

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 1 月 1 0 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>○ICT化による情報共有、省力化の実現 マニュアル、利用者情報、サービス管理などが、社内のネットワークにより共有できるようになっており、職員各自のスマートフォンのアプリを活用して、即時の情報共有や省力化を実現しています。</p> <p>○アセスメント、モニタリングの徹底 既往歴、本人・家族の意向、生活状況、ADL などの詳細が記載された独自のアセスメントシートを活用し、きめ細かな情報収集を実施しています。また毎月モニタリングを実施し、法人作成のシートで管理しています。</p> <p>○月 1 回のコンプライアンス研修の実施 年 1 回、4 月に、コンプライアンス全体に関わる総括的な研修を行っているほか、月 1 回コンプライアンスに関わるテーマを決めて、研修を実施することで、職員の資質向上を図っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中長期計画の策定について 事業所として、中長期計画を策定されていません。</p> <p>○地域との連携 地域住民に役立つ講演会の開催など、事業所が有する専門的な知見が、地域貢献として還元されていません。</p> <p>○実習の受け入れ 実習の受け入れをしておらず、マニュアルの整備や実習指導者に対する研修が実施されていません。</p>

具体的なアドバイス	<p>本事業所は、サービス付き高齢者向け住宅と居宅介護支援事業所を併設しており、併設されているサービス付き高齢者向け住宅の入居者を中心にサービス提供をしています。法人が、各事業所の情報を一括して集約しており、各エリアには、支援の質の向上のために、スーパーバイザーが配置されています。</p> <p>第三者評価は定期的に受診されています。今回の評価結果については、次回受診時までの課題として、解決方法等を検討いただければと考えています。</p> <p>○中長期計画の策定について</p> <p>施設の課題によっては、単年度での達成が見込まれるものだけでなく、中長期的に計画しなければ達成が見込めないものもあります。施設の課題を把握された際には、達成のためのスケジュールを検討した上で、必要に応じて、中長期の事業計画の策定を検討されることが望まれます。</p> <p>○地域連携のための施設活用</p> <p>サービス付き高齢者向け住宅と、居宅介護支援事業所を併設されていることを活用して、入居者への催しなど、それぞれの利用者に対するサービスの一部を地域に開放することなどにより、地域との繋がりを持つことを検討されることをお勧めします。</p> <p>○実習の受け入れ</p> <p>現在は実習の受け入れをされていないとのことですが、実習生を受け入れることで、人材確保や、職員の資質向上などに資する面もあります。まずは実習マニュアルの策定など、実習を受け入れる体制の整備をされてみてはいかがでしょうか。</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
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	2022年1月19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. 施設内に理念、運営方針を掲示しています。職員に対しては、入社時の研修テキストで説明しており、毎年4月開催のコンプライアンス研修において、改めて確認し、周知しています。利用者や家族には、契約時に重要事項説明書などを用いて説明し、周知しています。 2. 事業所内では毎月1回のカンファレンスがあり、これをふまえ、京都全域についての京都事業部での会議を行っている他、法人において各委員会、理事会など、上部機関の会議が設置しています。そのほか、ハピネスプロジェクトという職員が法人に直接意見を伝える仕組みも設けています。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		3. 介護サービス内容等についての課題は、月1回のカンファレンスなどで協議していますが、中長期計画が確認できませんでした。 4. 職員との面談等の中で、個人別の目標管理が行われており、カンファレンスにおいて、事業所としての課題の協議等を行っています。ただし、課題の達成状況を定期的に確認する仕組みが確認できませんでした。			
(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	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. 毎年4月のコンプライアンス研修において、法令遵守についての研修を行っていますが、事業を実施する上で把握すべき法令についてリスト化していません。 6. 職務権限規程を策定し、職務分掌について文書化しています。また「ホーム長・管理者5か条」を配布し、自らの役割や責任などについて、職員に対し表明しています。さらに、職員との面談を年3回は実施している他、職員が管理者を評価する「多面観察」という仕組みもあります。 7. 管理者は、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。緊急時の対応手順については施設内に掲示しており、緊急連絡網も作成しています。			

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	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. 採用面接マニュアルにおいて「求める人材像」など、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方を文書化しています。介護福祉士、ケアマネージャー、認知症ケア専門士などについて合格報奨金制度を設けています。 9. 月1回、施設内研修としてコンプライアンス研修を実施しており、外部研修については、その都度申し送りを行っています。また年3回の管理者との面談を実施し、初回面談では目標チャレンジシートを用いて、面談メモ、年間個人目標、教育計画、資格取得計画などを整理し、その後の面談においては、振り返りのためのシートを用いて、目標に対する振り返りなどを実施しています。コロナ前には研修室において実践的な研修や、勉強会を実施していましたが、コロナ禍の影響で最近では実施できていません。 10. 実習生を受け入れる機会がなく、マニュアルを整備していません。また実習担当者に対する研修も行っていない。		
(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. 年次有給休暇の取得状況や労働時間についてデータ化して、法人の給与厚生課と情報共有し、給与厚生課とともに管理しています。職員はオンラインにより、育児休業法、介護休業法に基づく申請をすることができます。 12. 職員には公益通報社内窓口、社外窓口、現場支援相談窓口、ハラスメント相談窓口の連絡先が記載されている「通報・相談窓口一覧」カードを配布しています。また年3回、職員との面談を実施しています。今年度から無記名での職場アンケートを実施し、各種ハラスメントや虐待等の把握に努めています。		
(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。	C	C
		(評価機関コメント)		13. パンフレットの作成や、法人ホームページ内の「ホームだより」において、事業所の日常について紹介しています。従前は、地域包括支援センターなどにも呼びかけて運営懇談会を実施していましたが、コロナ禍ということもあって、最近では実施できていません。 14. 地域に対する取り組みは実施できていません。		

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.パンフレットを作成し、法人ホームページを開設しています。法人ホームページ内の「ホームだより」において、事業所の日々の記録等を更新しています。			
(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. サービス開始時に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書等の資料を準備して、利用者に説明をしています。判断能力などに問題がある場合には、ケアマネジャーなどとも相談し、成年後見制度の利用を促しています。「権利擁護支援」のためのマニュアルを整備し、これに基づき、権利擁護の取り組みを実施しています。			
(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. 既往歴、本人・家族の意向、生活状況、ADLなどが詳細に記載された法人独自のアセスメントシートを活用しています。これをもとに、ケアプラン作成時や更新時、利用者の状態変化時にアセスメントを実施しています。また、サービスの実施状況、利用者及び家族の満足度、利用者の生活の状況及び心身の変化、サービス提供量の変更の必要性などについて、月1回、利用者のもとを訪問し、モニタリングを実施しています。 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。訪問介護計画作成時には、利用者本人や、家族、後見人などの同意を得ています。 19. サービス担当者会議において、主治医、ケアマネジャーなどとも意見交換や意見照会を行い、情報収集を行った上で、訪問介護計画書に反映させています。 20. モニタリングを月1回実施し、モニタリングシートを作成しています。ケアプランの変更、更新時、状況変更時には、訪問介護計画の見直しをしています。			
(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や、退院前カンファレンスにおいて、ケアマネジャーなど専門職と連携しています。地域包括センターなどにも呼びかけて、運営懇談会を実施したり、南区認知症サポートセンターなどとも情報共有し、連携を深めています。			

(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. 法人教育研究部により「介護技術マニュアル」が作成している他、訪問介護に特化した「訪問介護サービス」というマニュアルや、個人別の「手順書」などが作成されています。 23. 利用者ごとにサービス実施記録（支援経過記録・モニタリング記録・サービス提供記録）を管理しています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄については「個人情報取扱マニュアル」に記載するとともに、毎年4月に実施されるコンプライアンス研修で、職員に対して記録の管理に関する教育を実施しています。 24. 月1回、ケアカンファレンスを実施し、職員間で情報共有しています。また社内の共有ネットワークを活用し、留意事項を関係職員に伝達しています。 25. 連絡ノートを活用したり、家族等にサービス担当者会議、退院前カンファレンスへの参加を促すなどして、家族等に利用者の状況を伝えています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症対策のマニュアルを作成し、2021年10月には感染症予防に関するコンプライアンス研修を行う等、定期的に研修を実施しています。感染症対策のためにゴーグル・ガウン・手袋・マスクなどを常備しています。 27. 毎日職員が簡易な清掃を実施し、週3回は全体的な清掃を外部委託しています。清掃業者に対しては点検表の提出を求めています。		

(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	A
(評価機関コメント)		28. 事故発生時マニュアル、災害対応マニュアルを整備し、2021年8月に研修を実施する等、定期的に研修を実施しています。また、年2回は消防訓練が実施しています。緊急連絡網等は「緊急時の対応」という文書にまとめています。 29. 事故が発生した場合には、社内の報告状況、関係機関への通報、改善計画書の要否、今後の対策などを記載した事故報告書を作成し、法人に報告しています。また、月1回のカンファレンスで職員に周知しています。 30. 災害対応マニュアルを作成し、定期的に職員研修を実施しています。また2021年9月の研修では、防災における地域貢献というテーマを取り上げる等、地域との連携を意識した職員教育を実施しています。		

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
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. 月1回のコンプライアンス研修の中で、虐待防止の研修等を実施しています。3か月に1回、利用者アンケートを実施しています。 32. 「やっていますか?100」というマニュアルを全職員に配布し、利用者の尊厳保持について周知しています。毎年4月に実施されるコンプライアンス研修のなかで、利用者のプライバシーについて学ぶ機会を設けています。 33. 他事業所とのネットワークを構築し、待機状況などを情報共有することで、利用申込者が安心できるような体制を整えています。			
(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。	A	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		34. 利用者のための相談窓口を契約書に明記しています。毎月のモニタリング実施時に、利用者の意見や要望などを聞いたり、利用者と家族を招いて、年1回、運営懇談会を実施しています。 35. 届出内容や回答状況、対応結果などを記載した苦情対応記録を作成しています。法人には、お客様相談室を設置しており、そこの連携も図っています。ただし、利用者からの苦情についての改善状況は公開されていません。 36. 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口の連絡先を記載するなど、利用者に苦情を訴えるための方法を周知しています。			
(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。	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。	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. 3か月に1回、アンケートを実施している他、月1回のモニタリングで満足度を確認しています。ただし、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか確認する仕組みはありません。 38. 毎月1回のカンファレンスの中で、サービスの質の向上に係る検討を行っています。また、年1回、法人内の各事業部ごとに「社内研究発表」として、サービスの質の向上に関する発表を行っており、法人が評価をしています。ただし、事業所として他の事業所の評価や取組みについて積極的に情報収集し、自事業所の取組みと比較検討をした記録は確認できませんでした。 39. 定期的に第三者評価を受診しています。ただし、評価結果の分析、検討を行って次年度の事業計画に反映させる仕組みが確認できませんでした。			