

アドバイス・レポート

平成29年10月23日

平成29年7月6日付けで第三者評価のお申込みいただいた 訪問介護まごのて西陣につきましては、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><通番9>継続的な研修・OJTの実施 新人研修・中堅研修また、勉強会で講師が出来る人材の育成など体系的な研修計画のもと研修が行われています。 人事考課項目に他の職員の素晴らしいケアに対して「感動メール」を送る項目があり、それによって毎月MVPを決め表彰するシステムがあり、職員のモチベーションをあげ、人材育成に機能しています。</p> <p><通番12>ストレス管理 職員である精神保健福祉士によるストレスカンファレンスを「サロンド・ストカン」と名付け、定期的に開催し職員が抱えているストレスを語り合う場を設けています。また、心理カウンセラーによる「心の悩み相談所」も開催し、いつでも相談に乗れる環境を作っており、1対1で行うことが多い訪問介護にあって、2本立てでストレス管理を行っています。</p> <p><通番32>プライバシー等の保護 組織として「訪問介護」というプライベートな空間でのサービス提供ということを意識し、個々の職員に対しても入社時より研修や勉強会にて意識付け、周知徹底を図っています。例えば、利用者、家族から鍵等を預かる場合には、利用者側から同意書を提出してもらい、事業所としては預り証を発行、いずれも書面にて明確にした上で預かっています。また、比較的男性職員が多い状況下で女性利用者の入浴介助を同性での要望があれば、できるだけ添うようにし、無理な場合には説明を尽くし、本人の意思をしっかりと確認しつつ実施しており、利用者の羞恥心への配慮、尊厳の保持の取り組みとして評価できます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><通番5>法令遵守の取り組み 法令遵守に関する研修やや伝達講習は行われているが、関係法令のリスト化はされていませんでした。</p> <p><通番29>事故の再発防止等 ヒヤリハット・事故報告書を作成し、それをもとに毎月の報告会等で分析・検討、再発防止に活用しているが、マニュアルや事故防止策等の定期的な評価・見直しまでは至っていませんでした。</p> <p><通番39>評価の実施と課題の明確化 第三者評価は三年に一度受診していますが、事業所のサービス提供についての自己評価が実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

まごのてグループは、日常生活に支障を感じている方々が、「何かをしたい！」という思いの実現を訪問介護を中心としたサービスで支援し、豊かな幸せを感じてもらうためのパートナー「ライフケア・パートナー」の思いを共有できる人びとの輪を日本国内外へ広げ、お客様と組織と社員が「愛し、愛される信頼関係」を築き、お互い「一生付き合いたい会社」という企業グループをめざすという経営理念のもと事業展開をされています。

その中でもまごのて西陣は1番目に誕生した事業所であり、そこを足掛かりに、現在京都市内で20か所以上展開され、今後は各行政区に2事業所を目指すという勢いのある事業所でした。

介護人材不足の波の中、若い男性職員が多く意欲を持って働けるシステム作りがなされていました。

キャリアアップ制度が給与に直結しており、自分の目指す目標が明確で、努力すれば即評価に繋る「身に見える評価」をされていました。

また、他の職員の素晴らしいケアに対して「感動メール」を送り、毎月のMVPが発表される等、職員に自発性が芽生えるような仕掛けや工夫が随所にありました。

ケアの工夫や発想は介護保険事業だけでなく、障害者総合支援を手掛けておられる事もあり、障害者の視野やスキルがうまく相乗している効果だと思います。

職員自らが作る音楽サークルが地域で活動したり、料理のサークルが出来たりと自主的な活動を支援面で事業所がうまく支えるという構図や、事業所の負担で食事会をするなど職員同士の輪も大切にされていました。

今後も地域に根付き展開される事を期待すると共に、福祉の仕事の魅力発信と福祉人材の育成に期待します。

具体的なアドバイスは以下の通りです。

- ・法令遵守の取り組みでは、関係法令のリスト化を行いファイルにまとめて職員が何時でも閲覧できるようにされる事をお勧めします。また、パソコンで職員が共有できるように工夫をされる方法もあります。

- ・事故防止に関するマニュアルだけでなく、各種マニュアルは見直し時期を定め、担当者を決め確認される事をお勧めします。その場合、管理しやすいように見直し一覧表などを作成される事もお勧めします。

- ・事業所の提供するサービスの自己評価をすることは、現在のサービス提供についての課題を明確にし、その課題を分析、検討、改善してより良いサービス提供を実現することができます。形式がわからなければ、例えば「利用者アンケートで出てきた問題点をもとにして作る」「第三者評価の項目を集約するか簡略化して作る」「他府県のサンプルを調べて利用してみる」等、皆さんで検討され実施される事をお勧めします。

※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	2670200563
事業所名	訪問介護まごのて西陣
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	2017年9月13日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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。	B	A
		(評価機関コメント)		1)グループの理念を事業所内に掲示し、職員オリエンテーションや人事考課の際に浸透を確認している。利用者、家族には重要事項説明時やプラン変更時等に説明をしている。 2)株主総会が年度末に開催される他にグループ会議、所長会議が2~3か月に1回おこなわれている。毎月事業所で「報告会」が行われ、そこで出た職員からの意見が吸い上げられる仕組みがある。		
(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	A
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		3)中長期計画が定められ、組織体制や運営の現状分析を行い事業計画を作成している。 4)職員で構成する各委員会が報告会、勉強会等を企画しているが、課題にもとづいた改善計画が策定されていなかった。		
(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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		5)法令遵守に関する研修や伝達講習は行われているが、関係法令のリスト化はされていない。 6)運営管理者の役割と責任については、人事考課シートで明確にされている。各階層の考課シートは掲示され、全職員に明確にしている。毎月開催される「報告会」などで、職員からの上司に対する意見が出やすい雰囲気作りがされている。 7. 事業の実施状況はサービス担当責任者が確認し、管理者は随時報告をうけている。緊急時用の携帯電話を持ちいつでも連絡が受けられるようにしている。		

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。	B	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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		8)キャリアパスが給与と連動しており、常に上位を目指せるシステムが作り上げられている。職員採用に関しては、仕事に関して意識と意欲のある人を採用し、資格取得者または、実務経験者の採用だけではなく入職後、共に成長しようという考えで行っている。 9)新人研修・中堅研修また、勉強会で講師が出来る人材の育成など体系的な研修計画がある。人事考課項目に他の職員の素晴らしいケアに対して「感動メール」を送る項目があり、それによって毎月MVPを決め表彰するシステムがあり、人材育成につなげている。 10)実習・インターンシップの受け入れマニュアルが整備され、受け入れの研修も受けている。		
(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)ヘルパーの控室は足が伸ばせ、リラックスできるような作りになっており、ベットを備えた別室もある。職員の希望でぶら下がり健康機の導入があった。 12)職員である精神保健福祉士が2カ月に1度ストレスカンファレンス「サロン・ド・ストカン」を開催しており、ストレスを出し合える空間を作っている。また、心理カウンセラーによる「心の悩み相談室」も開催している。		
(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、利用者や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。	A	A
		(評価機関コメント)		13)事業所の情報をインターネットで公開をしたり、展覧会や納涼祭を行い、地域住民への広報や参加を図っている。 14)職員で結成する音楽ユニット「ウクレオン」のコンサートを開催し、地域住民の交流を図り、相談を受けることもある。		

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)ホームページやパンフレットによる情報公開をしている。		
(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)サービスの説明や保険外のサービスの説明を重要事項説明書にて行っている。成年後見制度を利用している事例もある。		

(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)独自のアセスメント様式を使い、毎年1月とプラン変更時にアセスメントの更新を行っている。 18)ケアマネジャーのケアプラン、アセスメント、サービス担当者会議の内容をもとに訪問介護計画書を策定し、同意を得ている。サービス担当者会議には利用者、家族の出席がある。 19)ケアマネジャーとの連絡は密にとり、必要であれば医師や理学療法士などの専門家の意見を聞き、訪問介護計画書を策定している。 20)モニタリングは独自のシートにて毎月行い、計画の見直しの基準を決めて行っている。必要であればケアマネジャーに連絡を行い、ケアプランの変更の提案もしている。		

(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)上京ネットワークに所属し2か月に1度意見交換会を行っている。関係機関のリストは各利用者のファイルに綴じてあり、一覧表は事務所に掲示している。利用者の入院時には、退院前カンファレンスに参加し、医師の指示を直接聞いている。		

(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	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。	B	B
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)利用者個々の支援マニュアルと実務に係る各種マニュアルを整備し、毎年見直している。 23)利用者一人ひとりの支援内容を毎回記録し、個々のケースファイルを事務所内の鍵のかかるキャビネットに保管している。記録の持ち出し、廃棄の規程がなかった。 24)職員は直行直帰ではなく、必ず事務所に寄って引き継ぎ・申し送りを行うと共にメール等も活用し、常に職員間で情報を共有できる仕組みになっている。 25)訪問介護計画書の更新時等利用者宅を訪問する際に利用者家族との面会を行っている。必要に応じて事務所からメールや電話等で連絡し面談、支援内容の確認や情報交換を行っている。		

(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。	B	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を設置し、感染症対策研修を実施している。二次感染を防ぐため消毒、手袋、マスク、ガウンを常備している。毎月の報告会では感染症対策委員会が最新情報を提示し情報共有を図っている。 27)事業所内の清掃、整理整頓は、毎日職員が自発的に行っており清潔が保たれている。		

(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		28)事故・緊急時対応マニュアル、緊急時連絡表が整備されている。事故や緊急事態に備えては、最初に連絡を受ける立場の所長、副所長は24時間緊急携帯を持ち、いち早く対応できるように備えている。29)ヒヤリハット・事故報告書を作成し、それをもとに毎月の報告会等で分析・検討、再発防止に活用しているが、マニュアルや事故防止策等の定期的な評価・見直しまでは至っていない。 30)実際の災害時に利用者や職員の状況を少しでも把握できるよう、指定緊急避難場所の一覧表を作成している。災害時対応マニュアルは設けられているが、地域との連携を意識したものにはなっておらず、地域の訓練等にも参加するに至っていない。		

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。	B	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。	B	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)利用者の人権尊重を基本理念に明記している。月1回の報告会、勉強会を職員の日常業務の振り返り検討の機会とし、常に職員に声掛け、注意喚起を行っている。虐待防止委員会を設置している。 32)個人情報保護指針に基づいた上で、「訪問介護」に特有のプライバシーへの配慮について、入社時より職員への周知徹底を図っている。羞恥心への配慮として入浴介助においては本人の意思確認を徹底し、同性介助の希望に添うようにしている。 33)断らないことを原則としているが、希望日時や対応する人員の都合で受け入れられない場合には、その都度利用者及び家族に説明し、別事業所への紹介を行っている。				
(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)訪問介護計画書の更新時など利用者宅訪問時に利用者・家族と面会し、意向を直接聞く機会とするほか、その他時宜に応じて事務所より電話、メール等で連絡して面談することもある。現場職員に直接言にくい場合はサービス担当責任者が聞き取っている。 35)挙がってきた意見、要望、苦情については、迅速にサービス提供責任者や管理者が主となって共有し、職員で共有、検討し記録に残している。改善状況を公開するには至っていない。 36)第三者及び公的機関を相談窓口として重要事項説明書に明記しており、挙がってきた意見、要望、苦情について迅速に対応する仕組みが構築されている。				
(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。	C	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。	B	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)利用者満足度調査を年に1度実施し、分析、検討して結果の集約を行っている。次年度の調査実施後に改善状況の確認を行う仕組みとなっている。 38)サービス改善に向けての検討委員会として月1回の報告会、勉強会を当てており、職員間の情報交換、意見交換を行い、検討した結果を具体的なサービスの質の向上につなげる場としている。他事業所との情報収集や自事業所との比較検討は、法人内他事業所との「グループ会議」、西陣会主催の「上京ネットワーク」会議他様々に行っている。 39)第三者評価を3年に1度受診しているが、事業所が提供するサービスそのものの自己評価は実施されていない。				