

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4年 5月 6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

令和 3年 10月 15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（事業所名）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	<p>通番 1 理念の周知と実践</p> <p>法人理念と事業所理念「利用者様の生活をハッピーにする」、方針等は事務所の掲示板に掲示し、職員会議で周知して常に意識できるように取り組まれています。また、利用者や家族の理解を深めるため、グループのパンフレットやホームページに掲載しています。理念や方針に基づいたサービスを実践するために、職員の資質向上に努め、グループの「キャリアパス制度」により、職種や経験別に職員のあるべき姿を明確にされています。</p> <p>通番 9 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>グループの統合開発室では人材育成を重要視してキャリアアップの価値基準を設置されています。事業所ではその基準に沿って各職員の個別支援計画を作成し、職員研修年間計画書を策定されています。自分の目標や課題が明確であること、研修体制が整備されていることから職員の意識が高くなり、また、年 3 回の役員との面談時に目標と課題の振り返りが行われています。</p> <p>通番 21 多職種協働</p> <p>利用者に関わる関係機関や団体との間で、MCS（メディカルケアステーション：多職種連携ツール）を使って意見交換や情報共有されており、利用者の状態や状況に応じて各関係機関や団体との連携体制が確保されています。</p> <p>また、定期的に施設長、サービス提供責任者、担当ヘルパーとのミーティングを行い、その情報を情報共有ツール（LINEWORKS）にあげ、速やかな情報共有・対応をされています。</p>
--------------	---

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">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 毎月、全職員が参加するミーティングにおいて売上実績や来月の目標などを確認されていますが、文書化された単年度計画としては、関連する課題の抽出等、不明確な点が見受けられます。また、目標の構想はあるものの、その構想を周知し、今後の経営や事業活動の質の向上と実現を図るための、多角的視点の中・長期計画の策定が望まれます。</p> <p>通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護 ケース記録には特記事項がある場合は記載し、必須連絡事項は職員間では情報共有ツール（LINEWORKS）で速やかに共有されています。文書管理については基本的に持出し禁止とされていますが、廃棄や保管等を含めたルールを標準化するための「文書管理規程」の策定が望まれます。</p> <p>通番 30 災害発生時の対応 災害発生時のマニュアルは作成されていますが、訪問先での防災については各個別担当ヘルパーのその時の判断に委ねられており、各個別対応での災害発生時や防災におけるポイントの適正性を確保するための管理体制が望まれます。また、事業所内や地域と連携した訓練は実施されておらず、地域も含めた災害発生時の全職員の行動定着を図るため、訓練等の自所内での実施や地域参加が望まれます。</p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">具体的なアドバイス</p>	<p>「訪問介護まごのて神宮」は、以前は障害児施設に勤務していた現所長が協働者と共に約 5 年前に開設した訪問介護事業所です。「訪問介護の重要性」を根幹において京都府はじめ他府県でも訪問介護事業と居宅介護支援事業をフランチャイズ展開している「まごのてグループ」に加盟してから 1 年半のグループ内では新しい事業所です。グループ本部による経営戦略や人材育成・人事考課のシステムを活用して、所長はじめ職員全員が高い意識を持ち、訪問介護事業に向き合っておられます。</p> <p>事業所は京阪電鉄の神宮丸太町駅からほど近い静かな住宅街のなかにある 3 階立ての一軒家で、1 階は職員のミーティング等を行う多目的スペース、2 階は事務所、3 階は休憩室として活用されています。</p> <p>「まごのて神宮」の特徴の一つとして、職員が 10 人と多くないことから、職員間のコミュニケーションが日頃から活発で、常に意見交換をしている風通しの良さや意識の高さが感じられました。研修体制を充実して育成するという考えを基に、有資格者にかかわらずやる気のある人材を採用し、継続的な研修・OJTの実施により、多様な利用者の受入れを可能にされています。</p> <p>(次ページに続く)</p>

まだ新しく、地域との連携等に課題が見受けられますが、地域に根付き必要とされる事業所として今後発展されることが期待できる事業所です。

以下、具体的なアドバイスについて記載しています。

通番 3 事業計画等の策定

まず、事業所の理念・方針に沿った単年度計画を明確にすることが必要です。毎月のミーティングで確認している収支経営目標をはじめ、ソフト・ハード両面から職員の意見を反映させて作成し、見える化を図ってみてください。

続いて、「質の高い支援を実現する」ための5年後、10年後の中・長期計画を多角的視点から具体的に検討していかれることが望まれます。

通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護

個人情報保護の観点で福祉事業所に求められる対応は年々厳しくなっています。記録の管理は所長を中心に適切に行っておられましたが、今回は「文書管理規程」が確認できませんでした。紙媒体の記録は極力少なくされているため、紙媒体だけではなく、パソコン等の電磁的保存も含めた「記録の保管・保存・開示・破棄」について具体的な「文書管理規程」を作成してルールの周知徹底を図ることが必要だと考えます。

通番 30 災害発生時の対応

近年災害が増加傾向になる中、地域・町内との火災訓練に参加し関係を深めことにより、実際に起きた時にお互いがスムーズに協力し、話し合える関係性を構築出来るとともに事業所内におられる職員の方々の命を守る面でも事業所内独自の訓練と地域の訓練に参加することが望まれます。

※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)

※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	2670601489
事業所名	訪問介護 まごのて神宮
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	2022年 4月 7日
評価機関名	特定非営利活動法人 とらい・あんどぐる

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
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	A	
	(評価機関コメント)		1) グループの理念を基にした事業所理念を事務所に掲示し、職員会議で周知して常に意識できるようにしている。また、利用者や家族には契約時に重要事項説明書に記載した「利用者様の生活をハッピーにする」という理念を説明することで事業所理解を促している。 2) 業務分担表を作成し職務に応じた責任と役割を明確にしている。事業所の役員会議を必要に応じて開催し、決定事項を全職員が参加する毎月のミーティングで周知している。職員と役員の面談を年3回行い、職員一人ひとりの思いを吸い上げている。			
	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) 全職員が参加するミーティングで、毎月、売上実績や来月の目標などを確認しているが、文書化された単年度計画としては不十分であった。また、目標の実現に向けた構想はあるものの、多角的視点から文書化された中・長期計画の策定が確認できなかった。 4) グループの「キャリアパス制度」により、職種や経験別に職員のあるべき姿が明確にされている。また、職員個別の目標設定シート「個別支援計画」を作成し、各職員の目標と課題を明確にして、年3回の面談にも用いて振り返りが丁寧に行われている。			
(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	A	
	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)	<p>5) グループの統合開発室が、法律改正、処遇改正などの情報を各事業所に周知している。必要な法令について資料を綴じて、すぐに調べられるようにしている。専属の社会保険労務士からの提案もあり法令についての勉強会を実施し、サービス提供時の虐待防止には特に意識をしている。</p> <p>6) 「教育及び相談マニュアル」を作成し、職員と役員の面談を年3回の行っている。役員も他の取締役との面談のなかで評価を受けている。日常から職員間のコミュニケーションを大切に意見交換をしている。</p> <p>7) 役員は管理業務と現場を兼務しているので、事業の実施状況は常に確認し把握している。職員全員が情報共有ツール(LINEWORKS)を活用して情報共有し、緊急事態の際は、緊急携帯を常時持つ役員2名が対応している。</p>
--	------------	--

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。	B	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。	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	A
(評価機関コメント)		<p>8) グループの職員採用についての方針により、あえて有資格者優先ではなく、資格の有無に関わらず「やる気重視」で幅広い人材を採用し、職員育成に力を入れている。入社時は「新人研修マニュアル」の読み合わせを行い、職員はキャリアアップの価値基準に沿って外部研修にも参加している。初任者研修は、法人が全費用を負担し資格取得の支援している。</p> <p>9) 職員研修については年間計画書を策定し、キャリアアップの価値基準に沿って外部研修にも参加している。内部でも3か月に1回ほど、テーマを決め他事業所から講師を招き勉強会を実施している。また、職員の気づきに対しても年1回の面談時に助言が行われている。</p> <p>10) 「実習生マニュアル」を作成し、受け入れ態勢を整備している。現在は実習予定がないが、予定が入り次第、実習指導者に対する研修を実施する準備をしている。</p>		

(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	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	B
(評価機関コメント)		<p>11) 日々の残業はほとんどなく、希望休暇が取れるように配慮している。毎月のミーティング議事録に、職員の有給休暇残数などを記録し管理している。就業状況や労働環境の分析は、専属の社会保険労務士に委託している。</p> <p>12) 以前は心理カウンセラーの職員による相談体制があったが、現在は所長の役割として対応している。ストレステスト、ストレス研修は実施されていたが記録が確認できなかった。職員が休憩時間に自由に飲食できる食品や飲料が多く揃えられ、3Fにはマッサージチェアを完備した休憩室があり、環境整備への配慮がうかがえた。</p>		
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。	B	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。	C	C

	(評価機関コメント)	13) 町内会に加入していて、地域の方からの事業についての問い合わせや質問には丁寧に対応している。以前は町内の広報誌に事業所について掲載されたが、現在は閲覧板は閲覧していない状況で町内の活動には参加していない。 14) 地域への事業公開については、訪問介護事業のため内容や方法も難しいと考えており、現在は取り組んでいない。
--	------------	--

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) 介護サービスについては、重要事項説明書に記載して情報提供している。訪問介護に関する相談は相談支援員と同行し、サービス概要などについて詳細を説明したうえで契約している。		

(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	A
(評価機関コメント)		16) 保険外サービスについては、新たに「プライベートケアサービス契約書」を策定し、4月から契約を開始した。重要事項説明書に従来の利用料金やサービス内容に加え、新たに保険外サービスを合わせた説明書を作成し説明している。		

(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。	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) アセスメントは1年に1回実施し、長期利用以外の利用者については3か月に1回、状態変化時には随時ケアプランの見直しをしている。令和4年から新アセスメントシートに移行し、利用者のニーズや課題の把握に努めている。 18) サービス担当者会議に参加し、利用者や家族の希望を反映した個別支援計画書を作成している。 19) 医療的ケアの必要性が高い利用者が増えてきているため、医師や看護師、ケアマネジャーなど関係機関とは「MCS」（メディカルケアステーション）や情報共有ツール（LINEWORKS）などのアプリで情報共有し、直ぐに指示を仰げる体制を整備している。それに加え利用者宅の申し送りノートを活用し、きめ細やかなサービス提供が出来るように工夫している。 20) 個別支援計画書など各種計画書についてはサービス提供責任者が担当し、「更新年間スケジュール」を作成し、ケアプラン、モニタリングなどは半年に1回見直しをしている。		

(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) 医師をはじめ関係機関とは、「MCS」（メディカルケアステーション）を活用して情報共有し、多職種連携の体制を整備している。収集した情報は、所長、サービス提供責任者、担当ヘルパーによる定期的なミーティングの中で、情報共有ツール（LINEWORKS）を使用し確認している。また、利用者個別に関係機関の連絡先を記載している。		

(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、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。	B	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
		22) 個別のサービスごとにマニュアル化し、変更・修正については利用者ごとに内容が異なるため支援指示書に記載している。マニュアルの更新についてはプランなどの変更の際にその都度見直している。個別対応のため標準的な実施方法については基準がなく作成していない。苦情・意見要望などは期間を決めた見直しではなく、必要の際にその都度見直しを行っている。 23) ケース記録には特記事項がある場合は記載し、必須連絡事項は情報共有ツール(LINEWORKS)で情報共有している。文書管理については基本的に持ち出し禁止であるが、緊急時は持ち出し可能とし、情報開示についても、これまで要請はなかったとして文書規程を書面では定めていない。 24) 職員全員が日頃から担当ケースについて積極的に情報交換している。また、申し送り表や利用者ファイルに加え、情報共有ツール(LINEWORKS)を全職員が活用することで情報共有している。新規入力情報がある場合は直ぐにわかるようになっている。 25) 利用者の家族とはカンファレンスの機会に面談し、直接個別に会って情報交換をしている。サービス提供の状況としてモニタリング結果をもとに計画書を作成し、電話やメールなど、時には利用者から直接連絡が入るなど、情報交換に努めている。利用者の意見には直ぐに解決に向けての対応をしている。		

(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。	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) 感染マニュアルを作成している。感染防止対策として、マスクやゴーグルなどを支給し防護服の着脱について職員に研修を実施している。感染症である利用者に対する対応マニュアルは作成できていない。また、二次感染防止についての対策が確認できなかった。 27) 衛生管理マニュアルを作成している。備品の管理は主に所長が担当し、事業所内は職員が使いやすいように備品などが整理整頓されている。		

(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。	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	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) 緊急時対応マニュアルは作成しているが、緊急時に必要となる具体的な連絡先の記載が確認できなかった。利用者ごとの緊急対応は利用者宅に常設している。1年半に1回程度の研修や訓練は実施しているが、事業所内での事故や緊急時の対応について掲載が確認できなかった。 29) 事故やヒヤリハット事項は、情報共有ツール(LINEWORKS)で情報共有し、月1回のミーティングで全職員に周知し、議事録に件数や内容を掲載している。事故報告書には対応が済むまで、経緯が記載されている。 30) 非常災害マニュアルはあるが、訓練は実施していない。また、町内で開催される訓練にも参加できていない。また、個々の利用者に対する非常災害時の対応は、個々のヘルパーの判断に任せられている。		

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
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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		31) 倫理規定を作成している。責任者が京都市の研修（虐待防止・権利擁護研修）に参加し、事業所内で伝達研修を実施した。事業所内に虐待防止マニュアルを掲示し、支援サービスの中で身体拘束禁止を念頭に支援している。 32) 個人情報保護マニュアルを作成している。高齢者のプライバシー・羞恥心に関する勉強会・研修を行っていないが、OJTでの伝承は実施している。今後、新たな情報を取り入れるという観点で研修会にも参加していきたいと考えている。 33) 利用希望があれば、医療的ケアの必要性が高い方も含めて、できる限り要望に応えるように努めている。「ヘルパー変更手順マニュアル」を作成し、担当ヘルパーを変更する際には引継ぎなどの対応をしている。		
(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。	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。	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	A
		(評価機関コメント)		34) 日常のサービスのなかで、利用者の思いを引き出すことを常に心掛けて支援している。また、ヒヤリハット、苦情マニュアルに沿って対応している。不定期ではあるが利用者アンケートを実施して、利用者や家族の意向を収集している。 35) 「相談・苦情対応マニュアル」を作成し、利用者の意向には迅速に対応している。その内容について職員には情報共有ツール（LINEWORKS）を活用して周知しているが、利用者向けの積極的な発信や対応結果の公開が確認できなかった。 36) 利用者が相談できる外部機関については、重要事項説明書に複数記載して契約時に説明している。現在までは外部機関に苦情などが寄せられたことはない。		
		利用者満足度の向上の取り組み	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) 利用者アンケートは実施されている。今後は苦情だけではなく提案や利用者の意向などを出してもらえる機会を提供するという観点で、満足度調査方法やその分析などについて検討し、実施体制を整備したいと考えられている。 38) グループの統合開発室で作成する「キャリアパス表」を掲示し、ヘルパー像を明確化し、サービスの質の向上への効果を踏らている。「人事考課シート」も掲示して、職員の意識向上と啓発に務めている。 39) 初めての受診となる第三者評価の自己評価は、事業所長と役員2名を中心に行った。事業としての自己評価は実施していないので、今後は自己評価を行い課題を明確にして取り組むように検討したいと考えられている。		