

様式 7

アドバイス・レポート

平成25年11月1日

平成25年6月17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた『株式会社こみつ 訪問介護まごのて東山』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 有資格者の採用を優先していますが、無資格で入職しようとする人材については、ヘルパー資格取得の経済的援助を行って採用していました。希望する職員は全員正社員にする方針を明示して、職員の定着率100パーセントの実現を図っていました。</p> <p>(通番13) 地域への情報公開 事業の運営理念や情報をホームページ、パンフレットに明記し、地域に広く開示していました。町内会にも加入し、地藏盆や区民運動会などの地域行事にも参加して、事業所の存在を周知していました。町内の高齢者の相談にも積極的に対応していました。</p> <p>(通番24 職員間の情報共有) 利用者ごとのファイルの中に申し送り欄があり、常に事務所に立ち寄り確認してから訪問に行くことを習慣にしていました。急ぎの連絡はメールや電話で情報伝達していました。毎月のケース会議の中で、検討が必要な利用者の話し合いを行っていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番3 事業計画等の策定) 管理者やサービス提供責任者の間では事業目標や内容についての話し合いは行われていましたが、単年度の事業計画書や中・長期計画は作成されていませんでした。</p> <p>(通番22 業務マニュアルの作成) 食事介助・入浴介助・整容・口腔ケアなどの各種業務マニュアルは作成されていましたが、顧客満足度調査や事故防止策などを反映した見直しは行われていませんでした。</p> <p>(通番39 評価の実施と課題の明確化) 開設後1年以内に第三者評価の申し込みをされ、質の向上に取り組まれている姿勢は評価できますが、年1回以上自己評価が実施できていませんでした。また、自己評価での課題を次年度の事業計画に反映させることも出来ていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

まごのて東山は、介護事業所での勤務経験がある職員4人が、高齢者だけでなく障害者の暮らしも支援したいとの思いから、平成24年9月に開設した事業所です。事務所は京都市の東山区、五条大橋から徒歩3分の所にあり、20～30代の若い職員を中心に、高齢者・障害者の訪問介護サービスを365日提供しています。利用者・家族の紹介を通じて、利用者数が増加している点から、地域のニーズに応えたサービスが提供されていることが伺えます。

若い職員のレベルアップを図るために、『見える形の人事考課』を実施され、あるべき姿や11ランクの給与体系をどの職員にも分かる形でオープンにすることで、職員の意欲を喚起しておられました。また、利用者・家族からの『感動メール』を職員に周知する取り組みからも、やる気を引き出す姿勢が感じられました。また、開設して半年後に「利用者アンケート」を実施、分析していることから、利用者・家族の声を大切に事業運営している真摯な姿勢が伺えます。現在、まごのてグループ全体で京都府の『京都福祉人材育成認証制度』の取得を目指しておられ、優秀な人材確保に向けての事業所の意欲的な取り組みとして評価できます。

しかし、事業計画の策定や業務マニュアルの見直し、事故・緊急時の対応、災害時の対応などの面では課題が感じられました。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 開設して2年目で少し落ち着いてこられたこの時期に、今後の目標や課題を単年度の事業計画や中・長期計画として文書で明確にされては如何でしょうか。組織の方向性や課題を現場職員に明確に伝え、組織の透明性の確保を図ることが、これからの事業所の発展に繋がると考えます。
- ・ 利用者別に記録が整備されていましたが、記録の持ち出しや廃棄に関する規定はありませんでした。個人情報管理規定を作成し、記録の持ち出しや廃棄に関する条項も記載されて如何でしょうか。
- ・ 事故報告書などを再発防止に活用するためにも、事故防止策をみんなで考え、マニュアルや手順書の改訂時に取り入れることをお勧めします。また、事故対応時の訓練として、訪問時に利用者が急変した場合の応急処置などを学習会に取り入れられては如何でしょうか。経験の少ない若い職員には必要であると考えます。
- ・ 災害発生時の対応として、利用者ごとに災害時の避難場所を把握して利用者に周知する取り組みをされては如何でしょうか。また、事業所のある地域での防災訓練などに参加されることで、地域での認知度も高まるのではないのでしょうか。
- ・ 質の向上に係る取り組みとして、毎年、運営面やサービス内容などの視点からの自主点検表を作成し、自己評価を実施されることをお勧めします。それにより、さらなるサービスの質の向上が図られると考えます。

※ 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	2670800305
事業所名	株式会社こみつ 訪問介護まごのて東山
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)	介護予防訪問介護、居宅介護支援、 介護予防居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年9月30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)及び事業所のスタッフ全員が、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) 理念や運営方針をパンフレットやホームページなどで周知している。まごのてグループ全体の新人研修や事業所内での研修会等で職員全員に周知している。 2) 組織図や役割業務分担規定があり、各職務の役割や権限が明確に定められている。年数回の役員会議や毎月の全体職員会議の中で、職員の意見が反映されている。			
(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	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) 利用者アンケート調査で利用者のニーズを把握し、研修計画書に反映させている。単年度の事業計画書や中・長期計画書は作成されていない。 4) 管理者・サービス提供責任者・ヘルパーの各職種を等級分けし、目指す人物像を事務所内の壁に掲示し、常に自分の課題に向き合えるようにしている。年1回の人事考課や面談で、職員の課題を確認している。			
(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、いつでもスタッフ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) 「福祉・介護基礎力アップ研修」を職場内で開催し、制度内容や基礎知識を周知している。管理者が事業に関係する法令を把握し、サービス提供責任者にも周知している。 6) 経営責任者や管理者は常に事務所内におり、現場職員からの意見を聞いたり、指示できる体制がある。上司への満足度を確認する項目のある職員アンケートを実施している。 7) 管理者は、随時状況を把握し、常にメールや電話で連絡が取れる体制になっている。			

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
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	B
		(評価機関コメント)		8) 無資格者でもやる気のある人材には資格取得の費用を事業所が負担して採用している。他の資格取得についても積極的に勧めており、将来的には全員が正社員になることを目標としている。 9) 職員の意見を聞きながら年間研修計画を作成し、毎月の職員勉強会を開催している。「よかったこと・感動メール」を職員に周知し、やる気を引き出す努力をしている。 10) 実習生を受け入れる体制は作っているが、事業所としての基本姿勢の明文化や実習指導者に対する研修は実施出来ていない。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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	B
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇取得の消化率や時間外労働のデータを、社会保険労務士が管理しアドバイスしている。就業規則には育児休業や介護休業法に定められた内容が明記され、希望に応じて対応する仕組みがある。 12) 職員アンケートの実施や親睦会の回数を増やすなど、上司に悩み等を相談しやすい環境づくりに努力されている。事業所にはシャワー室があり、休憩室にはテレビ等も置かれ、仮眠やリラクセスできる空間となっている。外部カウンセラーなどによる相談体制は確保されていない。		
(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) 事業の運営理念や情報をホームページ、パンフレットに明記し、地域に広く開示している。町内会にも加入し、地蔵盆や区民運動会などの行事にも参加している。 14) 町内の高齢者の相談にも積極的に対応している。他のNPO法人と連携して、地域で『障害のある人の地域生活の支援とは』という公開セミナーを開催している。		

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
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)パンフレットや事業所内の掲示物で情報提供している。見学者や問い合わせには適切に対応している。			
(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)重要事項説明書にサービス内容や料金を明示している。保険外サービスは介護保険外サービス契約書を別紙作成している。必要な時には成年後見制度の申立てを勧めている。			
(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	定期的又は必要に応じて、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)ADL(日常生活動作)・IADL(手段的日常生活動作)・認知症・コミュニケーションなどに分類した所定の様式を用いて、適切にアセスメントを実施している。介護度が変更になった時などは適切にアセスメントを見直している。 18)アセスメント表に利用者や家族の希望を明記している。訪問介護計画書の中に、利用者・家族の意向が記載され、同意を得ている。 19)主治医や病棟看護師などの専門家からの意見を収集し、個別援助計画に反映している。 20)毎月のモニタリングで、利用者の状況を確認している。サービス内容変更時などの必要時に個別援助計画を見直している。			
(4)関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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や退院時カンファレンスに出席し、担当医師や訪問看護師などと連携している。看護サマリーなどの必要な医療情報を入手し、サービス提供に役立てている。			
(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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		22)食事・入浴・清拭・整容・口腔ケアなどの業務別マニュアルが整備されている。開設2年目の事業所であり、顧客満足度調査や事故防止策などを活かしたマニュアルの改訂が行われていない。 23)利用者別に記録が整備され、サービス計画に沿ってサービスが提供されているが、記録の保存・保管・持ち出し・廃棄に関する規定はなかった。 24)利用者ごとのファイルの中に申し送り欄があり、常に事務所に立ち寄り確認してから訪問に行くことを習慣にしている。急ぎの連絡はメールや電話で情報伝達している。毎月のケース会議の中で、検討が必要な利用者の話し合いを行っている。 25)毎月1回サービス提供責任者が訪問し、サービス提供時の様子や相談などを聞き取っている。			

(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、スタッフ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)感染症に関するマニュアルを作成し、職員会議の中でも周知している。訪問時にマスク・グローブなども携帯できるようにしている。 27)掃除チェック表で清掃点検している。事業所内は整理・整頓され、衛生的に保たれていた。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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・緊急対応や危機管理のマニュアルが作成され、職員に周知されている。緊急時の指揮命令系統が明確になっている。 29)事故及びヒヤリハット報告書がきちんと記録されている。事故の原因や解決策を、マニュアルや事故防止策の評価・見直しに活用できていない。 30)災害発生時の指揮命令系統は明らかになっているが、地域との連携を意識した訓練などは実施されていない。		

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)利用者の人権尊重を大切に、新人オリエンテーションで徹底教育している。虐待防止についての勉強会を行い職員への周知を図っている。 32)プライバシーの保護や羞恥心への配慮を新人オリエンテーション時に周知している。同性介助の希望に応じたサービス提供を実施している。 33)利用の受け入れに際しては「依頼は断らない」を原則としている。対応が難しい場合には、グループ内の他事業所を紹介している。		
(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。	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	A
		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	B
		(評価機関コメント)		34)毎月、サービス提供責任者が利用者宅を訪問して、意見や要望等を聞いている。電話やメールなどを通して受け付けた意見や要望等にも迅速に対応している。 35)利用者の意見・要望・苦情等への対応方法が定められ、必要時にはサービス提供責任者や管理者が対応するなど組織として対応している。「利用者アンケート」での意向を個人情報に配慮しながら、ホームページ上で公開している。 36)公的機関相談窓口は重要事項説明書に明記されているが、第三者委員は設置していない。		
(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	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スタッフ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	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)満足度を測るための「利用者アンケート」を実施し、結果を分析し、サービスの改善につなげている。 38)2ヶ月に1回開催されるグループ会議には、各所長の他に弁護士や社会保険労務士なども参加し、サービスの質の向上についても検討している。毎月の所長会議で他の事業所の情報を積極的に収集し、互いに良い点を参考にしている。 39)管理者やサービス提供責任者に質の評価を話し合う体制はあるが、自主点検以外に年1回の自己評価は実施出来ていない。サービスについての課題を次年度の事業計画に反映できていない。		