

アドバイス・レポート

令和3年4月12日

令和2年11月1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 紫 Yukari 訪問介護まごのて一条 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 4) 業務レベルにおける課題の設定 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て年3回の面談で確認しています。役員も含め職員全員がそれぞれの役割を持ち、業務レベルの課題を設定して達成状況を定期的に確認しています。</p> <p>(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 経営責任者は常に連絡がとれ、現場職員からの意見を聞いて速やかに指示ができる体制があります。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ます。経営者にもグループ内の面談で自らの行動を把握・評価・見直しする仕組みがあります。</p> <p>(通番 24) 職員間の情報共有 管理者やサービス提供責任者とヘルパーが常に連絡を取り合い、情報を共有しています。毎月のケアカンファレンスや年2回のデスクカンファレンス等で支援について話し合っています。</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でした。</p> <p>(通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービス改善 ヘルパーが現場で聞き取った情報は事務所で上司に報告することを基本としています。緊急性の高い事項は、ビジネス用の情報共有メールを活用して速やかに周知しています。意見や要望、苦情等の受付簿を作成し、職員間で情報共有しているが、公開は出来ていませんでした。</p> <p>(通番 37) 利用者満足度の向上への取組み 利用者満足度については個別訪問の中で管理者やサービス提供責任者が聞き取り、役員会議で検討して質の向上に役立てています。満足度調査は次年度からの実施予定で、調査時点では行えていませんでした。</p> |

| | |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>「訪問介護まごのて一条」は、大学病院や介護事業所で働いてきた看護師が経営者となり、「障害の有無や病気や介護等の状況に関係なく、住み慣れた家で、地域で、最後まで暮らし続け、在宅で看取することを支援したい」との思いから、2019年10月に開設した事業所です。まごのてグループの事業所として、本部や他の訪問介護事業所の経営者からの支援やアドバイスを受けながら、運営しています。</p> <p>事務所は、堀川今出川から徒歩約5分の西陣織会館や清明神社近くの住宅地の一角にあり、管理者と2人のサービス提供責任者を中心に、高齢者・障害者への365日、24時間の訪問介護サービスを提供しています。管理者が看護師であるとの強みを生かし、医療関係者を講師に迎えた毎月の勉強会を実施し、医療的ケアや看取りに対しても積極的に取り組んでいます。</p> <p>まごのてグループ共通の『見える形の人事考課』を実施し、職員のレベルアップを図るために、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し、職員の意欲を喚起していました。また、少人数の事業所でコミュニケーションも取りやすく、経営責任者である管理者の思いや考えが職員に浸透し、リーダーシップを発揮した組織運営が行われています。</p> <p>利用者を取り巻く関係機関との連携や職員間の情報共有等、サービスの提供等の取組みは丁寧に実施されており、特に評価できます。しかし、事業計画の策定や意見・要望・苦情への公開や質の向上に係る取組みなどの面では課題があると考えます。</p> <p>最後まで住み慣れた自宅や地域で過ごしたいと願う利用者を支援する事業所として、今後も利用者のニーズに応えるべく、利用者にとってのより良い環境整備や介護サービスの提供を追及していかなれることを期待します。</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、今後の目標や第三者評価で指摘された課題等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。 ・ 管理者はグループの専門家からの助言を受けながら関係法令を遵守し運営していましたが、関係法令のリスト化は出来ていませんでした。関係法令をリスト化し、書籍やwebサイトで速やかに調べられる環境を整備されては如何でしょうか。 ・ 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そこで聴取した意見や要望等をご利用者にご公開される取組みを実施されることをお勧めします。このことにより、サービスの質の向上が図られ、利用者や家族からの信頼が得られると考えます。 ・ 職員数が少ない中で、現場業務と事務業務を行う管理者を含む役員にかかる業務負担が懸念されます。事業を少しずつ拡大しながら職員を増やし、サービス提供責任者やリーダー職員の育成を行うことで、管理者の負担軽減を図られていくと考えます。 |
|------------------|---|

※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 | 2670201199 |
| 事業所名 | まごのて一条 |
| 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 | 令和2年12月16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 | 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 | A | |
| | (評価機関コメント) | | 1) 理念や運営方針を事務所内に掲示すると共に、入社時のオリエンテーションや毎月の会議等で全職員に周知している。利用者やその家族には契約時や訪問時等で理念や方針を周知している。 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。グループ全体での所長会議、事業所内の役員会議や職員会議の中で意思決定がされている。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。 | | | |
| (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質の向上に向けた計画を策定すると共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。 | B | A | |
| | (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3回の面談で確認している。役員も含め職員全員がそれぞれの役割を持ち、業務レベルの課題を設定して達成状況を定期的に確認している。 | | | |
| (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 | 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) 事業所内で年1回法令に関する勉強会を実施している。管理者が事業に関係する法令を把握し、必要に応じて職員に周知しているが、関係法令のリスト化は出来ていない。 6) 経営責任者は常に連絡がとれ、現場職員からの意見を聞いて速やかに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。経営者にもグループ内の面談で自らの行動を把握・評価・見直す仕組みがある。 7) 管理者は電話やメールで職員とやりとりして、常に状況を把握して必要な指示を行っている。夜間でも携帯電話やメール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)「介護に真摯に向き合えること」を採用基準として採用を実施している。採用後の資格取得支援の体制を整備している。費用を事業所が負担して希望する外部研修に参加できる体制を整備している。 9)個別研修計画を作成し、各職員の受講状況をフォローしている。事業所内研修を毎月実施している。外部研修受講後は事業所内での伝達研修で講師として報告し、学びを深めている。現場業務の不安な点は、必要に応じて同行訪問して指導している。 10)実習生受け入れのマニュアルなど、受け入れに必要な体制を整備している。実習指導者への研修は実施できていない。 | | | |
| (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。 | B | 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)希望休はシフト表に書き込み、必ずとれるように調整している。職員の就業意向を聞き取り、希望に応じた働き方ができるように配慮している。育休、介護休暇などは就業規則に明記して取得できる体制を整備している。 12)在宅医を相談窓口として、職員がその医師に相談し、そこから専門に紹介してもらうシステムが整備されている。年3回の職員との面談と年1回のアンケートで、組織や上司への声を聞いている。事務所にはキッチンや足を延ばして休憩できるスペース、仮眠できるベッド等が整備されている。 | | | |
| (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 | 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)ホームページを整備したり、看板・掲示板で周知している。住宅街の中にある事業所で町内会にも入り、地域とのかかわりを大切に考えている。 14)開設1年余りで、新型コロナウイルス感染症流行期の状況などもあり、地域とのつながりや交流はまだ実施できていない。 | | | |

| 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)事業所の情報をホームページで発信している。事業所前の看板を見て問い合わせがあり、利用に至った例もある。問合せや見学希望にはその都度対応している。 | | | |
| (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、利用者にわかりやすく説明し同意を得ている。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | 16)契約時に重要事項説明書でわかりやすく説明し、同意を得ている。保険外サービスも料金表を整備して、希望する利用には実施している。必要な人には成年後見制度や日常生活自立支援事業について説明している。 | | | |

| (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。 | 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) 所定の様式を用いて、適切にアセスメントを実施し、年1回見直ししている。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) 利用者情報表に利用者や家族の希望を明記している。利用者・家族の意向を基に訪問介護計画書が策定され、同意を得ている。サービス担当者会議に参加している。 19) PTや看護師、医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等で、利用者の状況を確認している。基本的に6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、介護支援専門員や医師、看護師等と意見や情報を交換している。エリアマップや関係機関連絡先一覧表を常備し、行政や関係機関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。 | A | 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 | A |
| 職員間の情報共有 | 24 | 利用者の状況等に関する情報を職員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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 22) 訪問介護業務や事故対応、利用者一人ひとりの支援マニュアル等が整備されている。毎年9月に事故防止策などを活かしたマニュアルの見直しを実施している。 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。記録の保存・保管・廃棄等に関する規定を整備し、年1回記録や情報の管理についての勉強会を実施している。 24) 管理者やサービス提供責任者とヘルパーが常に連絡を取り合い、情報を共有している。毎月のケアカンファレンスや年2回のデスクカンファレンス等で支援について話し合っている。 25) 支援中の会話や自宅に設置している連絡ノート等で利用者家族と情報交換している。管理者やサービス提供責任者等による訪問等で、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等の作成により、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 | 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) 管理者が看護師であり感染症対策への意識が高く、常に最新の情報を収集して感染症対策のマニュアルを整備し、職員にも標準予防策の研修を実施している。訪問時に消毒液・フェイスシールド・マスク・グローブ・エプロン等を携帯している。 27) 事業所内は整理・整頓され、掃除も定期的実施し、衛生的に快適に過ごせる空間に保たれている。 | | |

| | | | | |
|------------|----|--|---|---|
| (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。 | B | A |
| (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、職員がいつでも確認できる場所に設置されている。事故対応の実践的な研修を年1回実施している。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、職員に周知されている。毎月の会議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。事務所に食料等を備蓄している。人工呼吸器装着の利用者が災害にあった場合に対応できる訓練等、利用者の状況に応じた対応を準備している。 | | |

| 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 |

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) 利用者の尊厳保持に関しては倫理規定やホームヘルパー心得に具体的に明記されていて、年3回の人事考課の時に出来ているかいないか振り返っている。虐待と接遇に関する勉強会を年1回必ず実施している。 32) プライバシーや羞恥心への配慮についてはオリエンテーション時や年1回の接遇勉強会で周知している。実際の訪問時に再同行、指導同行訪問を行い、職員が適切に実施しているか確認している。利用者が同性介助を希望される場合は、希望に沿って職員派遣している。 33) ヘルパー派遣依頼の希望に沿えない場合以外は、基本的に依頼は断らずに受け入れている。派遣が無理な場合はグループ内の他の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。 | A | B | | |
| (評価機関コメント) | | 34) 意向は実際に訪問介護の場面で聞き取ることが多く、モニタリングや苦情受付という形で情報収集している。管理者やサ責が個別訪問で面談した時に、意見や要望等を聞き取りしている。 35) ヘルパーが現場で聞き取った情報は事務所で上司に報告することを基本としている。緊急性の高い事項は、ビジネス用の情報共有メールを活用して速やかに周知している。意見や要望、苦情等の受付簿を作成し、職員間で情報共有しているが、公開は出来ていない。 36) 重要事項説明書に公的機関の相談窓口を明記し、利用者等に周知している。事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置出来ていない。 | | | | |
| (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。 | 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スタッフ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) 利用者満足度については個別訪問の中で管理者やサービス提供責任者が聞き取り、役員会議で検討して質の向上に役立っている。満足度調査は次年度からの実施予定で、調査時点では行っていない。 38) 毎月の役員会議で、サービス提供についての問題点、改善策を検討し、日々の話し合いの中で職員に周知し、改善策を実施するように伝達している。グループ内の経営者が集まる会議で、他事業所の取組みを情報交換している。 39) 第三者評価を活用し自己評価を実施している。課題を明確にした事業計画の策定は出来ていない。 | | | | |