

アドバイス・レポート

平成 26 年 2 月 21 日

平成 25 年 12 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた グリーンライフ株式会社 訪問介護まごのて桂 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4) 業務レベルにおける課題の設定 管理者・サービス提供責任者・ヘルパーの各職種を 6 等級 11 ランクに分け、それぞれの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ました。必要に応じて行う個別面談や年 1 回の人事考課面談の中で、各職員の課題を確認し、仕事の中で成長できる組織体制が構築されていました。</p> <p>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施 職員の意見を聞きながら年間研修計画を作成し、勉強会を毎月開催していました。職員育成のためのトレーニングマニュアルを作成し、新人職員には約 2 ヶ月の同行訪問指導を実施し、一人でサービス提供できるまで丁寧に指導していました。職員との面談や随時のメール交換等で助言や指導が行なわれていました。</p> <p>(通番22) 業務マニュアルの作成 利用者一人一人の支援マニュアルがあり、支援の内容や注意する点・配慮する点が記載され、必要に応じて見直しされていました。口腔ケア、排泄介助、移動介助、認知症対応、緊急時対応等のマニュアルが整備され、職員に周知されていました。</p> <p>(通番33) 利用者の決定方法 利用の受け入れに際しては「利用者を選ばない」「依頼は断らない」を原則とし、気管への痰の吸引支援等、高度な医療的ケアが必要なケースも引き受けてサービス提供されていました。定員一杯で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対応されていました。</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 職員会議（まごのて会議）等で現場職員の意見を聞きながら、職場の課題を話し合っていました。年間の研修計画書は作成されていましたが、単年度の事業計画書や中・長期計画は策定されていませんでした。</p> <p>(通番20) 個別援助計画の見直し 毎月モニタリングを実施し、利用者へのサービス提供状況を確認していました。しかし、個別援助計画の見直し時期・手順等が定められておらず、定期的な計画の見直しが不十分でした。</p> <p>(通番37) 利用者満足度向上の取組み 利用者満足向上係を設置して、サービスの提供状況の把握や改善を実施していました。しかし、開業して2年が経過したばかりで利用者が少しずつ増えてきている段階であったことから、満足度調査の実施は出来ていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>『まごのて桂』は、平成24年1月に阪急嵐山線の松尾大社駅と嵐山駅の間に位置する場所に開設された事業所です。20～30代の若い職員が中心になり、高齢者・障害者の訪問介護サービスを24時間・365日提供することで、地域での暮らしを支えています。24時間の介護を必要とする重度な障害を抱えた利用者を積極的に受入れ、ハードなケアに取り組んでおられる点は大変評価できます。重度な利用者を在宅介護する家族にとっては、大変頼りになる存在であり、福祉事務所等の紹介を通じて、利用者数が年々増加している点からも利用者・家族からの信頼が伺えます。また、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』が実施され、あるべき姿や11ランクの給与体系を壁に掲示し、いつでも確認できるようにすることで、職員の意欲を喚起しておられました。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。</p> <p>しかし、事業計画の策定や訪問介護計画書の見直し等の面では課題が感じられました。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事業所幹部で話し合われている今後の目標や課題を、単年度の事業計画書や中・長期計画書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つながると考えます。 ・ 初回のアセスメントや訪問介護計画書作成は出来ていましたが、介護認定更新時の再アセスメントや訪問介護計画書の見直しが不十分でした。居宅サービス計画の変更等に合わせ定期的に見直しされることをお勧めします。 ・ 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。個人情報管理規定に持ち出しや廃棄に関する条項も記載し、管理を徹底されては如何でしょうか。

	<ul style="list-style-type: none">・ 質の向上に係る取組みとして、満足度調査を実施されることや、毎年、管理者とサービス提供責任者で自己評価を実施されることをすることをお勧めします。このことにより、サービスの質の向上が図られ、利用者や家族からの信頼が得られると考えます。・ 3年目を迎えて、職員数や業務量が増えており、管理者にかかる負担が懸念されます。サービス提供責任者やリーダー職員を職員の育成・相談係に配置し、管理者の負担軽減を図られては如何でしょうか。
--	--

※ 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	2674000662
事業所名	訪問介護 まごのて桂
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
訪問調査実施日	平成26年1月16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)『すべての人々が豊かで幸せになること』という企業理念や経営理念を、パンフレットやホームページなどで周知している。事務所内にも掲示し、職員全員に周知を図っている。 2)組織図があり、各職務の役割や権限が明確に定められている。所長会議、サービス責任者会議、職員会議(まごのて会議)等の階層別の会議で、組織の意思決定に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。	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)職員会議(まごのて会議)等で現場職員の意見を聞きながら、職場の課題を話し合っている。年間の研修計画書は作成されているが、単年度の事業計画書や中・長期計画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6等級11ランクに分け、それぞれの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や必要時の個別面談で、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)まごのてグループ内で法改正の情報を共有し、勉強会やコンプライアンス研修を実施している。把握すべき法令をインターネット等ですぐに調べられるようにしている。社会保険労務士や税理士などの外部講師を招いて研修を実施している。 6)管理者は電話やメールで現場職員からの意見を聞いたり、指示できる体制がある。毎月の会議や年1回の人事考課面談等で職員と意見交換している。経営責任者も人事考課を受けている。 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と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。	A	A
		(評価機関コメント)		8)「多様性の尊重・柔軟性・やさしさ・メンタルの強さ」を採用基準とし、人物重視の採用を行っている。介護職員初任者研修や介護福祉士資格試験への費用負担を行っている。 9)年間研修計画を作成し、勉強会を毎月開催している。職員育成のためのトレーニングマニュアルを作成している。採用時のオリエンテーションや新人職員への約2ヶ月の同行訪問指導等を行っている。面談や随時のメール交換等で助言や指導を行っている。 10)地域の介護教育機関から依頼され、介護職員初任者研修の実習生を受入れている。実習生の指導者手順書を作成している。		
(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、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	A
		(評価機関コメント)		11)随時の個別面談や人事考課面談などで職員の就業状況や意向を把握している。休憩室には仮眠スペースがあり、シャワー室も完備している。 12)グループ会社の精神保健福祉士と連携してストレス管理委員会を設置し、「ストレス緩和を考える会」と題した職員研修会を毎月開催している。ハラスメント相談係を設置し、労働環境に対しての職員の意見を集約できるようにしている。		
(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。	B	B
		(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やパンフレットに明記し、地域や利用者へ開示している。 14)グループ会社や介護教育機関と連携し、地域の介護ニーズの収集に努めている。地域住民への講演会の開催等は行っていない。		

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
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事業所の情報を提供している。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。保険外サービス料金も明確にしている。成年後見人である行政書士との契約締結事例がある。			
(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	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		17)所定のアセスメント様式を用いて、利用者の心身の状況や生活状況を把握し記録している。アセスメントの定期的な見直しが出来ていない。 18)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。サービス担当者会議に出席し、利用者・家族の意見を聴取している。 19)サービス担当者会議に出席し、医師・看護師・理学療法士等の専門家からの意見を聴取している。ケアマネージャーからのケアプランやサービス担当者会議の意見をもとに訪問介護計画書を作成している。 20)毎月のモニタリングで、利用状況を確認している。定期的な個別援助計画の見直しが出来ていない。			
(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)主治医の情報提供書や看護サマリー等から必要な医療情報を得て、サービス提供に役立てている。利用者のケアマネージャーや主治医と連携してサービス提供している。			
(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	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。	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)利用者一人一人の支援マニュアルがあり、必要に応じて見直ししている。口腔ケア、排泄介助、認知症、緊急対応等のマニュアルが整備され、職員に周知されている。 23)利用者別に記録が整備され、計画に沿ってサービスを提供している。サービス提供後はサービス実施記録に記載している。記録の持ち出しや廃棄に関する規定はなかった。 24)申し送り事項はすぐに共有メールで配信している。申し送り内容をサービス提供責任者が確認し、必要な情報を伝達している。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)連絡ノートをご自宅に設置し、家族と情報交換している。本人や家族とメールにて情報交換している。			

(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)感染症に関する衛生管理マニュアルを作成し、必要時に更新している。グループ内の訪問看護と連携し、感染予防について会議で周知している。 27)事業所内は整理・整頓され、衛生的に保たれている。		
(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。	A	A
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。	A	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。事故・緊急時の指揮命令系統図が事務所に掲示されている。 29)事故やヒヤリハット報告書を適切に記録し、その内容を毎月の職員会議で周知している。事故の原因や解決策を、マニュアルの評価・見直しに反映している。 30)災害発生時対応マニュアルが作成され、職員に周知されている。地域との連携を意識した訓練などは実施されていなかった。		

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)利用者本位のサービス提供、高齢者の尊厳を守る支援を行うことが、経営理念・運営方針に明示され、職員にも周知されている。高齢者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入職オリエンテーション時に周知している。新人職員には最初の約2ヶ月間同行訪問を実施して教育している。同性介助を基本としている。 33)利用の受け入れに際しては「利用者を選ばない」「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。	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	A
		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	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。必要時はメールや電話連絡で利用者・家族とやり取りしている。 35)苦情等は苦情相談報告書に記載し、受付後は苦情対応マニュアルに基づき組織的に対応している。意見や苦情の一部を「利用者の声」としてホームページに掲載している。 36)公的機関相談窓口を重要事項説明書に明記し、利用者・家族に周知している。事業所以外の第三者の相談窓口は設置していない。		
(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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		37)利用者満足向上係を設置している。満足度調査の実施は出来ていない。 38)質の向上について、職員会議(まごのて会議)を毎月開催し、職員間で話し合っている。所長会議で他の事業所の情報を積極的に収集し、良い点を参考にしている。 39)サービス提供責任者会議でサービス内容についての課題を話し合っているが、次年度の事業計画に反映出来ていない。自己評価は実施出来ていない。		