

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25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

| | |
|---------------------|---|
| 特に良かった点とその理由 (※) | <p>○利用者一人ひとりに応じたサービスの提供</p> <p>利用者及び家族の意向や、生活状況、既往歴、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、利用者に関するきめ細かな情報収集をしています。また、利用者ごとの支援方法が記載された「手順書」を作成され、利用者の状況に応じたサービス提供が実施しておられます。その他、月1回のモニタリングの実施、3か月に1回の利用者アンケートの実施、法人のお客様窓口の設置など、提供されたサービスが利用者の状況に応じたものかを検証するための仕組みがあります。</p> <p>○職員の働きやすさを意識した運営</p> <p>各職員には「スタッフの皆さんのための通報・相談窓口一覧」のカードを配布されています。ここには現場支援相談窓口、ハラスメント相談窓口、公益通報窓口などが記載されており、職員がサービス提供にあたって、様々な問題を感じた際に、直ちに通報や相談ができるよう配慮されています。また、就業規則にはハラスメント規定、パワーハラスメント防止規程、セクシャルハラスメント防止規程、マタニティハラスメント防止規程が規定され、各ハラスメントへの対応もなされています。さらに、「多面観察」という制度を利用して、年1回、職員が上司を評価する仕組みを取り入れています。この他、マニュアル、利用者情報、サービス管理等は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、業務の省力化を実現されています。</p> <p>○サービスの質を上げるための社内研修の実施</p> <p>毎年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他、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>○情報公開について</p> <p>法人のホームページは開設されており，訪問介護のサービス内容の説明はなされていますが，訪問介護事業所として独自のページは作成されていません。</p> <p>○中長期計画の策定について</p> <p>事業所として，中長期の事業計画，収支計画が策定されていません。またこのような中長期計画を策定するための仕組みもなく，中長期の課題を分析するための取組もありません。</p> <p>○実習の受け入れ</p> <p>実習の受け入れがなされていません。また実習を受け入れる際の基本姿勢の明文化がされておらず，実習マニュアルもありません。実習指導者に対する研修も行われていません。</p> |
| <p>体的なアドバイス</p> | <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されています。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>○情報公開について</p> <p>併設のサービス付き高齢者向け住宅の入居者だけでなく、地域へのサービス提供も考えておられるとのことですので、事業所独自のチラシや会報誌の発行のほか、法人ホームページ内に訪問介護事業所のページを作成するなど、事業所の強みを地域の皆様に伝える仕組みを構築することをご検討ください。</p> <p>○中長期計画の策定について</p> <p>月2回実施されるカンファレンスの中で、施設の課題を把握し、職員間で共有しておられますが、このような課題の中には、達成のために中長期のスケジュールで計画を管理する必要があるものも存在すると考えられます。そこで、事業所としての中長期の事業計画を策定され、このような課題を計画的に解決していくことを望みます。</p> <p>○実習の受け入れについて</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。まずは実習指導者に対する研修を履修したり、実習マニュアルを策定する等、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 | 2670600903 |
| 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) | |
| 訪問調査実施日 | 2022年9月28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. 理念や運営方針は事業所内の玄関ホールに掲示しています。職員に対しては、入所時の研修において、研修テキストをもとに説明しており、毎年4月に実施されるコンプライアンス研修で改めて確認し、周知しています。利用者やその家族には、契約時に重要事項説明書を用いて説明し、周知しています。 2. 事業所内では月2回のカンファレンスを実施し、これをふまえ、管理者が京都府内の事業所の管理者が集まる京都事業部会議に出席しています。その結果は法人の委員会や理事会などの上部機関に伝えられています。各職員が法人に直接意見を伝える「ハピネスプロジェクト」という仕組みがあります。 | | |
| (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。 | 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 | A |
| | (評価機関コメント) | | | 3. 月2回のカンファレンスを通じて、介護サービスの課題や、問題点を明らかにしています。管理者が、事業所の運営に関する単年度の個人目標を作成していますが、事業所としての中長期計画は確認できませんでした。 4. 職員が毎年、目標設定シートを作成することで課題を設定し、職員との年3回の面談の中で、個人の目標管理が行われています。 | | |

| (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組みを行っている。 | A | 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実施していますが、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. 「各業態における職務要件」という文書で、職務分掌について定めています。また「ホーム長・管理者5か条」が、職員に毎年配布されるコンプライアンスガイドブックに掲載されている他、事業所に掲示もしています。これらにより、自らの役割や責任を職員に対して表明しています。職員との面談を年3回実施している他、年1回、職員が管理者について評価する多面観察を実施しています。 7. 管理者は社内携帯電話を保有し、常に連絡がつく体制がとっています。また、職員の緊急連絡網も作成しています。緊急時の対応について定める緊急時対応マニュアルを整備し、緊急時の対応手順に関する文書を事業所に掲示しています。 | | |

| 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」の中で、資格要件を含めた「求める人材像」などを記載しており、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方を示しています。介護福祉士、ケアマネジャーなどは、資格取得者に対し、合格報奨金を支給しています。 9. 入社時研修、職種別研修、階層別研修の他、月1回「コンプライアンス研修」及び「事業所内ケア研修」を実施しています。研修スケジュールを定め、研修実施後には研修振り返りシートを作成しています。外部研修の情報は、その都度職員に伝えられています。 10. 実習生の受け入れはありません。 | | | |
| (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は、法人がデータ管理しており、管理者もこれを把握しています。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. 各職員には「スタッフの皆さんのための通報・相談窓口一覧」のカードが配布しており、これには、現場支援相談窓口、ハラスメント相談窓口、公益通報窓口などが記載されています。就業規則には、ハラスメント規定、パワーハラスメント防止規程、セクシャルハラスメント防止規程、マタニティハラスメント防止規程を規定しています。また、ストレスチェックを実施し、問題があれば産業医に相談できる体制を整えています。 | | | |

| (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. 法人HPに運営理念等の記載があります。また、SOMPOケア修学院訪問介護「サービスのご案内」とするデータ文書を作成しており、そこに運営方針やサービス提供の内容などを掲載していますが、地域に開示し、広報するための具体的な取り組みはありません。 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. SOMPOケア修学院訪問介護「サービスのご案内」とする文書を作成しており、運営方針やサービス提供の内容などをわかりやすく掲載しています。 | | |

(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. サービス開始時に重要事項説明書に基づき、具体的なサービス内容や料金等を利用者やその家族に説明しています。判断能力に問題がある場合には、成年後見制度の活用を促しています。 | | |

(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. 利用者や家族の意向や生活状況、既往歴、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作成しています。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。 18. 訪問介護計画書には、援助目標、利用者及び家族の希望、援助内容などを記載しており、これについては利用者の同意を得ています。サービス担当者会議には利用者が参加し、医師などには照会した上で、回答してもらうこともあります。 19. サービス担当者会議では、主治医などには必要があれば書面照会した上で、事前に回答してもらい、訪問介護計画書に反映しています。 20. 月1回、利用者を訪問してモニタリングを実施しています。「モニタリングシート」には、サービスの実施状況、利用者家族の満足度、利用者の生活状況及び心身の状況の変化等、サービス提供量の変更の必要性などを記載しています。この結果を、ケアマネジャーと情報共有し、ケアプラン更新・変更等があれば、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で、ケアマネジャー等の専門職と連携をとっています。必要があれば医師にも書面で照会、回答してもらい、訪問介護計画に反映しています。利用者が入退院する場合には、ケアマネジャーを通じて、情報共有しています。 | | |

(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. 法人作成の「介護技術マニュアル」、「訪問介護サービス提供責任者標準マニュアル」、「計画作成担当者着任研修テキスト」、利用者ごとの「手順書」などを作成しています。社内研修などを通じて、職員に周知しています。事業所としてのマニュアルの変更プロセスは確認できませんでした。 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。「個人情報取扱マニュアル」で、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄について定め、「文書保管期間リスト」で書類ごとの保存期間が設定されています。毎年4月のコンプライアンス研修で、記録管理に関する研修を実施しています。 24. 月2回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、社内の情報共有システムを利用して、引き継ぎ事項等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、サービス担当者会議、退院前カンファレンスなどに参加して、家族等に利用者の状況を伝えています。コロナ禍では直接のやりとりは難しかったとのことですが、必要があれば、電話などを利用して、情報交換することを心がけています。 | | |

(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. 「感染症対策マニュアル」「感染症対応実施手順」を作成しています。これらは、図やフローチャートを用いて分かりやすいものとなっています。また、毎年10月には、感染症予防のコンプライアンス研修を行っています。さらに、「新型コロナウイルス出口戦略2022年」を作成し、社内飲食のルール、会議、研修の開催方法、来訪（面会）と外出、待機期間等の対応状況について定めています。2022年9月に更新し、感染状況に合わせて対応の緩和がなされました。 27. 事務所内は定期的に職員で清掃しています。アルコール消毒を常備しており、介護材料、備品も綺麗に整頓されています。業務終了時に机や使用機器のアルコール消毒をしています。 | | |

(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. 「緊急対応マニュアル」を作成しています。2022年8月には、事業所内コンプライアンス研修で「事故の予防」の研修を実施しました。 29. 「ヒヤリハット・事故・緊急対応報告書」を作成し、法人と情報共有をしています。また、月2回のカンファレンスで職員にも周知しています。 30. 「災害対応マニュアル」を作成し、毎月実施される事業所内コンプライアンス研修で周知しています。年2回、併設のサービス付き高齢者付き住宅と合同で消防訓練をしています。 | | |

| 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) | | <p>31. 「虐待防止・身体拘束廃止マニュアル」を作成しています。3か月に1回、利用者アンケートを実施している他、利用者が直接連絡できる「お客様相談室」という窓口を設置しています。高齢者虐待に関する研修を、毎年1月と7月に実施しています。</p> <p>32. 「やっていますか?100」というマニュアルを全職員に把握し、利用者の尊厳について周知しています。利用者ごとのサービス方法を記載した「手順書」は、利用者の羞恥心に配慮したものになっています。また、入職時にプライバシー保護に関する研修を実施しており、毎年4月のコンプライアンス研修の中で、プライバシー保護の重要性について周知しています。</p> <p>33. 他事業所と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。</p> | | | |
| (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. 契約書に、利用者のための相談窓口を記載しています。毎月のモニタリング実施時に利用者の意見や要望の聞き取りをしています。また、法人に利用者が直接連絡できる「お客様相談室」を設置しています。</p> <p>35. 苦情発生時には、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。法人のサービス品質課やリスク管理課と連携し、組織として苦情解決にあたっていますが、利用者からの苦情の改善状況は公開していません。</p> <p>36. 重要事項説明書に相談窓口の連絡先を記載し、契約時に、苦情を訴える方法を周知しています。</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。 | A | B | |
| | (評価機関コメント) | | <p>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。調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みはありません。</p> <p>38. 月2回のカンファレンスに管理者が参加し、サービスの質の向上に関する検討をしています。月1回実施される京都府内の事業所の管理者が集まる事業部会議では、他事業所の状況などの情報共有がなされている他、年1回、法人内各事業部ごとに「社内研究発表」として各事業所の優れた取組みを紹介する仕組みがあります。他事業所の評価や取り組みなどについて、自事業所の取り組みと比較検討した記録は確認できませんでした。</p> <p>39. 定期的に第三者評価を受診しています。評価結果の分析、検討を行い、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。</p> | | | |