

アドバイス・レポート

平成29年10月23日

平成29年 8月17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた まごのて右京 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11) 労働環境への配慮 外部講師を招き、職員を対象としたヨガ教室を事業所で定期開催し、職員のリフレッシュや負担軽減を図るなど、職員が働きやすい環境づくりに積極的に取り組まれています。また、バースデイ休暇制度や健康器具の設置など、職員が意欲的に働ける労働環境に配慮されています。</p> <p>(通番13・14) 地域との交流 広報の具体的な取り組みとして、毎月2回コミュニティーFM局の放送枠を活用し「利用者の家族の声」等の発信をし、利用者や地域との交流に力を注がれています。 また、障害者の日常生活的な生活課題をテーマとしたセミナーを障社研（障害をお持ちの方の社会的地位を取り戻す研究会）と共同開催されています。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情の受付 利用者宅に大学ノートを設置し、利用者本人や家族と事業所ヘルパーとの交換ノートとして活用されています。率直な意見や要望や苦情など記入してもらい、個別に対応することを大切にされています。またサービス提供責任者が必ず、月に1回は訪問して利用者の声を聴くようにしています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 グループ内で組織体制や運営理念は明確化されており、会社（事業所）の管理者としての役割と責任も明文化はされていますが、会社（事業所）としてどういう方針でサービス提供をしていくのか等についての運営方針がなく、決定する仕組み等も明文化されていませんでした。また管理者に対して信頼を得ているかどうかの把握や評価をする仕組みもありませんでした。</p> <p>(通番17) アセスメントの実施 アセスメントは定期的に行われていますが、利用者ニーズ等を明らかにする手続きが定められておらず、適切な記録はされていませんでした。利用者の心身状況や生活状況等の把握に関して、申し送り等も全てメールのみに残されており、書面化はされていませんでした。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み サービス提供責任者により利用者の満足度は個別訪問にて把握し、介護主任や管理者への報告及び改善策をとられています。が、「利用者満足度向上係」が設置されていても検討会議等はなく、満足度の検証等がされていませんでした。</p>

「訪問介護まごのて右京」は、2011年8月に「グリーンライフ株式会社」を桂事業所として開設され、2014年10月に西京区嵐山から現在の場所に移転し、名称も「訪問介護まごのて桂」から変更されました。この年には「きょうと福祉人材育成認証制度」で認証されています。現在は、西京極の四条通りに近い住宅街で、元はスーパーだった店内を自分たちで壁塗りなど改修し、広い事務所を構えています。その事務所を活用し、ベッドなど福祉用具を置いて身体介護の研修場所として、また大きなスクリーンを設置し座学の勉強会を開催されています。他に簡易な健康器具も置いて、職員の腰痛予防や筋力強化にも配慮されていました。働きやすい環境が職員のモチベーションとサービスの質に繋がるという管理者のモットーです。また、管理者が現場を知らない利用者や職員を理解し、質の向上は図れないと自らもサービス提供を実践しながら、利用者の意向や職員の思いを把握し、事業所の質向上に努めておられます。地域で暮らす高齢者・障害者の日常生活を支えるため、職員の研修や労働環境に特に力を入れておられ、365日24時間のサービス提供を実施し、地域になくてはならない事業所として評価を得ています。

一方で、サービス提供に重点置きながらも事業をしていく上で、運営に伴う記録や更新が明確化されていない点があり、書類整備の工夫等が必要と感じました。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

具体的なアドバイス

- ・グループとしての方針等は職員に周知されていますが、事業所としての姿勢、方針等を明確化し全職員で共有し、さらに働きやすく働きがいのある職場となるように取り組まれることに期待します。例えば、「グリーンライフ株式会社 中長期計画」に掲げる目標数値がありますが、単年度の事業計画も作成し職員に明確に示すことで、職員も事業所としての理念や目標の実現に向けて着実に実行できる姿勢となり、それが事業所の体制基盤強化に繋がります。

- ・サービス提供に適切に取り組まれています。さらに手続きを定め、記録化等を進め、情報の蓄積、共有化に取り組まれることが望まれます。利用者のニーズや課題等、申し送りや引継ぎなどはメールで共有されるしくみになっておりますが、内容は携帯電話を確認することになり、担当ヘルパーと管理者の状況確認に留まっています。担当者が状況によっては変わることも想定すると、全職員が一定の手続きにおいた記録をとり、情報を共有されることが必要と思われる。ケース検討会や個別援助計画の見直しにおいてもその記録により話し合い、経過を辿ることもできますので、職員には「手続き」や「基準」を示していかれることをお勧めします。

- ・利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てることに重要性を理解し、利用者訪問等で個別に意向や苦情等、現場における聞き取りをされ改善に努めておられます。しかし事業所として、「利用者満足向上係」も設置されていますが、それが事業所の質の改善において機能していないようでした。是非、個別だけでなく、事業所として満足度を把握し、分析や検討して改善されたか確認できる仕組みをつくり、益々のより良いサービス提供できる事業所として発展されることを期待いたします。

※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	2674000662
事業所名	訪問介護まごのて右京
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)	
訪問調査実施日	平成29年8月29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. 経営理念は、ホームページに掲載されている。職員には入社の際や人事考課面談の際に周知している。 2. 幹部会議や全体会議、安全管理委員会は定期的開催されているが、会議の名称、内容を定める規定の整備や会議議事録が確認できなかった。			
(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。	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. 中・長期経営計画は定められているが、サービスの質の向上に向けた単年度の事業計画等の作成が確認できなかった。 4. 各業務を各役職に合わせたランクに分け、ランクごとに職員の役割に応じた課題の設定がされている。			
(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	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。	A	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		5. 法改正情報等を職員で都度共有されているが、リスト化して職員がすぐに調べられるような環境整備はされていない。 6. グループ内で組織体制や運営理念は明確化されており、事業所の管理者としての役割と責任も明文化はされているが、事業所としては運営方針がなく、決定する仕組み等も明文化されていない。また管理者に対して信頼を得ているかどうかの把握や評価をする仕組みもない。 7. 運営管理者が事業所を離れる場合に、携帯電話を所持し、常に連絡がつく体制がとられている。			

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	B
		(評価機関コメント)		8. 人材こそが最も重要な経営資源であるとの考えに基づき人事考課制度を採用している。社内勉強会に力を入れ、外部研修受講の奨励と費用負担もしている。また採用後の資格取得の推進のために、勤務シフトの配慮をしている。 9. 外部で実施される研修の情報を職員に提供し、また職員ごとに個別の研修計画を定めている。 10. 養成校から実習生を受け入れているが、受け入れに関する基本姿勢の明文化等がされていない。		
(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、職員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. 外部講師を招き、職員を対象としたヨガ教室を事業所で定期開催し、職員の負担軽減が図られている。職員が自主的な研修企画をすることで意欲を高める仕組みとなっている。 12. 職員のメンタルヘルスの維持のために、職員が外部のカウンセラーに相談できる機会をつくっている。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 広報の具体的な取り組みとして、毎月2回コミュニティFM局の放送枠を活用し「利用者の家族の声」等の発信をし、利用者や地域との交流に力を注いでいる。 14. 障害者の日常生活課題をテーマとしたセミナーを障社研(障害をお持ちの方の社会的地位を取り戻す研究会)と共同開催している。		

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	B
		(評価機関コメント)		15. ホームページやパンフレットで事業所の情報提供をし、内容も「月間動画ニュース」等、充実し更新もされている。利用者の問い合わせ等に対し、個別の状況に応じて対応しているが、その対応等の記録が確認できなかった。		
(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、利用者にわかりやすく説明し同意を得ている。	A	B
		(評価機関コメント)		16. サービスの費用負担等について説明し、書面で同意を得ている。成年後見人との利用契約の締結はしているが、成年後見制度等の活用推進のための仕組みが整備されていない。		

(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	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. アセスメントは定期的に行われているが、利用者ニーズ等を明らかにする手続きが定められておらず、適切な記録はされていない。利用者の心身状況や生活状況等の把握に関して、申し込み等も全てメールのみで文書化はされていない。 18. 訪問介護計画の作成にあたっては、サービス担当者会議に出席し、本人又は家族の希望を確認し、内容について同意を得ている。 19. 常に介護支援専門員との連携をし、ケアプランをベースにした訪問介護計画書を作成している。医療的ケアについては、主治医からの指示書により対応している。 20. 訪問介護計画に沿ってサービス提供がされているが、計画の見直しを行う時期、手順や計画を変更する基準が定められていない。		
(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. サービス担当者会議には必ず出席し、医師等が欠席の場合も照会を頂いて、医療的な支援体制の確保をしている。地域の関係機関や団体とは介護支援専門員を通じて情報入手や提供を行っている。		
(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、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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. サービス提供に係る標準的なマニュアルが作成され、実用的な表現となっているが、見直しの基準もなく、見直しされていることの確認ができない。 23. 利用者ごとの介護サービス実施記録（テレッサ）に記録し、内容はサービス実施計画に基づいている。記録は施錠されたキャビネット内に保存されているが、持ち出しや廃棄等の管理規定等はない。 24. 職員間の情報伝達はメールを活用し、ケース会議で利用者ごとの情報を話し合い共有している。 25. サービスの内容については、介護サービス実施記録（テレッサ）で共有し、それ以外の連絡や報告等は、利用者宅に連絡ノートを置いて情報交換をしている。		
(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、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. 感染症等に関する「衛生管理マニュアル」が整備され、勉強会も実施されているが、マニュアルの更新はされていない。 27. 週1回は所内清掃を全員で実施している。それ以外に、サービス提供の少ない職員が専門的に清掃に当たっており、整理・整頓され、清潔が保たれている。		

(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	A
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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 「事故発生・ヒヤリハット対応マニュアル」「緊急時対応マニュアル」が整備され、ケースについては全体会議で共通認識を持ち、実践的な勉強会も実施している。 29. 「事故発生・ヒヤリハット報告書」に対応策なども記録されているが、再発防止のために、マニュアルや事故防止等の見直しには活用されていない。 30. 「災害時対応マニュアル」も整備され、そういった緊急時に地域の方にも提供できる介護用品を備蓄しているが、地域との連携を意識したマニュアルはなく訓練も行っていない。		

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

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	B
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. 利用者の人権や虐待防止、また身体拘束等の勉強会を実施し、個別ケースではケース会議で検討している。サービス内容については、サービス提供責任者が必ず利用者と面談し内容をチェックしている。 32. プライバシー保護や羞恥心への配慮は入職時の研修や、支援同行の際に指導及び助言をしている。職員同士での取り組みについての勉強会等はされていない。 33. 利用者を選ぶことはなく、医療処置の必要な利用者の受け入れ体制もある。距離的など対応が難しい場合は、グループ内のほかの事業所を紹介することもある。		
(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。	B	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. 利用者と事業所の交換ノートに意見や要望や苦情など記入してもらうようにしている。またサービス提供責任者が必ず、月に1回は訪問して利用者の声を聴くようにしている。 35. 「苦情相談マニュアル」に利用者の意向に対する対応方法が定められている。また「苦情相談報告書」に記録され、サービス提供に役立っているが公開される仕組みはない。 36. 重要事項説明書により公的機関等に相談や苦情を訴えるための窓口を利用者及びその家族に周知している。		
(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	B
(評価機関コメント)		37. サービス提供責任者により利用者の満足度は把握し、介護主任や管理者への報告及び改善策をとっている。利用者満足度向上係りが設置されているが、満足度調査は実施されていない。 38. サービスの質の向上については、毎月のケース会議、全体会議、まごのてグループの所長会議で検討や情報収集をしている。幹部会議を通して全職員に伝えるしくみになっている。 39. サービス提供状況の質の向上のため、幹部会議では評価を含む話し合いをしているが、課題を明確にして次年度の事業計画には反映されていない。		