

様式 7

アドバイス・レポート

2023年2月1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

2022年7月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「SOMPOケア京都定期巡回」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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>○労働環境の整備</p> <p>法人内にメンタルヘルス・ハラスメント等に関するスタッフ専用の相談窓口を設置しています。就業状況や人事の意向についてキャリアヒアリングの仕組みがあり職員が直接本部に申し出て面談をするしくみがあります。</p> <p>○個別状況に応じた計画の策定</p> <p>利用者のニーズが適切に引き出せるように、自社の教育研修部等が独自のアセスメントシートを作成し、きめ細かいアセスメントを行っています。また、毎月計画作成担当者が自宅等を訪問し、モニタリングとサービスの希望要望を確認しています。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>個人情報のマニュアルを整備しています。記録等の持ち出しにあたっては持ち出し簿で管理しています。年1回情報セキュリティ・個人情報保護に関する研修を実施しています。</p>
----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○事業計画の策定</p> <p>本事業所の令和4年度の事業計画は確認することができましたが、前年度事業計画は確認することができませんでした。また中長期期計画は法人としても事業所としても作成していません。</p> <p>○実習の受け入れ</p> <p>法人として訪問系サービスの実習の受け入れは行わないという方針のため、実習の受け入れ機会がなく、実習に関するマニュアルを整備していません。また、実習指導者に対する研修も行われていません。</p> <p>○地域との交流</p> <p>情報の公表制度に関して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。以前は行政区の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したが現在は行われていません。また、地域住民等に向けた講演会等は行われていません。</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、京都市内のサービス提供エリア（南北は御池通りからJR京都線以北、東西は堀川通りから桂川まで）とエリア内に複数あるサービス付き高齢者向け住宅等と連携し地域住民に定期巡回・随時対応型訪問介護サービスを提供しています。訪問の際の職員さんの笑顔や明るい職場の雰囲気は、「人間尊重」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</p> <p>中長期計画は策定していないとのことでしたので、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が重要と考えます。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施</p> <p>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が整えられています。しかし、外部研修への参加や職員への情報提供が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・向上する意味からとても有効です。近年はオンラインでの研修も増えていますので、外部研修の情報を集約し積極的に職員に提供することをお勧めします。</p>

○実習生の受け入れ

法人として訪問系サービスの実習の受け入れは行わないという方針とのことですが、介護人材の確保や育成は業界としても喫緊の課題であると考えます。できる範囲で実習の受入れを検討してみたいかがでしょうか。また、実習生の受入れ準備としてだけでなく、職員に対するスーパービジョンやOJT等、職員教育に活用することを目的として、サービス提供責任者等が実習指導者研修に参加されてはいかがでしょうか。

○地域への情報発信と交流

コロナ禍ということもあり、一般的に地域との交流が滞りやすい状況ではありますが、積極的に本事業所独自の情報を発信する方法を検討してみたいかがでしょうか。エリア内に複数あるサービス付き高齢者向け住宅との連携やホームページからの誘導、新たに広報誌等を発行する等して介護サービス情報公表制度や第三者評価等の情報をはじめ法人の理念等の情報をサービス利用者や地域住民に対して周知することで、地域からの信頼もより一層高まるのではないのでしょうか。

※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	2690700162
事業所名	SOMPOケア京都定期巡回
受診メインサービス (1種類のみ)	定期巡回・随時対応型訪問介護看護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	夜間対応型訪問介護
訪問調査実施日	2022年9月21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. 経営基本方針を事業所内、各サービス付き高齢者向け住宅等に掲示するとともに入社時の新人研修、年1回の研修で周知しています。家族等へは契約時に重要事項説明書等で周知しています。 2. 職務権限規定、組織図を整備し、各担当者の職務権限を明記しています。管理者は毎月事業所内で行われるカンファレンスに参加しています。職員の人数が多いため、本事業所及び拠点となっている各サービス付き高齢者向け住宅ごとに介護チームを構成し意見を集約する仕組みをとっており、管理者はその情報をグループウェアで集約しています。社内提案制度があり、グループウェアを活用して提案とフィードバックができるしくみがあります。		
(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。	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	B
	(評価機関コメント)			3. 法人の中長期計画は確認できましたが、事業所の中長期計画はありませんでした。また、本事業所の令和4年度の事業計画は確認することができましたが、前年度事業計画は確認することができませんでした。 4. 定期巡回・随時対応型訪問介護事業所の事業計画は確認できました。事業計画の見直し、モニタリングに関しては年2回は実施しているとのことですが、書類は確認できませんでした。また、事業計画をふまえて、複数あるチームごとに目標を設定しているとのことですが、根拠となる書類は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。	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	B
(評価機関コメント)		5. 法人内で管理者を対象とした法令遵守の研修を実施するとともに管理者が把握すべき法令を業務分掌に記載しています。職員に対してはグループウェアを活用して周知しています。 6. 介護チームごとに月2回会議を行っています。チーム責任者と管理者が会議を行うことはなく、グループウェアでの情報共有にとどまっています。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。 7. 管理者への連絡体制を整えるとともにサービス提供記録、グループウェアを活用して運営状況を把握しています。サービス付き高齢者向け住宅内での緊急対応は、事業所管理者ではなく、ホームでの対応となり、後から管理者に報告する仕組みとなっています。		

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

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。	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. 介護職員実務者研修の受講等資格取得の支援制度が整えられています。 9. 新人職員にはOJT担当者がつき、OJTノートで技術習得項目を確認する仕組みがあります。また、個人の目標を設定し年数回の面談を行っています。研修計画に基づき事業所内で研修を実施していますが外部研修の参加がなく、情報の開示も十分とはいえません。職員の申し出により勉強会は行っているとのことですが、記録等で確認することはできませんでした。 10. 法人として訪問系サービスの実習の受け入れは行わないという方針のため、実習の受け入れ機会がなくマニュアルが整備されていません。実習指導者に対する研修も行われていません。		

(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. 残業の状況は1週間ごとに確認を行い、必要に応じて対応を行うしくみがあります。有給休暇について取得計画にもとづき取得を推奨しています。目標に満たない職員に対しては人事部からフィードバックが行われています。人事の意向については、人事部より個人にメールが届き人事の意向を申し出て面談をする仕組みがあります。損保ケアウイング（介護記録アプリ）を活用し業務の負担軽減を図っています。 12. メンタルヘルス・ハラスメント等に関する現場支援相談窓口や法人内にスタッフ専用の相談窓口を設置しています。労働組合に職員全員が加入するしくみがあり、共済制度により様々な福利厚生を受けることができます。		

(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。	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しくみはありません。 14. 以前は行政区の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したが、現在は行われていません。地域住民等に向けた講演会等は行われていません。		

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	B
(評価機関コメント)		15. ホームページやパンフレットを活用して情報を提供しています。問合せの状況については、サービスにつながった利用者はグループウェアに記録が残っていますが、サービスにつながらなかったケースについては記録が確認できませんでした。		

(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、契約書等に必要な情報を掲載し、契約の際、口頭で説明し、書面で同意を得ています。必要に応じて成年後見人制度を紹介しています。		

(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. 利用者のニーズが適切に引き出せるように、自社の教育研修部等が独自のアセスメントシートを作成し、きめ細かいアセスメントを行っています。 18. 毎月計画作成担当者が自宅等を訪問し、モニタリングとサービスの希望要望を確認しています。 19. サービス担当者会議に参加して情報収集を行っています。 20. 毎月モニタリングを行うとともに目標期限をもって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。	A	A
(評価機関コメント)		21. 医師に対して必要に応じて問い合わせをしたり、介護情報提供書を利用して情報交換や連携をしています。医療・介護連携推進会議（定期巡回介護看護の必須）を3カ月に1度開催しています。		

(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. マニュアルは本部で作成しています。現場からの報告書を確認・分析し、マニュアルの変更を行っていることでしたが、事業所のマニュアルの変更プロセスが、確認できませんでした。 23. 個人情報のマニュアルを整備しています。記録等の持ち出しにあたっては持ち出し簿で管理しています。年1回情報セキュリティ・個人情報保護に関する研修を実施しています。 24. 記録ソフトのケアウイングとグループウェアを活用してサービス提供状況等を記録しています。月2回介護グループごとに会議を行い情報共有を行っています。 25. 毎月計画作成担当者が利用者を訪問し、モニタリングを行うとともに本人の意向を確認しています。日常のサービス提供にあたっては利用者宅に記録ノートを常備し、家族への報告を行っています。		
(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. 定期的に感染防止等に関する研修を行っています。標準的な感染予防マニュアルと感染症別のマニュアルを整備し、二次感染の防止については、記録ソフトのケアウイングで確認できるサービス手順書に記載しています。 27. 整理整頓が行き届いており、清潔な空間を保っています。		
(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. マニュアルに沿って研修を行い、事故や緊急時の指揮命令系統を明らかにしています。 29. 事故発生の際は必ずカンファレンスを実施し、対策を検討しています。事故対策決定後1週間後に振り返りミーティングを実施し、事業所をあげて再発防止に取り組んでいます。また、全職員が参加する再発防止研修を実施しています。 30. 災害対応マニュアルを整備し、年2回サービス付き高齢者むけ住宅にて消防訓練・災害避難訓練を実施していますが、地域との連携を意識したものとはなっていません。		

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. 事業所の理念を重要事項説明書に記載するとともに、虐待防止・身体拘束に関する研修を年2回実施しています。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. 事業所でサービスを提供できない場合は他の事業所等を紹介しています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		34. 年1回計画作成担当者が利用者を訪問して、意見や要望を確認しています。 35. 苦情受付マニュアルに基づき対応をしています。受付けた苦情等は介護チームごとに行わる月2回の会議で共有し、サービスの提供に役立てています。しかし、苦情の改善状況を公開する具体的な仕組みはありませんでした。 36. 重要事項説明書には公的機関や本部の相談窓口、第三者の相談窓口を記載しています。			
(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	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		37. 本部で一括しサービス種別を越えてアンケートを実施していますが、定期巡回の事業所として個別に満足度調査は行われておらず、サービスの改善状況を確認するしくみもありません。 38. 毎月回介護チームごとにカンファレンスを行いサービスの改善に努めています。管理者が京都地域密着型サービス事業所協議会に参加して情報交換を行っています。自社の職員には公表や周知をしていません。 39. 内部監査を2年に1回行っています。管理者は内部監査基準をもとにしたマンスリーチェック表で自己評価を行なっています。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。自己点検シート（内部監査と同じ項目）は2022年より開始とのことでしたが、訪問調査時の段階では実施されていません。			