

様式 7

アドバイス・レポート

平成29年10月23日

平成29年 8月17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 訪問介護まごのて洛西 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8】質の高い人材の確保 人材に関する基本的な考え方は人事考課表に明記されています。入職後には資格取得制度があり、受講料を負担するなど支援をしています。非常勤から常勤職員への登用の道もあり、キャリアアップの仕組みが構築されています。</p> <p>【通番15】事業所情報等の提供 ホームページやパンフレットで必要な情報を提供するとともに常に更新をしています。利用希望者には訪問してサービスに関する説明を行うなど柔軟な対応も行っています。また、事業所の1階をバリアフリーにして利用者等に来所してもらいやすいように配慮しています。</p> <p>【通番31】人権等の尊重 人権の尊重は理念にも謳われており、年間研修に基づく研修を行っています。また接遇にも力を入れており、接遇に関するマニュアルを整備し、人権に配慮したサービスの提供が行われています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>【通番4】業務レベルにおける課題の設定 個人目標設定シートを作成し、個別職員の実績評価を行っていますが、事業所としての課題の設定および達成状況の見直しがされていませんでした。事業所としての事業計画の策定と連動して検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>【通番10】実習の受け入れ 実習の受け入れにあたって基本姿勢やマニュアル等の体制が整備されていませんでした。</p> <p>【通番35】意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 相談苦情事故対応マニュアルを作成し、苦情等に迅速な対応がなされていましたが、利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況の公表がされていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

訪問介護事業所「まごのて洛西」は、豊かな緑に囲まれた洛西ニュータウン内に平成25年5月に開設されました。

少子高齢化が進む中で、地域の人が幸せに過ごすために、専門家として足りないところを整えていくことを掲げて事業展開を行っています。主な特徴としては、訪問看護を併設する訪問介護事業所として、医療と介護の連携によるサービス提供を行っています。また、地元自治会と連携して開設時から認知症カフェを開催し、介護・看護相談など地域に根差した活動をしています。

人材確保・育成にも力を入れており、独自の人事考課の中で具体的なキャリアビジョンを示し、目に見えるかたちで、給与のベースアップやキャリアアップを実現出来る環境を提供しています。研修は体系的に整備されており、継続した接遇講座を行うなど現状にとどまらず、質の高いサービスを目指しています。

また、管理者が率先して話しやすい雰囲気を作るなど、働きやすい環境づくりにも努めており、当日の第三者評価においても職員同士のチームワークの良さが見受けられました。

一方で、事業計画における課題の設定、マニュアルの更新、事業所としての実習受け入れなど文書化含めて課題が見受けられました。

今後ますます、地域の人達と一緒に地域環境を整えていく地域環境プロデューサーとして役割を果たしていかれることを期待します。

以下、今回の評価で気づいた点を記載します。

- ・実習の受け入れについては、基本姿勢及びマニュアル等の体制整備が確認できませんでした。事業所として、実習指導者を位置づけ、将来の後継者育成及び人材確保の一環として地域の小中学校のチャレンジ体験や初任者研修、介護福祉士等の福祉に関する実習についてもさらに取り組まれてはいかがでしょうか。

- ・介護ソフトによりサービスの提供は適切に記録されていました。また、記録の書き方についての研修が行われていました。しかし、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定、開示に関する規定が確認できませんでした。文書取り扱いにかかる規程の整備が望まれます。

- ・相談苦情事故対応マニュアルを作成し、苦情等について迅速な対応がなされていましたが、利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況の公表がされていませんでした。ヒヤリハットや苦情については匿名性もふまえ、ホームページや広報紙などを活用して公表の検討されてはいかがでしょうか。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2674000852
事業所名	訪問介護まごのて洛西
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8月31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. 理念、基本方針が明文化され、事業所内に掲示されている。年1回全職員に向けて社長より説明がされている。HPや重要事項説明書に掲載している。 2. 役員会議、所長会議、全体カンファレンス(毎月開催)等が開催され、各会議での組織的な意思決定が行われている。組織図、業務分担規定に職員の役割と権限を明記している。			
(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。	A	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		3. 中長期計画(5か年)とともに単年度計画が策定されていた。事業計画の策定に当たっては、目標設定シート等において職員の意見を吸い上げる仕組みがあった。 4. 個人目標設定シートを作成し、実績評価を行っているが達成状況の見直しがされていない。			
(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	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. 法令遵守について新人研修、オリエンテーションなど研修計画に組み込まれている。しかし、介護保険以外の関係法令についてリスト化はされていない。 6. 管理者の役割と責任について組織図、業務分担規定において確認した。管理者自らの行動が信頼を得ているかどうかについては「個人目標設定シート」に自由記述欄がある。年2回の人事考課、月1回のカンファレンスで職員の意見を聞く機会がある。 7. 緊急時対応マニュアルを整備するとともに、不在時等の対応については携帯電話を所持し対応している。			

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。	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。	B	C
		(評価機関コメント)		8. 人材に関する基本的な考え方は人事考課表に明記されている。資格取得制度があり、受講料を負担するなど支援をしている。 9. 年間研修計画が策定され、計画的に実施されている。個人に合わせたサポートがされている。職員が互いに学び合うための介護技術研修がなされている。 10. 実習生受け入れの基本姿勢が明文化されていない。マニュアルが策定されていない。		
(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。	B	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. 事務局で有給休暇の取得や時間外労働のデータ把握をしている。訪問後に休憩できるようにソファ、ウォーターサーバーを整備するなど働きやすい空間づくりに配慮していた。 12. 「まごのてグループ」内の心理カウンセラーの案内を行なっている。福利厚生として互助会による食事会、フットサルなどを実施している。十分な休息が取れるよう休憩室、仮眠室が整備されていた。		
(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	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. 地域の回覧板や地図に事業所の情報を掲載している。地域活動の会議に積極的に参加している。また、地域主体の夏祭りに企業として協賛している。 14. オレンジカフェ(認知症カフェ)に職員が出向き、予防体操や講演、相談を行っている。		

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
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。	B	A
		(評価機関コメント)		15. ホームページやパンフレットで必要な情報を提供している。利用希望者には訪問してサービスに関する説明を行っている。事業所の1階をバリアフリーにして利用者等に来所してもらいやすいように配慮している。		
(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. 重要事項説明書により説明をしている。重要事項説明書等に利用料金を明示し、利用者・家族に説明し同意を得ている。		

(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)		<p>17. 「利用者情報表」でアセスメントが行われ記録されている。アセスメントは、更新時や状況に変化があったときに見直しをし、変化がない場合は日付を記入していた。</p> <p>18. 本人と家族の希望に沿い訪問介護計画書を策定している。サービス担当者会議に参加して、利用者や家族のニーズを把握している。</p> <p>19. サービス担当者会議に参加して他事業所からの情報を入手している。かかりつけ医の意見照会を行い、訪問介護計画を3か月に1回ケアマネジャーへ送っている。</p> <p>20. 3か月ごとにモニタリングシートにより評価見直しがされている。また、状況報告を含めてモニタリング結果を毎月ケアマネジャーに送っている。</p>		
(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)		<p>21. 関係機関とはサービス担当者会議等を通じて連携体制が確保されている。個々の利用者については関係者と連絡ノートを活用して連携している。退院時には、居宅支援事業所と連携するとともに退院前カンファレンスに出席している。</p>		
(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	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)		<p>22. 個別支援マニュアル、介護サービス提供マニュアル等を整備してサービス提供はされているが、見直しの基準が定められていない。</p> <p>23. 介護ソフト「テレッサ」によりサービスの提供は適切に記録されていた。また、記録の書き方についての研修が行われていた。しかし、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定などが確認できなかった。</p> <p>24. 全職員が参加できるように月に2回、日を分けて全体カンファレンスを開催している。必要な情報については一斉メール送信で確認を行っている。</p> <p>25. サービスの提供状況は、介護ソフト「テレッサ」の複写で家族に伝えている。連絡ノートで情報交換を行っている。</p>		
(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	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)		<p>26. 感染症の対策、予防に関するマニュアルは策定され、看護師による研修を行っている。流行前には注意喚起の一斉メールを送信している。感染症である利用者宅への二次感染を防ぐための体制を整えていない。</p> <p>27. 事業所内は、整理・整頓され、職員が当番制で清掃を行っている。訪問時にはマウスプレーを所持し、配慮している。</p>		

(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. 事故や緊急時の指揮命令系統図、対応マニュアルが作成され、周知されている。 29. ヒヤリハット事例や事故報告書が作成されているが、原因や対応方法についての分析やマニュアルの評価・見直しなどに活用されていない。 30. 対応マニュアル作成され、指揮命令系統が明らかになっているが、地域との連携、個別の避難先の把握等が意識されていない。			

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。	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. 人権の尊重は理念にも謳われており、年間研修に基づく研修を行っている。接遇に関するマニュアルを整備し、配慮したサービスの提供が行われている。 32. プライバシーに関するマニュアルを整備するとともに年間研修に基づく研修を行っている。 33. 利用者の決定に関しては、公平・公正に行い、受け入れを拒否しない。			
(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)	34. 相談先については重要事項説明書に記載している。要望等については毎月、サービス提供責任者が訪問する機会を利用するとともに連絡ノートで把握している。接遇アンケートを実施して把握に努めている。 35. 相談苦情事故対応マニュアルを作成し、苦情等については迅速な対応がなされていたが、利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況の公表がされていない。 36. 重要事項説明書に公的機関の窓口を記載し、利用者・家族には契約の際に説明している。			
(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。	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。	C	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。	C	B
(評価機関コメント)	37. 利用者満足度の把握をするために「おもてなしアンケート」を行っているが、調査前と調査後でどのように改善されたかを確認するしくみがない。 38. 2か月に1回、グループ内の所長会議で情報を収集し、他事業所との比較検討を行っている。しかし、職員間で共有、情報伝達する仕組みがない。 39. 第三者評価を3年に1回受診している。しかし、自主点検を除く自己評価をおこなっていない。			