

様式 7

## アドバイス・レポート

令和元年 11 月 27 日

令和元年 10 月 10 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左京様につきましては、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><b>1. 質の高い人材の確保</b></p> <p>有資格者等の採用を優先するほか、事業計画にも目標採用人数を明記し人材確保に努めていました。介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得支援として、研修参加を出勤扱いや研修費を事業所が負担していました。</p> <p><b>2. 職員間の情報共有</b></p> <p>ヘルパー個々にスマートフォンを支給し、利用者個人の記録や訪問時の様子を入力すれば、それぞれのスマートフォンから迅速に情報の確認・共有が可能となっていました。アプリのセキュリティーは、各職員に配布している IC カードをアプリ起動時に読み込まないと作動しないようになっていました。</p> <p><b>3. 感染症の対策及び予防</b></p> <p>毎月感染症会議を開催し、その時期ごとに起こりうる感染症についての勉強や、感染症予防に効果的な食材や料理法の紹介など、画一的な研修にならないよう内容にも工夫をこらしていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1. 地域への貢献</b></p> <p>専門的な技術講習会・研修の開催や地域の介護・医療・福祉ニーズの把握は出来ていませんでした。</p> <p><b>2. 利用者満足度の向上の取組み</b></p> <p>利用者に対する満足度調査は実施していませんでした。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>事業計画を作成していましたが、定期的な評価は行っていませんでした。また、第三者評価を 3 年に 1 回受診（前は平成 27 年度に受診）していません</p>

	<p>んでした。</p>
具体的なアドバイス	<p><b>1. 地域への貢献</b></p> <p>・地域の介護・医療・福祉のニーズや課題に、事業所が持つ機能や知識を活かすことで、地域社会の福祉力向上につながるのではないのでしょうか。まずは、地域のニーズを把握するためにも、地域ケア会議等に参加されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 利用者満足度の向上の取組み</b></p> <p>利用者満足度調査は、事業所が提供するサービスについて利用者がどの程度満足しているのかを把握し、調査結果を分析・検討する事がサービスの質の向上につながると考えられます。また、普段は利用者が職員を前にして言い出しにくい内容であっても、アンケート形式であれば答えやすい効果も期待出来るため、年に1回実施されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>月に1回の定例会議の機会を利用するなどして、サービスの質の向上のため自己評価を行い、事業計画の進捗状況のチェックや課題の明確化を図り、次年度の取り組みや事業計画に反映されてはいかがでしょうか。また、定期的な第三者評価の受診により、前回と比べてどのように改善が図られているかが確認出来る事から、定期的な受診されてはいかがでしょうか。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

事業所番号	2670600986
事業所名	訪問介護まごのて左京
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	令和元年10月30日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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	B
	(評価機関コメント)			1. 理念は事務所内やリビングに掲示して全職員がいつでも確認出来る様にしていました。利用者家族に対してはパンフレットを用いて説明していました。 2. 3ヶ月に1回役員会を開催しているほか、定例会議で職員の意見を反映する仕組みになっていました。職員名簿にて各職種や職位を明記していましたが、職務権限等の規程はありませんでした。		
<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。	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	B
	(評価機関コメント)			3. 人員確保が課題であるため、単年度の事業計画に採用人数を明確に盛り込み作成していましたが、中・長期計画の策定ができていませんでした。また、計画策定時に職員の意向を反映する仕組みはありませんでした。 4. 各職種においてキャリアアップ要件に基づき課題を設定していましたが、課題の見直しはしていませんでした。		
<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。	C	B
	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)	<p>5. 職員が法令等を遵守する為に、年1回職員倫理の勉強会を実施していました。運営管理者は、法令遵守の観点での研修に参加していましたが、法令のリスト化及び法令等をすぐに調べられる体制はありませんでした。</p> <p>6. 年3回の人事考課面談時に職員の意向を聞き取っていましたが、運営管理者等に対する職員からの評価等の方法はありませんでした。また運営管理者自らの役割と責任について明確化していませんでした。</p> <p>7. 緊急連絡簿を作成し事務所内に掲示し、運営管理者が持ち場を離れる時は常にスマートフォンを所持してました。事業の実施状況は、スマートフォン上のアプリを活用し確認してました。</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>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		<p>8. 有資格者等の採用を優先するほか、事業計画にも目標採用人数を明記し人材確保に努めてました。介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得支援として、研修参加を出勤扱いや研修費を事業所が負担してました。</p> <p>9. 年間研修計画を策定し実施してました。また、外部研修の案内は職員の休憩場所にファイリングし希望があれば勤務扱いで、参加費は事業所が負担してました。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルを整備してましたが、実習を担当する職員に対しての研修は出来ていませんでした。</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇取得率及び時間外労働のデータを作成し、役員会にて有給休暇取得率の向上や時間外労働の確認をしており、年5日以上取得できるよう取り組んでました。育児・介護休業法の内容を就業規則に記載してました。介護負担軽減のために腰痛予防コルセットを支給してました。</p> <p>12. 福利厚生制度として民間の福利厚生制度を活用してました。また事業所の屋上を利用しバーベキューを行ない親睦を図ってました。就業規則においてセクシャルハラスメントの記載のみとなっており、他のハラスメントの記載がありませんでした。メンタルヘルスに関しては外部の相談窓口がなく、体制が整っていませんでした。</p>		

(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。	C	B
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。	C	C
(評価機関コメント)		13. ホームページにて運営理念を掲載し、広報していました。しかし、情報の公表制度を利用者や地域住民へ広報していませんでした。 14. 専門的な技術講習会・研修の開催や地域の介護・医療・福祉ニーズの把握は出来ていませんでした。		

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

### 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. パンフレット及びホームページにて情報を提供していました。サービスの内容や利用までの流れを写真と共に紹介し、初めて利用を考えている方にもわかりやすく掲載していました。問い合わせの対応についても相談記録用紙に記載していました。		

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表を記載し、同意欄には本人若しくは代理人の署名・捺印がありました。自費サービスはプライベート契約書にて費用基準があり、希望者は別途契約をしていました。相談室の一角には、成年後見制度についてのパンフレットを用意し、必要に応じて説明が出来る仕組みがありました。		

#### (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。	B	B
(評価機関コメント)		17. アセスメントは事業所独自の様式を用いて6ヶ月毎に実施していました。また、本人の希望を聞き取るとともに退院前カンファレンスに参加し主治医や専門家とも連携を図っていました。 18. 訪問介護計画は利用者や家族の希望を尊重しながら目標を設定した上で策定し、同意も得ていました。サービス担当者会議には本人も出席していました。 19. サービス担当者会議に参加することで専門家等の意見を聞き、訪問介護計画に反映していました。 20. 月に1回モニタリングを実施し、サービスの実施状況や利用者の状況変化を確認していましたが、訪問介護計画の見直し・変更の基準についての定めはありませんでした。		

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。	B	A
(評価機関コメント)	21. 利用者の主治医とは居宅介護支援事業所を通じて連携を図り、情報及び意見交換を行っていました。事業所内にはエリアマップや関係機関・事業所のリストを掲示し、必要に応じて連絡が取れる体制を整備していました。また、左京区事業所連絡会にも参加していました。			
<b>(5) サービスの提供</b>				
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	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。	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. 各種業務マニュアルを作成し、実際業務を行う上で実用的な表現になっていましたが、見直し基準の定めはなく年に1回の見直しは出来ていませんでした。 23. 利用者個々の記録は整然とファイリングされ、状態の推移等の記録やサービス実施計画に基づくサービスの実施も記録していました。しかし、利用者の記録について保管・保存・管理・廃棄などの定めはなく、職員に対して記録の管理（個人情報の保護と情報開示）に関する教育や研修は行われていませんでした。 24. ヘルパー個々にスマートフォンを支給し、利用者個人の記録や訪問時の様子を入力すれば、それぞれのスマートフォンからそれらの情報の確認・共有が可能となりました。また、月に1回の定例会議にて、利用者の支援についての意見集約が行われていました。 25. 利用者宅を訪問時に、利用者及びその家族よりヒアリングを行っており、モニタリングの結果も伝えていました。			
<b>(6) 衛生管理</b>				
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。	A	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)	26. 毎月感染症会議を開催し、その時期ごとに起こりうる感染症についての勉強会や、感染症予防に効果的な食材や料理法の紹介など、画一的な研修にならないよう内容にも工夫をこらしていました。また、マスクや手袋・消毒液などを準備し二次感染を防ぐ対策を講じ、感染症である利用者へのサービスを提供する体制も整っていました。しかし、マニュアルを作成していましたが、最新の情報を反映出来ていませんでした。 27. 事業所内は整理整頓され、掃除も行き届いていました。			
<b>(7) 危機管理</b>				
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。	A	B
(評価機関コメント)	28. 事故や緊急時の対応及び予防マニュアルを作成し、事故や緊急時における責任者及び指揮命令系統は明らかになっており、研修も実施していました。 29. 事故が発生した場合はヒヤリハット報告や事故報告書を作成し、対応経過や家族・関係者への報告、事後の対応・再発防止対策の記載はありました。しかし、マニュアルの定期的な評価・見直しなどには活用されていませんでした。 30. 災害時マニュアルを作成し、年に1回災害発生時の対応方法等の勉強会を開催していましたが、地域を意識したマニュアルにはなっていませんでした。			

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
<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	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. 月1回の定例会議でカンファレンスを行い、職員の日常業務を振り返り、人権に配慮したサービスの提供や援助の方法について話し合う機会を設けていました。年1回、職員倫理の研修と高齢者虐待防止・身体拘束禁止の研修を行っていました。 32. 年1回、プライバシー保護を観点とした勉強会を行っていました。また、同性介助を意識してヘルパーを派遣するなど羞恥心に配慮したサービスを心がけていました。 33. 利用申し込みは断らずに、希望に添えるように調整していました。ヘルパーの調整が難しい場合などは、他のまごのグループや他の事業所を紹介するよう調整していました。		
		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	B
		(評価機関コメント)		34. 訪問時に利用者や家族から意見・要望・苦情を聞き出していました。収集した内容は個人記録や記録票で全職員が共有し、定例会議で意見交換を行っていました。 35. 業務マニュアルに従い組織として迅速に苦情の対処をしていました。しかし、改善状況については公開していませんでした。 36. 事業所関係者及び公的機関等の相談窓口の連絡先は重要事項説明書に記載していました。しかし、事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置していませんでした。		
		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	C
		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。	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	C
		(評価機関コメント)		37. 利用者に対する満足度調査は実施していませんでした。 38. 毎月の定例会議でサービスの向上に向けて取り組んでいました。会議を欠席した職員は会議録を確認し情報の共有を図っていました。また、まごのグループ内で2ヶ月に1回社長会議で他事業所と情報及び意見の交換を行っていました。 39. 事業計画を作成していましたが、定期的な評価は行っていませんでした。また、第三者評価は3年に1回受診（前は平成27年度に受診）していませんでした。		