行っています。しかし、他の事業所の評価や取り組みなどについて情報収集や分析等はありません。</p> <p>39. 社内独自の『マンスリーチェック』を実施し自己評価を行っており、評価結果の分析・検討を行い課題を明確にし、事業計画に反映させています。また、定期的に第三者評価を受診し、結果を公表して改善に向けた取り組みを実施しています。</p>		