

様式 7

## アドバイス・レポート

令和 4 年 2 月 2 8 日

令和 3 年 8 月 1 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「コープケアセンター五条御前」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>○管理者等による状況把握</b> 事業所で業務を行う訳ではないホームヘルパーに対し理念の周知をはじめ情報を伝え合う事は難しい面があると思われませんが、職員ハンドブックの配布や給与明細の送付時に理念が記載されたヘルパー通信を同封することで、事業所で勤務を行う管理者やサービス提供責任者とヘルパーが同じ方向性で支援が行えていました。全職員が「安否確認システム」に登録し緊急時の連絡体制が整えられていました。日々の業務についてはメールでやり取りをしており、業務終了後は報告メールを入れ、次の業務に入るヘルパーに転送される等、対面以外の方法で必要な情報の伝達ができるように工夫がされています。</p> <p><b>○労働環境への配慮</b> 事業所の移転により広範囲での訪問があるとのことでした。外勤が多いヘルパー事業において移動距離は負担が大きくなります。そのため、以前の事業所の駐輪場は常に使用ができるようにする等でヘルパーや職員の負担軽減に努めておられました。また、現在の事業所は小規模多機能型居宅介護事業所を併設していることから2階の空いた場所を職員の休憩場所として活用しています。</p> <p><b>○感染症対策と事業所が持つ機能の発揮</b> 職員の感染症への研修を行い、直接自宅から訪問するヘルパーにはマスクや手袋を一式配布されています。また防護服やブーツカバーの配布も行っておられます。複数の事業所が支援に入るケースでは、法人の他事業所において陽性者等が出て対応できなくなった時に、感染対策を十分に行った上で他事業所の分も訪問をし、利用者の在宅生活を支えていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>○中長期計画の作成</b> 事業計画は職員の意向を反映して作成しておられましたが、中長期計画の策定においては、2025年までの福祉事業部としての損益計画は立てておられますが、数字でのみとなっており、福祉事業部や訪問介護事業所についての中長期的な計画は策定されていませんでした。</p> <p><b>○マニュアルの更新</b> 各種マニュアルは作成されていましたが、更新が確認できる記載がありませんでした。マニュアルによっては年に1回は見直しを基本としていましたが、昨年は見直しが行われていないものがありました。多くのマニュアルで更新日や見直し日の確認が出来ませんでした。</p> <p><b>○苦情の公開</b> ヘルパーが一人で利用者の自宅で活動する事業において苦情や要望については丁寧に対応を行っておられます。また、モニタリング訪問時にサービス提供責任者が利用者や家族の意向や満足度も確認をしておられましたが、収集した苦情やその対応について、公開されていません。</p>
---------------------------	---

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>コープケアセンター五条御前は訪問介護事業所の他に小規模多機能型居宅介護や居宅介護支援事業所を併設する施設です。建物1階に小規模多機能型居宅事業所のフロアがあり、2階には休憩場所を確保しています。昨年、中京区から現在の下京区へ事業所を移転されました。現在は中京区や下京区にお住いの方を中心に在宅生活の支援を行っておられます。</p> <p>今後も高齢化が進む地域において地域にお住いの高齢者等の方が安心して暮らせる為に今後、より一層の質の向上に期待し以下の通りアドバイスをいたします。</p> <p><b>○中長期計画の作成</b></p> <p>京都生活協同組合という大きな母体がありその中の福祉事業部の訪問介護事業所ではあることから、介護保険制度に則った基準等において事業が運営されています。昨年度には事業所の移転もあり担当地域についても検討を余儀なくされたと事もあります。今後も担当をする圏域等の高齢化率などから今後どのように事業を進めていくのか、職員の確保や育成をどう進めていくのか等、福祉事業部においても中長期計画を策定され各事業所の単年度の事業計画と連動をするように進めて行かれることを検討下さい。そうすることで単年度計画がより生かせるようになると思われま</p> <p><b>○マニュアルの更新</b></p> <p>各種マニュアルについては作成されていますが、それだけではマニュアルが十分に生かされているとは言えません。まずはマニュアルの見直しのルールを検討されてはいかがでしょうか。京都生協内の他の訪問介護事業所とも連携をして、マニュアルの見直しについてルール化をされる事をご検討下さい。見直しの時期、更新日等の記載の仕方を決めることで、マニュアルがその時々</p> <p><b>○苦情の公開</b></p> <p>ヘルパーが一人で利用者宅を活動する訪問介護において、支援の内容を透明にすることは非常に難しい面があると思われま</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	2670400973
事業所名	コープケアセンター五条御前
受診メインサービス (1種類のみ)	指定訪問介護
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	令和3年12月16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. 福祉事業部の理念や事業所の方針や目標を事務室内に掲示し、毎月1項目づつ職場会議で確認をしています。職員には毎月、報酬明細書と共に理念が記載された書類を郵送しています 2. 組織の最高意思決定機関は組合員の総代会（組合員の代表が集まる会議）で年度方針を決定しています。半期ごとに総代会懇談会が開催され進捗状況の確認を行っています。		
<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. 単年度では、年度方針と目標、年間計画等を作成し実践を半期ごとに振り返っています。中長期計画においては、福祉事業部として損益計算や福祉ビジョンについては作成していましたが、具体性に欠けるものでした。 4. 毎年、事業所として年度方針や目標を設定しています。まとめと振り返りも行い次期の目標の見直しを行っています。		
<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. 法令については本部からイントラネットで送られてきておりパソコンで確認できる仕組みがあります。 6. 業務マネジメントシステム要綱で職務分掌を把握しています。毎月の職場会議に全員が参加し職員の意見を把握しています。 7. 緊急電話連絡網を作成し、職員に配布しています。訪問時に利用者の体調に急変等があった際は事務所に連絡を入れ指示を仰ぐ体制ができています。		

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. 法人内人事教育部において今年度課題の一つに人材確保を掲げ、法人全体で人材確保に取り組んでいます。管理部等が認めた外部研修については受講費全額助成で受講しています。 9. 年間研修計画があり、職員が互いに学び合う機会として毎月開催しているヘルパー会議を活用しています。成長サポートシートを活用して個人目標と振り返りを行う仕組みがあります。 10. ハンドブックに業務の説明を記載していますが、実習生等を受け入れる取り組みやマニュアルの作成はできていません。		
<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. 有給休暇はデーター管理しており、取得率の低い職員には計画的に取得できるように声掛けをされています。電動自転車の確保、以前の事業所に残る駐輪場の活用等、職員の負担軽減を図っています。 12. 職員には、カウンセリングや専門機関の紹介等をしています。職員の休憩場所は併設事業所や建物屋上を確保しています。訪問時には以前の事業所も職員の休憩場所としています。		
<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。	A	A
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		13. 機関誌「コーポロ」「コーあつぷ」を毎月発行しています。利用者に対しては「ご利用者おたより」を毎月発行しています。 14. 毎年、介護相談会を実施していますが、コロナ禍で今はできていません。事業所は町内会にも入り地域の清掃等にも参加しています。		

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>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. ホームページやパンフレットにサービスの内容をわかりやすく記載しています。また、相談や問い合わせは相談受付記録表に記入し、ファイルで管理しています。		

(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. 利用料金は重要事項説明書に明示し、契約時に説明し、同意を得ています。また自費サービスである「オリジナル」は、利用希望者に料金表をもとに説明し、同意を得ています。		
(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. アセスメントシートは会社独自の物を使用しています。サービス提供責任者が原則3ヶ月に1回の頻度で訪問し、モニタリングと同時にアセスメントも行っています。結果は実績報告と同時に居宅介護支援事業所に伝えています。 18. モニタリングシートにサービス内容の継続かどうかを記載し、必要があればケアマネジャーに提案を行っています。家族が利用者本人がいる前で言いにくいことは、本人に聞こえにくい場所で聞き取るようにしています。 19. 訪問看護師とやり取りをすることが多く、訪問看護からの意見を取り入れています。ケアマネジャーを通じて主治医からの指示を仰ぐこともあります。 20. ヘルパーからの報告を受けて、緊急度の高い時には刻々と変わる利用者の必要に応じ計画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。	B	A
(評価機関コメント)		21. 入院時等の情報はケアマネジャーを通して情報を共有しています。また、ヘルパーが医師と直接やりとりしたケースもあります。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		22. 標準的な業務マニュアルは作成していますが、見直しの基準は定められておらず、見直した年月日の記載も確認できませんでした 23. 3枚複写でサービス提供の記録をしています。記録書類の保管庫の施設体制もしっかり確立していますが、文書の持ち出しに関する規定は確認できませんでした。 24. 業務終了時点で事業所のメールアドレスを通じて報告、指示できる仕組みがあります。また、月1回のヘルパー会議やサービス提供責任者会議、専任会議で職員間の情報共有を図っています。 25. 契約時や担当者会議の時に家族からの情報を伺うようにしています。また連絡ノートを用いて家族が状況を把握できるようにしています。		

<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。	B	B
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. マニュアルや感染症対策の物品を整備し、年1回の研修を実施していますが、マニュアルは過去数年において毎年更新をしていませんでした。 27. 書類は書庫やレターボックスに整理整頓しています。掃除やゴミ出しは職員で役割分担し、手が触れる箇所にはアルコール消毒で衛生管理を徹底しています。		
<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. 緊急時事故発生マニュアルや職員ハンドブック内で、緊急時の対応を記しています。研修は法人内の訪問介護事業所同士でオンラインで実施しています。また、安否確認メールを送る訓練を実施しています。 29. 事故報告書を作成後、管理者が確認しています。リスク委員会において、ヒヤリハットや事故報告内容の分析、原因の特定、解決策について検討や改善等を行っています。 30. 風水害地震タイムラインというマニュアルがあり、安否確認メールを送る訓練や年2回消防署指導の下、避難訓練を実施しています。		

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

<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. 重要事項説明書と運営方針に、高齢者の尊厳保持について明記しています。また、高齢者虐待に関する研修を年1回のヘルパー会議の中で行っています。 32. プライバシーに配慮した援助方法の確認については、ヘルパーに配布している「ホームヘルパーハンドブック」に記載しています。また、ヘルパー会議において実技研修を行っています。 33. 新規の利用申込みや相談は受付票を作成し、管理しています。サービス提供区域外やヘルパー調整が困難な場合以外、利用を断らないようにしています。		

(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。	A	B
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口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. 毎年内容を見直して利用者アンケートを実施しています。アンケート結果は報告要旨を作成し、利用者に郵送しています。また、サービス提供責任者が支援に入った時やモニタリング時には、利用者等の意向を聞いています。 35. 福祉事業部及び訪問の苦情対応マニュアルがあり、利用者の意向について、組織としての対応の仕組みを整備しています。しかし、改善状況については公開出来ていません。 36. 常設窓口として組合員コールセンターを設置していますが、第三者の相談窓口は現在準備調整中です。		

(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	A
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. 年1回利用者アンケートを実施しています。結果を法人の福祉事業部管理部門で集約・分析し、所長会議やチーフ会議で確認と対応の検討をしています。また、翌年のアンケートに改善した内容を記載しています。 38. 所長会議（月1回）や役職ごとの会議でサービスの質の向上について検討し、職場会議で周知しています。また、欠席した職員にはレポートの提出を求めています。 39. 事業所としての年度方針や目標等を設定し、年1回まとめと振り返り、次期目標の見直しを行っています。また、法人内監査を3年に1度、福祉事業部コンプライアンス委員会による内部監査を年1~2回受けていますが、第三者評価は初めての受診です。		