

様式 7

アドバイス・レポート

平成27年12月23日

平成27年10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サクセスフルエイジング 訪問介護まごのて北山 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2) 組織体制 組織図と人事考課基準表、就業規則の業務内容の中で、各職務の役割と権限が明確に定められています。事業所の全職員が参加する職員会議の中で職員の意見が反映されています。まごのてグループ全体での総合開発会議や所長会議、事業所での職員会議等で、意思決定が行われています。</p> <p>(通番12) ストレス管理 グループ内での30歳未満の職員交流会の開催や職場内での食事を毎月実施し、上司に相談しやすい環境づくりを設けています。事業所にシャワー室や仮眠ベッド等もあり、リフレッシュできる空間が整備されています。「こころタイム」という外部カウンセラーと契約し、職員が常に相談できる体制を確保しています。</p> <p>(通番20) 個別援助計画等の見直し 毎月のモニタリングで、利用者の状況を確認しています。基本的に3ヶ月毎に個別援助計画を見直し、その都度利用者・家族に同意を得ています。また、サービス内容変更時などの必要時にも計画書を見直しています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 職場の課題や問題点を毎月の会議で把握しています。全職員が自分の課題や年間目標を発表して職場全体で共有しています。単年度の事業計画書や中・長期計画書は作成されていません。</p> <p>(通番30) 災害発生時の対応 災害発生時の指揮命令系統は明らかになっていますが、地域との連携を意識した訓練などは実施されていません。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取組み 利用者への満足度調査の実施は出来ていません。利用者満足度に関するや担当者や検討会議等の設置も出来ていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「訪問介護まごのて北山」は、まごのてグループの他の事業所で業務を行っていた職員が経営者となり、「障害の有無や心身の状況に関係なく、住み慣れた家で、地域で、生活できるように支援したい」との思いから、平成26年12月に開設した事業所です。事務所は、京都市北区の地下鉄北大路駅から徒歩約10分の堀川通り沿いにあり、20～40代の職員を中心に、高齢者・障害者の365日の訪問介護事業と居宅介護支援事業を北区・上京区・左京区で提供しています。</p> <p>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、11ランクのあるべき姿や給与体系を全ての職員にわ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。</p> <p>グループ全体として学生向けのワンデイ・インターンシップの受入れや若い職員の採用・育成とモチベーションの向上に力を注いでおられ、組織体制やストレス管理等の取組みは特に評価できます。しかし、事業計画の策定や、災害時の対応、利用者満足度の向上の取組みなど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"> ・ 開設して1年目を経過したこの時期に、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程はありませんでした。文書管理規程等の持ち出しや廃棄に関する規程を作成されては如何でしょうか。 ・ 災害発生時の対応として、各利用者の災害時の避難場所を把握して利用者や担当ヘルパーに周知する取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。 ・ 質の向上に係る取組みとして、利用者満足度調査の実施や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、毎年の自己評価をされることをお勧めします。このことにより、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	2670101134
事業所名	株式会社 サクセスフルエイジング 訪問介護 まごのて北山
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)	
訪問調査実施日	平成27年11月24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。	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。	B	A
	(評価機関コメント)			1) 理念や運営方針を明示し、入社時のオリエンテーションで全職員に周知すると共に、事業所内にも掲示している。しかし、利用者や家族への周知は出来ていない。 2) 組織図と人事考課基準表、就業規則の業務内容の中で、各職務の役割や権限が明確に定められている。事業所全職員が参加する職員会議で職員の意見が反映されている。グループ全体での総合開発会議や所長会議、職員会議の中で意思決定がされている。		
(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	B
	(評価機関コメント)			3) 職場の課題や問題点を毎月の会議で把握している。全職員が自分の課題や年間目標を発表して職場全体で共有している。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て自分の課題に向き合えるようにし、年2回の面談で各職員の課題を確認している。業務レベルの課題の設定や、課題をもとにした事業計画の策定は出来ていない。		
(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組みを行っている。	B	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。	B	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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	B	A
	(評価機関コメント)			5) まごのてグループ内の企業経営者が集まり、研修会や勉強会を開催して制度内容や法令等を学習している。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が、関係法令のリスト化は出来ていない。 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。年2回の職員面談等で職員からの意見を聞く機会を設けているが、経営者自らの行動を把握・評価・見直しする仕組みはなかった。 7) 管理者は、常に事務所で随時状況を把握し、事務所不在時には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) 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、医療的ケアに対応できる職員育成のために喀痰吸引研修にも積極的に受講させている。 9) キャリアパス制度を導入し、グループ内や職場内での研修体系を定めている。職場内で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。外部研修の情報を事務所内に掲示し、希望する職員には費用を職場で負担し参加させている。 10) 実習生を受け入れる体制は整備して、インターンシップの学生を積極的に受け入れているが、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。	B	B
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		11) 有給の取得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。介護休業を職員が利用した実績もあり、育児休業へ取組み案内を職場内に明記している。職員の負担軽減や介護機器の活用等の工夫は出来ていない。 12) グループ内での30歳未満の職員交流会の開催や職場内での食事会を毎月実施し、上司に相談しやすい環境づくりを設けている。事業所にシャワー室や仮眠ベッド等もあり、リフレッシュできる空間が整備されている。「こころタイム」という外部カウンセラーと契約し、相談体制を確保している。		
(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、利用者と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) ホームページや地域に配布する「くらしの友」の中で事業所の広報を行っている。事務所前にピラを掲示し広報している。 14) 地域に対して車イスの無償貸出しや無料相談等を宣伝しているが、講習会や研修会は実施出来ていない。		

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)パンフレットや事務所屋外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。	B	B
		(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適切に説明し、同意を得ている。成年後見制度や日常生活支援事業への周知や広報は出来ていない。		

(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・認知症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。毎年アセスメントを実施し、状態が変わった時はその都度アセスメントを実施している。 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)PTや看護師などの専門家からの意見を収集し、援助計画に反映している。ケアマネジャーと連携し、専門家等からの意見を個別援助計画に反映させている。 20)毎月のモニタリングで、利用者の状況を確認している。基本的に3ヶ月毎に個別援助計画を見直し、その都度同意を得ている。サービス内容変更時などの必要時にも見直ししている。		
(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、理学療法士や看護師等と連携している。エリアマップを常備し、地域包括支援センター等とも連携している。		
(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。	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。	A	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)訪問介護業務や事故対応、衛生管理・感染症マニュアル等が整備されている。開設1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)利用者状況の把握のために、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。管理者やサービス提供責任者、現場担当者が支援についてその都度話し合っているが、ケアカンファレンス等の開催は出来ていない。 25)自宅に設置している申し送りノートや毎月1回のサービス提供責任者訪問等で、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。	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)		26)衛生管理・感染症マニュアルを作成し、職員にも周知している。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。感染症の最新情報の入手やマニュアルの見直しは出来ていない。 27)掃除を定期的に行い、事業所内は整理・整頓されて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
災害発生時の対応	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。	C	B
(評価機関コメント)		28)事故・緊急対応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。毎月の報告会で事故の原因や解決策、事故防止策等を話し合って全職員で共有している。 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。	B	B		
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や職場内の勉強会で徹底教育している。身体拘束禁止の明示や虐待防止についての職員への周知が出来ていない。 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。マナーやプライバシー配慮等の職場内研修を実施している。 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、医療的ケアの必要な利用者も受入れている。エリア外等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。	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	B		
(評価機関コメント)		34)サービス提供責任者が利用者宅を毎月訪問して、意見や要望等を聞いている。電話やメールなどで連絡があった意見や要望などにも迅速に対応している。 35)利用者の意見・要望・苦情などの対応方法が定められ、必要時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。利用者の意見・要望・苦情や改善状況の公開が出来ていない。 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。	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スタッフ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。	A	B		
(評価機関コメント)		37)利用者への満足度調査の実施や担当者の設置は出来ていない。 38)事業所内の報告会・勉強会でサービスの質の向上について話し合っている。グループ内の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)定期的な第三者評価の受診や管理者とサービス提供責任者で質の評価を話し合う体制はあるが、自主点検以外の年1回の自己評価は実施出来ていない。				