

## アドバイス・レポート

令和 2 年 7 月 3 日

令和 2 年 2 月 1 0 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 tango nonno nonna ケアサービスののののんな 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><b>1) 事業計画等の策定</b> 地域課題や人口動態を分析し、今後の事業展開を示した「複合型地域包括的『ソーシャルコミュニティケア事業』概要版」、3年先を見越した中期計画「民間施設が取り組む『新しい介護予防の拠点』事業」があり、それに基づき単年度事業計画が立案されています。事業計画に対する振り返りは年2回実施され、また管理者研修を通じて年間の振り返りを行い、課題を明確化し、次年度の事業計画に反映されました。管理者育成には特に力を入れ、数年かけて継続研修を実施してスキルを高め、会社としての足並みを揃える努力をしていました。</p> <p><b>2) 継続的な研修・OJTの実施</b> 年度ごとの研修計画に基づき、ヘルパー会議を通じて事業所内研修を実施しています。個人別の「職員能力評価シート」を活用したOJTや、外部の指導者育成プログラムへの参加などを組み合わせて、人材育成に取り組んでいます。さらに、生活リハビリなど職員個々の要望に沿った勉強会も適宜実施しています。資格取得に係る費用については事業所が全部または一部負担し、取得状況によって給与の俸給が変わる仕組みになっているなど、人材育成を重視し手間暇をかけていることがわかりました。</p> <p><b>3) 事業所内の衛生管理等</b> 新たな拠点が完成するまでの仮住まい的な事務所ではありますが、ファイルやフロアを色分けするなど、こだわりを持って整理整頓に努めています。職員が働きやすいよう、空間をうまく活用してファイルを取りやすくするなど、様々な工夫が見て取れました。掃除は職員の当番制で、換気にも気を付けていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>2)地域への情報公開</b>        ロコミ重視の考え方から、注目を浴びすぎないように広報誌やホームページはあえて作成せず、SNS (facebook) を通じて情報発信している。SNSでまめな情報発信をしているが、SNSは登録していない人には届かない媒体であり、広報誌やホームページなど誰でも見ることができる媒体で広報することを検討されてはいかがでしょうか。また、情報の公表の周知もできていないので、今後の課題として改善が望まれます。</p> <p><b>3)利用者満足度の向上の取組み</b>        移転直後ということもあり、意見箱が未設置でした。ヘルパーと利用者との間に何でも言える関係性を構築することによって、意見を引き出すよう努めているとのことですが、利用者満足度調査は実施できておらず、組織的に検討する仕組みもありませんでした。サービス提供責任者が各家庭を個別訪問する仕組みを全体に拡げることによって、意向や満足度を引き出す取り組みを進めていくとの意向ですが、直接言いにくい意見を引き出すという意味でも、利用者満足度調査の実施を検討されてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「ケアサービスのんののんな」は、株式会社tango nonno nonnaが運営する、開設6年目を迎える訪問介護事業所です。創業10年を迎える株式会社tango nonno nonnaは、「ソーシャルコミュニティケア」を標榜し、京丹後市に根を張り、社会福祉法人ではできないことを民間の力を使いながら、柔軟で魅力と活力ある、利便性と質の高いサービスを提供しようとされています。</p> <p>また、人材育成を重視されており、京都府内の民間では数少ない介護職員初任者研修の実施機関です。平成30年には「京都わかもの自立応援企業」の認証を受けています。</p> <p>創業以来、「デイサロンのんののんな」（地域密着型通所介護）、「ケアプランのんののんな」（居宅介護支援事業）、「ヴェント・ソッリーゾ」（お弁当宅配サービス）などの事業展開に加え、京都府から様々な事業を受託されています。さらに、令和2年には、20年来の構想を結実させた、複合型地域包括的「ソーシャルコミュニティケア事業」の拠点となる「TANGOミモザ館」、さらに「ばんび～のばんび～な」（企業主導型保育事業）を開設予定など、設立以前からの構想を着実に実現しており、今後ますますの発展が期待される所です。</p> <p>気づいた点は以下のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・独自のこだわりを持ち、長期的な視点を持って、着実に事業実績を積み上げていますが、個別援助計画を変更する際の基準や、計画に連動した記録、法令のリスト化、支援の振り返り、事故後の検証・評価といった細かなところに、改善の余地がありました。</li> <li>・管理者が職員一人ひとりに語りかけることのできる現状の規模であれば、支障なく運営できますが、今後、事業規模が拡大した場合をふまえて、上司・部下相互の評価をする仕組みや、事業内容に係る自己評価の仕組みなどを構築され、書面に残す工夫してはいかがでしょうか。</li> </ul>

※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	2673300220
事業所名	ケアサービスののののんな
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)	居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	令和2年4月10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
<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。	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) 理念はパンフレットに明記されている。たぐさんの言葉を使うとぼやけてしまうので、簡潔に伝わるよう工夫している。雇用契約書・誓約書にも示している。理念に沿った支援が統一できるよう、グループLINE等を活用しながら周知を図っている。月1回の定例会や個々の研修、面談等で職員への浸透を図っている。重要事項説明書を用いて利用時に説明は行っている。ロコミ重視の考え方から、注目を浴びすぎないように広報誌やホームページはあえて作成せず、SNS (facebook) を通じて情報発信している。事業の見える化が今後の課題。 2) 組織図・職員配置図、「役割分担」で組織の体系や役割が明示されている。気づきと振り返り、個々のプログラムを考えるための週1回のミーティング、常勤も登録ヘルパーも交えた月1回のヘルパー会議、定例会議等で情報を集約し、案件によっては月1回の管理者会議、役員会に上程する。			
<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	A	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		3) 3年先を見越した中期計画があり、それに基づき単年度事業計画が立案されている。管理者研修を通じて年間の振り返りを行い、課題を明確化し、次年度の事業計画に反映している。 4) ヘルパー会議であがった日々の課題はグループLINEを通じて共有し、解決を図っている。管理者育成には力を入れており、数年かけて継続研修を実施し、スキルを高め、足並みを揃えている。事業計画に対する振り返りは年2回実施しており、軌道修正しながら次回計画に繋げている。			
<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り組みを行っている。	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、いつでも職員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) 管理者は集団指導への参加や、WAMNETの閲覧、京丹後ケアクラブへの参画などによって情報収集しており、グループLINE、定例会を通じて周知を図っている。個人情報保護や虐待、ハラスメント等、注意事項は書面で配布して読み上げたり、定例会議の中で研修を実施している。法令をリスト化したものは確認できなかった。 6) 管理者、責任者、サービス担当責任者等の役割は「ヘルパー役割分担」に明記されている。会議には決定権者である管理者が参加し、必要に応じてスーパーバイズや助言を行っている。職員数が少ないこともあり、仕事のことだけでなくプライベートのことも含めて、LINEを通じて相談を受けたり、適宜場所を変えて面談をする機会がある（常勤4名、登録6名）。人事考課制度については、現在基準通りに着手しているところではあるが、現時点で職員が上司を評価する仕組みは確認できなかった。「京都わかもの自立応援企業認定」を受けている。 7) 管理者は常時携帯電話を所持し、いつでも連絡がとれる体制になっている。緊急時には「緊急事態発生時の対応」のフローチャートや「119番への通報」などの書類に沿って行動するようになっている。管理者はcloudシステム内の「日報」「スタッフ予定管理表」「訪問日程表」を毎日確認し、日々の状況を把握している。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
(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	B
		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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		8) 自前で講師を育てる等、方針は確立しているが、求める人材像について明記したものは確認できなかった。処遇改善加算や特定事業所加算の算定を基本に、常勤比率、有資格者比率を確認しながら運営している。資格取得に係る費用については事業所が全部または一部負担したり、取得状況によって給与の棒給が変わる仕組みになっている。人材育成に力を入れており、「新入職員、実習生等受け入れの手引き」の中に、受け入れにあたっての注意事項を明記している。 9) 年度ごとの研修計画に基づき、ヘルパー会議を通じて事業所内研修を実施している。「職員能力評価シート」を活用したOJTと合わせて、外部の指導者育成プログラムに参加している。ほかにも、行きたい外部研修に参加してもらうようにしており、参加者は報告書を提出している。生活リハビリなど職員個々の要望に沿った勉強会も実施している。 10) 京都府から受託した、わかもの就労訓練生や看護学生の受け入れ実績がある。「新入職員、実習生等受け入れの手引き」に、受け入れに係る必要事項が明示しており、それに沿った指導が実施されている。京都府からの受託事業に沿って、内部で指導者を育成する仕組みがある。		
(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が提供できるよう、職員の労働環境に配慮している。	B	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)		11) 年休取得や時間外労働の状況は法人で把握・管理している。育児休暇の取得実績があり、勤務時間についても柔軟に対応している。スライディングボード代わりにナイロンなどで負担軽減を図っている。 12) ストレスチェックや外部へ紹介する仕組みが確認できなかった。責任者による職員面談を実施し、要望や意向を聞き取る仕組みがある。祝い金や慶弔金、懇親会の補助など福利厚生などの仕組みがあるが、退職金制度はなかった。各々自分の机で休憩を取っている。文書「ハラスメントは絶対に許しません！」により、ハラスメントの相談窓口を周知されている。		
(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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		13) 事業所概要や理念についてはパンフレットで周知し、あえて広報誌やホームページは作っていないとのことだが、情報発信はSNS (facebook) を用いて行っている。情報の公表について事業所内での周知ができていなかった。 14) 京都府若者就労支援事業等の実施、介護職員実務者研修等の講師派遣、お弁当宅配サービス (調査日当日58件) などの実績がある。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
(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) 説明用パンフレットや事業所のしおり、SNSを用いて情報を提供している。事業ごとにカラーで色分けし、箇条書きで簡潔に記載するなど、分かりやすい表記を心がけている。ケアマネジャーを通じ見学の希望があれば、随時対応し、記録に残している。		
(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) 重要事項説明書の中に、「介護保険対象外サービス」の料金表並びに説明が色分けでわかりやすく明示されており、個人情報の使用に係る同意も含め、同時に取っている。利用途中から保佐人がついたケースなどから、成年後見制度につなぐ仕組みがあることを確認できた。		

(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。	B	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。	B	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)		<p>17) 情報提供書から、主治医や看護師、機能訓練等の情報を把握した上で、事業所独自のアセスメントシートによって利用者状況を把握している。定期的に見直しを実施し、必要に応じ再アセスメントを実施している。</p> <p>18) 初期アセスメントについては、本人も含めてサービス担当者会議に参加し、意見を聴取し、計画を作成している。計画は本人または家族に説明し、同意を得ている。</p> <p>19) ケアマネジャー、訪問看護、訪問リハビリなど他職種の意見を踏まえながら、サービス担当者会議の合議の中で、個別援助計画が立案される。</p> <p>20) 訪問の都度、モニタリングを実施し、計画変更の必要性の有無を判断している。計画を変更する基準について明文化されたものは確認できなかった。</p>		
(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)		<p>21) 退院前カンファレンスを実施し、サマリーを受け取っている。関係機関の一覧表が作成されており、いつでも見られるようになっている。京丹後市が主催する研修等に参加して、そこで他機関との関係性を構築し、情報の共有に努めている。</p>		
(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	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>22) 利用者個人ごとに「ケア手順書」が作成されており、それをもとに支援を実施している。追加や変更があった場合は、いったん手書きで追記した上で、更新している。見直しにあたっては、事故や苦情などを反映するようにしている。</p> <p>23) 記録は「ヘルパー利用確認書」に具体的に記載されており、時系列で綴られている。一方で、あとから読み返したときに、個別援助計画に連動した部分を探すのが困難な書き方になっている。「プライバシー保護の取り扱いマニュアル」や、就業規則の中の「服従規律」の項に、個人情報に係る保管や持ち出しについての記載はあるが、廃棄や開示についての記載がなかった。</p> <p>24) サービス計画や個人の記録は、事務所内のファイルを見たり、特に重要な事項はLINEで伝えている。ヘルパーが記録を提出するために事務所を訪れる際に情報の共有を行っている。</p> <p>25) 家族等との面談は、サービス担当者会議の開催時や、訪問時に在宅されている場合などに行っている。サービス提供責任者も定期的に自宅を訪問するよう努めている。連絡ノートでやり取りしているケースもある。</p>		
(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	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)		<p>26) 疾病ごとの対策マニュアルが作成され、国や府の最新情報を踏まえ随時更新し、ヘルパー会議を通じて職員に周知、そのときに研修も実施している。マスクや手洗いを徹底することで、感染者へのサービスも提供している。</p> <p>27) ファイルやフロアを色分けするなど、こだわりを持って整理整頓に努めている。掃除は職員の当番制で、換気にも気を付けている。</p>		

(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 指揮命令系統を明確にした「利用者緊急対応マニュアル」が作成され、各案件別のフローチャートが定められている。マニュアルを配布し、読み合わせをすることで周知に努めているが、模擬的、実践的な研修は実施できていなかった。 29) 事故発生時の関係者への説明や、必要に応じた行政報告はできているが、ヒヤリハット報告書と事故報告書の区別がなく、ヒヤリハットと事故の違いも明確化できていなかった。その結果、事故防止に繋がるような評価、検証ができていない。 30) 指揮命令系統を明確にした法人としての災害発生時の対応マニュアルは整備されているが、事業所としては移転直後ということもあり、まだ作成されていない。訓練についても今後実施する予定である。		

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

#### 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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		31) しおり「はじめまして、こんにちは」の中の、基本的使命・価値観の箇所に、尊厳の保持に関する記載がある。ヘルパー会議の中で、人権に関する研修を実施している。各自が自分の支援方法について振り返り、見直す機会の確保という点では改善の余地がある。虐待防止に関する研修の実施は確認できなかった。 32) 「プライバシー保護の取り扱いマニュアル」が作成されており、また、雑誌「へるばる」のプライバシー特集号をコピーして、ヘルパー会議を通じて職員に周知しているが、研修は実施できていない。 33) エリア外からの申し込みか、スケジュールが合わないとき以外に申し込みを断ることはない。困難ケースやターミナルケアなどの対応は、設立当初からの強みとなっている。		
(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	公的機関等の窓口に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) 契約時のサービス担当者会議や補足の説明時に特に力を入れ、何でも言える関係性を構築することによって、意見を引き出すよう努めている。担当者のペア制度なども実施している。現在は一部実施にとどまっている、サービス提供責任者が各家庭を個別訪問する仕組みを全体に拡げることによって、意向や満足度を引き出す取り組みを進めていくとのこと。重要事項説明書に苦情相談窓口を掲載しているが、第三者委員や運営適正化委員会についての記載がなかった。移転直後ということもあり、掲示がなく意見箱も未設置であった。 35) 苦情に対しては、「苦情対応マニュアル」に基づき、組織的に解決する仕組みが構築されている。苦情は記録に残し、サービスの改善に役立っている。苦情の公開に関する仕組みについては確認できなかった。 36) 事業所以外の相談窓口として、行政や国保連の連絡先が重要事項説明書に明記されている。移転直後ということもあり、利用者の目につきやすい場所への掲示ができていなかった。また、広報誌やホームページも作成されておらず、周知の方法に課題が残る。		
(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	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。	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) 利用者満足度調査は実施できていない。 38) ヘルパーとしてのスタートラインの標準化として、言葉遣いや身だしなみについての研修を実施している。質の向上について、苦情や要望などに対してどのように対応するかをヘルパー会議等で検討し、その結果が個別の手順書に反映される。地域ケア会議などを活用しながら、他法人の取り組みについて情報収集し、比較検討している。 39) 事業内容に係る自己評価の実施については確認できなかった。		