

アドバイス・レポート

平成27年12月28日

※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

平成27年11月30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 (※)	管理者等によるリーダーシップの発揮 ・管理者は年4回の人事考課を実施し、積極的に職員とコミュニケーションを取り、意見や要望をくみ取っておられました。その結果、新たな法定外休暇制度としてバースデー休暇を創設し、働き甲斐のある職場作りに取り組まれていました。 ストレス管理 ・まごのてグループ全体でカウンセリングルームと契約をされており、職員はメンタルヘルスについて、認定カウンセラーに随時相談できる体制にありました。年に1回、カウンセリングチームによる、こころの健康維持を目的とした研修会を開催されていました。職員の悩みやストレスをサポートすることで、安心して働くことのできる労働環境を整備しておられました。 利用者・家族の希望尊重 ・サービス提供責任者が月に1回訪問し、利用者・家族の希望を聴き取っておられました。独自に作成されたモニタリングシートは、利用者・家族から評価を書き込んでもらえるように、記入を依頼しておられました。また、利用者宅に「共有ノート」の設置を案内し、家族からの伝言や記録等の目的に活用されていました。事業所としてサービスを提供する上で必要な信頼を積み上げていくため、取り組まれていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	業務マニュアルの作成 ・各種業務マニュアルを作成し、業務の標準化に努めておられましたが、見直しの基準がなく更新されていませんでした。 職員間の情報共有 ・定例会議（月1回）やカンファレンス（随時）で情報を共有されています。しかし、日々の申し送りについてはミーティング等で共有する仕組みが無く、メール配信のやり取りのみになっていました。 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善 ・意見・要望・苦情についての対応は迅速に行われていますが、公開の方法はありませんでした。

具体的なアドバイス	業務マニュアルの作成 ・各種マニュアルについて見直しの基準や方法を定め、年に１回はマニュアルの更新（変更の必要がない場合においても更新日が確認できること）をされることをお勧めします。事故防止や苦情対応等に基づいた変更がなされることで、職員にマニュアルの活用が促進され、より質の高いサービスに繋がるのではないのでしょうか。 職員間の情報共有 ・ミーティングの時間（朝礼・終礼）を設け、日々の申し送りや伝達事項について、職員全員で共有する仕組みを構築されてはいかがでしょうか。メールでの伝達は、内容が伝わったどうかの確認が困難な場合があり、文章からはつかみにくい細やかな情報のやり取りが難しいというデメリットがあります。職員同士が顔を合わせてミーティングを行える環境があることで、申し送りの内容が深く確実に伝わり、利用者の状態変化に対し、より適切に対応できるようになるメリットがあるのではないのでしょうか。 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善 ・寄せられた意見・要望・苦情についての対応結果は、匿名性を確保した上で公開されることをお勧めします。法人機関誌や事業所独自でお便りを作成して掲載することで、事業所の取り組みについて広く理解を得ることができます。また、満足度アンケート調査を実施し、集計結果や回答を配布することで、事業所のサービス改善に繋がるのではないのでしょうか。
------------------	---

※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)

※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)	介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成27年12月15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
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。	B	B	
	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。	C	A	
	(評価機関コメント)		1・組織の理念(社会貢献・公正公平・社員満足・学習と成長・チームワークなど)を明文化し、事業所内の目につきやすいところに掲示することで全職員に周知されていました。しかし、利用者や家族への理解が深まるような具体的な取り組みはありませんでした。 2・会議(定例・役員・所長・グループ)で案件別の意志決定方法が定められていました。職務規定を定め、各職務の責任を明確にされていました。			
(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・単年度の事業計画(効率的な経営・働きがいのある職場作り等)は作成されていましたが、中・長期の計画については、具体的なものではありませんでした。 4・業務レベルにおいての課題（あきらめない介護・多くのニーズに応える等）を設定し、定例会議で課題の達成状況を確認されていました。			
(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。	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	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・介護関係法令については確認しやすい場所に設置しておられましたが、その他の法令はリスト化されていませんでした。 6・管理者は年4回の人事考課を実施し、積極的に職員と個別面談を行い、意見や要望をくみ取り信頼を得ておられました。 7・管理者は、緊急時には訪問先の職員と業務用携帯電話で連絡を取り合うことで、いつでも具体的な指示を行う体制にありました。			

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
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。	C	C
		(評価機関コメント) 8・グループ全体で採用パンフレットを作成し、キャリアアップ制度や求める人材像について明確に記載されていました。また、職員の研修参加費や関連資格取得の受験費用について、事業所が費用負担されていました。 9・個人目標設定シートを作成することで1年間の研修目標を明確にし、6ヵ月に1回評価しておられました。 10・実習の受け入れ実績はなく、受け入れ体制はありませんでした。				
(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。	C	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・有給休暇取得率や時間外労働をデータ管理されていました。職員の希望を反映し、休暇制度(バースデー休暇)を定められていました。また育児・介護休業について規定し、取得できるよう体制がありました。 12・まごのてグループ全体でカウンセリングルームと契約をされており、職員はメンタルヘルスについて、認定カウンセラーに随時相談できる体制にありました。また、年に1回、カウンセリングチームによる、こころの健康維持を目的とした研修会を開催されていました。グループ全体のレクリエーション企画への助成や、休憩室に職員希望の備品(テレビや給茶セット等)を設置する等の対応が行われていました。				
(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。	C	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。	C	C
		(評価機関コメント) 13・グループの広報誌「MAGONO」を年4回発行し、利用者・家族や地域に配布することで、事業所の取り組みを紹介されていました。 14・地域向けの事業については、具体的な取り組みがありませんでした。				

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・ホームページに事業所概要やサービス利用の流れを掲載されていました。グループ全体のパンフレットを作成し、活用されていました。ラジオ番組でも情報提供されていました。		
(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について記載し、利用者及び代理人から署名・捺印にて同意を得ておられました。成年後見制度や日常生活自立支援事業については、必要に応じて制度利用の提案をされていました。		

(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。	A	A	
(評価機関コメント)		17・独自のアセスメントシートを作成し、利用者の身体状況や生活の様子を聴き取りされていました。 18・サービス提供責任者が月に1回訪問し、利用者・家族の希望を聴き取っておられました。独自に作成されたモニタリングシートは、利用者・家族から評価を書き込んでもらえるよう記入を依頼しておられました。 19・担当者会議で関係機関の専門家と意見交換し、訪問介護計画書に反映されていました。 20・介護認定更新時や状態変化のあった際に訪問介護計画書の見直しを実施されていました。			
(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・退院前カンファレンスの参加や、介護支援専門員を通じて医療情報(看護要約・医師の意見書)を得ることで主治医や関係機関との連携を図っておられました。			
(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	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。	B	B	
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。	B	A	
(評価機関コメント)		22・業務マニュアルや利用者個々に手順書を作成し、業務の標準化をされていますが、見直しの基準については定められていませんでした。 23・個人情報の取り扱いマニュアルはありましたが、保管、持ち出し、廃棄に関する規定がありませんでした。 24・定例会議(月1回)やカンファレンス(随時)で情報を共有されていました。しかし、日々の申し送りについてはミーティングで共有する仕組みが無く、個々でのメールのやり取りのみになっていました。 25・毎月、サービス提供責任者が訪問し、利用者家族と情報交換されていました。利用者宅に「共有ノート」を設置し、体調変化や業務報告等に活用されていました。			
(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。	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・月1回、感染症対策委員会を開催し、感染症に関する知識を伝達されていました。手袋やマスクの着用を義務付け、二次感染予防の対策を講じておられましたが、マニュアルの更新はされていませんでした。 27・事業所内は定期的に職員で清掃を行い、整理整頓されていました。			
(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。	A	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	A
	(評価機関コメント)	28・事故や緊急時のマニュアルが作成されており、マニュアルに基づいた対応が行われていました。年1回、事故対応の研修を実施されていました。 29・事故が起こった際は、原因を分析し対応策を検討されていましたが、マニュアルの見直しは行われていませんでした。また、ヒヤリハットの報告書はありませんでした。 30・災害マニュアルを作成されていました。派遣先を想定し各地域の避難所などを把握され、地域と連携できるように研修会を実施されていました。			

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
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・年1回、職員倫理や虐待・身体拘束防止の勉強会を実施されていました。 32・年1回、プライバシー保護の勉強会を実施されていました。羞恥心に配慮した介護を行うようにマニュアルを作成し、同性介助で対応されていました。 33・基本的には申し込みは全て受入れされていますが、調整ができない場合は、まごのグループ内の事業所に紹介し、対応されていました。				
	(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。	C	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	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・毎月のモニタリングで、モニタリングシートの中に満足度や意向を記入できるように工夫されていました。 35・意見・要望・苦情についての対応は迅速に行われていますが、公開の方法はありませんでした。 36・公的機関の連絡先を重要事項説明書に記載し、外部に相談できる窓口として周知されていました。苦情対応マニュアルを作成し、マニュアルに基づいて対応していました。				
	(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	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。	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・毎月のモニタリング訪問時に、利用者の意向を確認されていますが、アンケートの満足度調査は実施されていませんでした。 38・サービス向上委員会(3カ月に1回)や定例会議(月1回)で、サービス向上について検討されていました。所長会議(グループ内管理者会議)で研修会内容の意見交換や、左京区訪問介護連絡会に参加し、他事業所の情報収集や職員交流に努めておられました。 39・サービス向上委員会にて質の向上について話し合われていますが、具体的な自己評価の仕組みはありませんでした。				