

## アドバイス・レポート

令和6年12月13日

令和6年8月22日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「スマイルドア」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>通番 1 理念の周知と実践・通番 12 労働環境への配慮 「笑顔」を軸にした理念及び社訓が事業所名の「スマイルドア」にも反映されています。有給休暇取得率が高く、また、超過勤務時間が殆どありません。勤怠管理ソフトを用いて出勤時には顔認証カメラにて笑顔（スマイル）の確認をすることにより体調管理も合わせて行われていて、ヒアリングでも朝一番の笑顔の確認から仕事が始まるのはいい習慣だと職員の方々が実感されていて、働きやすさが確認できました。</p> <p>通番 19 アセスメントの実施 アセスメントにおいて、新規のご利用者の生活歴に関する情報を収集することを大切にされています。そのため、通常の事業の実施地域外については大阪府や兵庫県等の近畿圏内であればご利用までにお過ごしであったご自宅へ訪問されての面談を実施されています。これまでの生活とこれからの生活をスムーズにつなげるケアマネジメントの展開をされています。</p> <p>IV (1) 利用者保護 ご利用者の尊厳や権利擁護の取り組みは研修の実施や外部研修への参加、月 1 回の「ケアマネ会議」でのケース検討、「虐待防止・身体拘束にかかる委員会」を3カ月に1回開催するなど、ご利用者やご家族の人権に配慮した取り組みは充実しています。第三者評価用のアンケートからも「よく話を聞いていただける」とのコメント等満足度の高さが確認できました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番 3 事業計画等の策定 単年度の事業計画は作成されていましたが、理念及び運営方針・目標の実現に向け作成された中・長期計画が確認できませんでした。</p> <p>通番 5 法令遵守の取り組み 把握すべき法令等について、職員が必要な時にいつでも確認できるよう遵守すべき法令等をリスト化することはできていませんでした。</p> <p>通番 11 実習の受け入れ 現状、実習生の受け入れは困難との判断から、体制は整備されていませんでした。</p> <p>IV (3) 質の向上に係る取組 満足度調査及び自己評価が実施できていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>通番 3 事業計画等の策定 年度毎の事業計画は丁寧に作成され、定期的に評価を実施して計画的な運営を実践されていますが、介護保険事業計画や地域の課題を念頭に事業所としての中・長期計画を明示し、取り組まれることにより、より安定した事業運営につながり、設立の目的でもある地域貢献に、より寄与できると考えます。</p> <p>通番 5 法令遵守の取り組み 把握すべき法令等は保健・医療・福祉関連法令に留まらず幅広く事業運営において関連する法令等について職員がすぐに調べられる体制を整えていることが大切です。周知すべき法令等をリスト化する等の方法で明確にし、毎月開催されている「事業所関係者会議」や「ケアマネ会議」等で周知や研修等をされることをお勧めいたします。</p> <p>通番 11 実習の受け入れ 専門職として後進の育成に貢献すること、指導者としての教育の機会を得るためにも是非、実習の受け入れ体制を整え、取り組まれることを期待いたします。</p> <p>IV (3) 質の向上に係る取組 ご利用者の満足度調査は、提供しているサービスについて評価していただける手段として日常のコミュニケーションからの情報だけでは聞き取れない潜在的課題や改善のヒントを得る好機と考えます。また、自己評価は日頃の業務の取り組み状況を評価スケール基準により網羅的・客観的に評価することにより、取り組みのでき栄えや強みと弱みを客観視して改善につなげられることが期待されます。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2670600945
事業所名	スマイルドア
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問介護
訪問調査実施日	令和6年11月16日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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. 「笑顔」を軸にした理念及び社訓が玄関受付に掲示されています。年に1回「家族懇談会」を開催する際に理念及び事業運営について説明する機会を設けられています。毎月開催される「サービス向上委員会」では理念に沿った質の向上について検討されています。 2. 年2回取締役会を開催し、事業計画及び予算について承認を得て事業運営されています。			
<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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 理念及び運営方針・目標の実現に向け作成された中・長期計画が確認できませんでした。事業計画については「通番2」に記載のとおりです。 4. 事業計画における達成状況の確認・振り返りは半期に一度実施されています。「個人目標書」を活用し、毎月「ケアマネ会議」で確認・評価をされています。			
<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	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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. 管理者は6/21の「運営基準に沿った居宅介護支援の実務」研修に参加されています。把握すべき法令等について、職員が必要な時にいつでも確認できるよう遵守すべき法令等をリスト化することはできていませんでした。 6. 上司評価は「評価表」に基づき年2回実施し、代表取締役と個人面談を行い報告されています。 7. 管理者は携帯電話にて24時間連絡が取れるようにされています。週間予定表及び出勤簿で職員の勤務状況を管理されています。勤怠管理ソフトを用いて出勤時には顔認証カメラにて笑顔（スマイル）の確認をすることにより体調管理も合わせて行われています。			

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>						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	B
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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. 理念・運営方針に基づき「期待する職員像等」を明示されているものは確認できませんでした。「キャリアパス」に職員の職責及び（介護支援専門員の）職務内容を明示して職員一人ひとりの目指すべき目標が分かるように活用されています。 9. 昨年度に取締役会へ増員を具申し、今年度から1名増員されています。 10. 外部研修には計画的に事業所の奨励金制度を活用し、勤務扱いで参加されています。 11. 現状、実習生の受け入れは困難との判断から、体制は整備されていませんでした。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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)		12. 昨年度の有給休暇取得実績は62.5～110.0%（※繰り越し分含）、超過勤務は月平均3時間でした。情報の共有はLINEのグループLINEを活用されています。 13. メンタルヘルスについては損保会社の相談窓口を明示して気軽に相談できるように配慮されています。ハラスメントは就業規則に明記され、相談窓口が設置されています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	B
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみのみ）	15	ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。		
		地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		14. 地域との関わり方について明文化されたものは確認できませんでした。地域ケア会議へ積極的に参加していて、地域の住宅地図や体育祭等の案内に広告を掲載されています。幡枝神社の秋祭りの神輿の休憩場所を提供され、地域活動へ貢献されています。 16. 経営者へのヒアリングより、地域貢献のために岩倉南学区エリアに居宅介護支援事業所を立ち上げ、体制も充実させていく計画を実践されています。また、民家を改装して「キッチンたまゆら」を運営され、近隣の家族連れの方がお越しになられています。		

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	17	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)		17. 事業所情報等については、パンフレットが作成され、事業所の情報を提供されています。問い合わせは「居宅支援相談用問合せ一覧」として記録、管理され、地域包括支援センターやご家族からの問い合わせに対応されています。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	内容・料金の明示と説明	18	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)		18. サービス開始時の契約については、重要事項説明書、契約書を用いて契約が交わされ、署名捺印された書面を個別のファイルにて管理されています。保険外の料金は、岩倉地域外のご利用者に対して、交通費を実費としてお支払いいただく旨の記載があります。ご利用者の権利擁護については、京都市の「専門相談員派遣事業」を提案され、成年後見制度の利用につながられています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	アセスメントの実施	19	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	20	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	
	専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. アセスメントにおいては、今までの生活歴の情報収集に力を入れられています。併設の有料老人ホームへの入居にあたって新規契約を結ばれる際には、大阪や兵庫など、近畿圏内であれば入居前のご自宅を訪問されることもあります。アセスメントは、事業所にて作成されている「居宅介護支援マニュアル」と併せてWAMNETや京都市の「居宅介護支援ケアマネジメントの手引き」も活用し、手順が定められています。 20. サービス担当者会議へは、ご家族に電話やLINEで出席を呼びかけられています。参加が困難な際は、LINE電話やメール、別日程での実施など、意向を確認の上で説明が行われています。 21. 各サービス事業所の専門職からサービス実施（施術）内容、ADL、現在の生活状況、目標、サービス実施計画等の意見を聞いたうえでケアマネジメントが行われています。サービス事業所から送られてきたモニタリング用紙はファイルにて管理され、支援経過やモニタリング等の記録上からも確認が取れます。 22. モニタリングについては、マニュアルにて1カ月に1回の実施と新規ご利用者や状態の変化、計画変更時などは随時行われています。ケアマネジメントの各種記録は、支援経過やモニタリング等、必要な書式を介護ソフトで作成して管理されています。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	多職種協働	23	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	
	サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A	
	(評価機関コメント)		23. ご利用者のかかりつけ医、主治医、緊急連絡先、服用薬が一覧にされ、緊急を要する際にすぐに連絡が取れるようにされています。担当医とは、連絡票やケアマネタイムを活用し、ご利用者の情報を共有されています。また、在宅での看取りケアが行われているご利用者については「京あんしんネット」も利用し、医師だけでなく利用されている関係事業所ともスムーズに連携が図られています。地域で行われている左京区事業者連絡会、オレンジカフェ、左京ケアマネ部会、左京主任ケアマネ部会、洛北主任ケアマネ部会、事例検討会などにも出席され、関係機関と協働し地域での活動が行われています。 24. サービスの移行については、必要な情報の引継ぎ漏れがないよう、事業所にて作成された「居宅支援引継ぎマニュアル」があります。移行先に応じてアセスメント、ケアプラン、介護保険認定情報、主治医意見書などの必要情報が引き継がれています。			

## (5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。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	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		<p>25. ケアマネジメント業務については、「居宅介護支援マニュアル」にてケアマネジメントの業務手順が整備されています。マニュアルには、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢について明記されています。マニュアルの最終ページには最終更新日が記されていて、1年に1度見直しが行われていることが確認できました。</p> <p>26. ご利用者の記録については、介護ソフトを用いて、アセスメント、ケアプラン、支援経過、モニタリングが管理されています。介護ソフトで管理されない紙媒体の各種記録や用紙は、5年間の保管期間の後、溶解処理にて廃棄されています。個人情報の守秘義務については、職員の入職時に「誓約書」が交わされています。</p> <p>27. ケアプランの変更時には、事業所にて作成されている「ケアプラン変更表（簡易版）」を用いてケアマネ会議で共有、他者点検の実施が行われ、担当ケアマネジャー以外でも対応できるように情報共有が行われています。随時コミュニケーションが図られ、ケアマネ会議が開催され、利用者情報だけでなく、地域での会議の情報や事故の報告、対策などが共有されています。</p> <p>28. 併設されている有料老人ホームが実施される「家族会」に参加され、情報共有が行われています。また、ご家族が面会にて来所される際には随時面談が行われています。直接、対面でご家族との情報共有が困難な際はLINE電話などの通信方法を用いて、ご家族と情報共有できるように工夫されています。</p>		

## (6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		<p>29. 「感染症対策マニュアル」、BCPが作成されています。感染症に罹患したご利用者への支援必要時に対応できるよう、マスクやフェイスガード、ガウン等の物品が準備され、二次感染防止の対応が行われています。</p> <p>30. 事業所内は整理整頓されて清潔が保たれています。感染症の対策として、ドアノブの消毒が毎日行われています。</p>		

## (7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>31. 事故や緊急時の対応については、「事故発生防止のための指針」、「緊急時対応マニュアル」が定められ、責任者及び指揮命令系統が明らかにされています。併設の有料老人ホーム、訪問介護事業所と合同で、緊急時の職員の安否確認実施訓練も行われています。</p> <p>32. 発生した事故については、事故の概要、対応、対策が報告書として作成され、「ケアマネ会議」にて共有され、社長、併設有料老人ホームの施設長へと報告されます。再発防止のため、全職員に情報共有ができるよう、会議にて周知されています。また、報告書は法人内のネットワークにて閲覧できるようにされています。</p> <p>33. 災害に備えた「防災マニュアル」が作成されていて、その中に責任者や指揮命令系統が明記されています。災害発生時の避難場所については、消防署からの指示と福祉避難所の一覧にて確認されています。</p> <p>34. 地震、水災、感染症、サイバー犯罪に対するBCPが作成されています。災害時にご利用者に必要な支援が継続できるよう、利用されている介護サービス、服用薬、緊急リンクが明確にされた「緊急時情報シート」が作成され、2カ月に1回の見直しが行われています。</p>		

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	35	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	
	利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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>35. 重要事項説明書にて自己決定を支援する旨の説明を行っています。業務マニュアルはWAMNETの「ケアマネジャーのしごとガイド」をマニュアルの補助として活用し、ご利用者の尊厳や権利擁護を常に意識した業務が実践できるよう配慮されています。また、直近では6/20に研修を実施されています。</p> <p>36. 高齢者虐待防止法について10/28に研修を実施、法人が3カ月に1回実施する「身体拘束防止にかかる委員会」に参加され、虐待が疑われるケースや発生のおそれがあるケースについては毎月実施している「ケアマネ会議」で情報共有と対応の検討がなされています。</p> <p>37. 「プライバシー保護マニュアル」を整備され、6/10に「個人情報とプライバシー」の研修を実施されています。</p> <p>38. 新規のご利用者は運営規程に定めた事業の実施エリア外や受入れ件数がオーバーしていない限り全て受入れられています。</p>			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者にも周知されている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>39. 年1回の「家族懇談会」でご利用者・ご家族と意見交換会を実施されています。また、毎月のモニタリングや毎月開催している「サービス向上委員会」でご利用者やご家族の意向についての検討・対策の周知等を行われています。</p> <p>40. 「苦情相談処理マニュアル」は具備されています。意見・要望・苦情についての改善状況の公開はされていませんでした。</p> <p>41. 第三者の相談窓口は設置されていませんでした。</p>			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	利用者満足度の向上の取組み	42	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	C	
	質の向上に対する検討体制	43	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	44	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	C	
	(評価機関コメント)		<p>42. 満足度調査は実施されていませんでした。</p> <p>43. 「サービス向上委員会」を毎月他の部署と合同で開催されています。他の事業所の情報は「左京区事業所連絡会」や「介護サービス情報の公表」「京都介護・福祉サービス第三者評価」サイトを3カ月に1回閲覧し、「ケアマネ会議」で共有して検討されています。</p> <p>44. 自己評価は実施されていませんでした。第三者評価は今回が初めての受診となります。</p>			