

アドバイス・レポート

令和 6年 4月23日

令和 5年12月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（訪問介護まごのて東山）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1) 理念の周知と実践 「まごのてグループ」で組織的に統括されており、加えて本事業所に添った規約やマニュアルも明文化されています。理念やグループでの統一事項や事業所内での周知事項は、職員の目につくところに効率的に掲示するなど、常時職員全員に周知できる体制を整え実践されています。</p> <p>(通番6) 管理者等の責任とリーダーシップ 現場管理者としても管理者会議において経営状況を細かく把握されており、必要な情報の提供等、適切な運営管理がなされています。管理者は、運営や日々の業務共有等にICTツールを活用しており、訪問介護という事業所特性である「見えない所で個々に行われるサービス提供」に対し、状況把握や迅速な指示がなされており、組織としてのガバナンス構築、業務の効率化に成果を上げられています。</p> <p>(通番14) 地域との交流 「訪問介護」の事業所特性として、地域との交流が難しい中、東山地域のイベント「みんなの学校ごっこ」や「まあいいかカフェ（井筒八ツ橋本舗：協力）」といった地域行事や連絡会等へ積極的に参画され、地域情報、介護ニーズの収集に尽力されています。積極的に若手職員のアイデアを取り入れ、ティックトックで広く社会や地域に発信されておられることが確認できました。</p> <p>(通番23) 適切な介護サービスの実施 利用者の治療や支援に関わる医療・福祉関係者がメッセージ機能を使って連絡を取り合えるアプリ「メディカルケアステーション」を媒体として活用されています。他の医療機関、事業所との関係性構築のみならず、利用者のご家族さまが活用できる共有ツールとして有効に活用されており、他の関係者とのより良い関係性づくりやチーム活動のレベルアップにも活用されています。 「LINE WORKS」を上手に活用して、管理者、職員、ご家族、関係者が利用者の状況把握や職員の意見共有に利用しておられるため、丁寧な対応、サービスが提供されています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>(通番26) サービス提供に係る記録と情報の保護 「個人情報」に関わる記録の保管期間、廃棄について明文化した規程などが確認できませんでした。事業所でのマイナールールで運用されているため、規則の明文化が必要です。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>法人本部に存在するマニュアルの確認をお願いします。法人規程としてすでに構築されている業務マニュアルがあれば、共通マニュアルとして、双方向に活用することでさらなる業務の効率化が見込めます。第三者評価受診を機会に、グループにおける共通ルールやマニュアルの確認を行うと共に、法人全体で検討の機会を持つなど、グループ法人の利点を活かした業務システムの効率化を進めていただき、さらなる向上に取り組んでいただくことを期待いたします。</p> |

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|-------------------|
| 事業所番号 | 2670800305 |
| 事業所名 | 訪問介護まごのて東山 |
| 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) | 介護予防訪問介護 |
| 訪問調査実施日 | 2024年2月27日 |
| 評価機関名 | 一般財団法人社会的認証開発推進機構 |

| 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思決定を行い、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) | | 組織の理念及び運営方針については「まごのてグループ 経営理念、組織運営の価値基準」において明文化されていることが確認できた。経営理念は事務所内に掲示し、職員に周知している。重要事項説明書にも経営理念等が書かれており、契約時に利用者やその家族に説明していることが分かった。同法人の各事業所の管理者による管理者会議が月1回開催され、経営状況などを適切に把握していることを聞き取った。事業所内では、全職員による全体会議が月1回開催されており、意思決定に職員の意見が反映されていることを会議録「まごのて東山全体会議」から確認した。 | | | |
| (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質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 | A | |
| | 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 | 4 | 各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。 | A | A | |
| | (評価機関コメント) | | 単年度の事業計画「訪問介護まごのて東山事業計画」に加え、理念及び運営法人・目標の実現に向けて中長期計画を策定していることが「株式会社こみつ 令和1年～令和5年度事業 長期計画」から確認できた。年1回、利用者アンケートを実施し、利用者のニーズや運営の課題・問題点を明らかにしている。管理者は常勤社員に対して年3回、登録社員に対して年1回の面談を実施し、課題や具体的な解決策を盛り込んだ目標を設定していることを聞き取った。 | | | |
| (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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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) | | 遵守すべき法令等は京都市情報館や福祉・保健・医療の総合情報サイト「WAM NET」、厚生労働省等から情報を収集している。それらの情報は、業務用情報共有システム「LINE WORKS」や全体会議で情報共有に取り組んでいることが伺えた。「まごのて東山 職務分担表」から運営管理者の役割と責任が明文化されていることが確認できた。スマートフォンで支援内容や連絡事項を記入できる「かんたん介護ソフト」、 「LINE WORKS」を活用し、職員間で情報共有を図っているため、運営管理者は事業の実施状況を適切に把握していることが分かった。 | | |

| 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

| | | | | |
|------------------------|----|---|---|---|
| 総合的な人事管理 | 8 | 人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。 | A | A |
| 質の高い人材の確保 | 9 | 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 |
| 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 | 10 | 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 |
| 実習の受け入れ | 11 | 実習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) | | 「まごのて東山 キャリアパス表」に期待する職員像が書かれていることが確認できた。登録社員については、技術や知識に応じてS、A、B、Cとランク分けがされている。職員が自らの将来を描くことができるように、月1回の全体研修と階層別研修が実施されていることを「令和5年度研修カリキュラム予定表」「令和4年度 階層別人材育成計画」「令和4年度新規採用者育成計画」「個人研修計画」から確認した。また、実務者研修、介護福祉士、行動援護従業者、喀痰吸引等研修（第3号研修）の資格取得の補助を行なっている。事業所として実習生の受け入れは可能であるが、訪問介護という事業の性質上、利用者の意向もあり（実習生が利用者の自宅まで同行することに積極的ではない）、実質的には受け入れは難しいことを聞き取った。そのため、実習指導者に対する研修などは実施していない。 | | |

(2) 労働環境の整備

| | | | | |
|----------------------|----|---|---|---|
| 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） | 12 | 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 | 13 | 職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、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) | | 常勤社員には年3回、登録社員には年1回、個別面談の機会を設けている。有給休暇のほかにパースデイ休暇も設定している。社会保険労務士と業務提携をし、職員が意欲的に取り組むことのできる労働環境の維持に取り組んでいることを聞き取った。訪問介護の場合、対面による情報共有は難しいが「かんたん介護ソフト」や「LINE WORKS」といったICTを活用することで、スムーズな情報共有を実現させている。 | | |

(3) 地域との交流

| | | | | |
|-------------------------------|--|---|-----|---|
| 地域との連携・ 情報発信 | 14 | 事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。 | A | A |
| 地域との交流 (入所系・通所系サービスの み) | 15 | ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。 | 非該当 | |
| 地域への貢献 | 16 | 事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | 東山地域のイベント「みんなの学校ごっこ」(＝自分の専門・得意分野を持ち寄り、地域住民に対して講義をする)や東山の井筒八ツ橋本舗の協力のもと開催された「まあいいかカフェ」(＝認知症の方が店員となり接客する)に参画することによって、地域でのネットワークづくりに取り組んでいることが「みんなの学校ごっこ」のホームページやチラシから確認ができた。東山区の介護サービス事業者等連絡会に参加し、地域の介護ニーズの状況に関して情報収集を行なっている。 | | | |

| 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 |

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 | 17 | 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) | ホームページやパンフレットを通して、事業所の概要について情報提供をしていることが確認できた。 | | | | | |

| (2) 利用契約 | | | | |
|-------------------|----|---|---|---|
| 内容・料金の明示と説明 | 18 | 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) | | 重要事項説明書や契約書にはサービスの内容や料金等が具体的に記載されている。認知症等により判断能力に支障のある利用者の場合は、成年後見人制度等について口頭で利用者等に説明をしていることが伺えた。 | | |
| (3) 個別状況に応じた計画策定 | | | | |
| アセスメントの実施 | 19 | 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 | 20 | 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 |
| 専門職種を含めた意見集約 | 21 | 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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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 | 22 | 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) | | 利用者の日常的な変化を職員間で逐一共有するため、利用者ごとのグループLINEを設定し連絡を取り合っている。その状況を所定のアセスメント様式に記録していることや利用者、その家族のニーズを支援内容に反映させていることが「訪問介護計画書」「居宅サービス計画書」「週間サービス計画表」から確認できた。利用者の治療や支援に関わる医療・福祉関係者がメッセージ機能を使って連絡を取り合えるアプリ「メディカルケアステーション」を活用し、連携を図っていることが確認できた。カンファレンスは月1回、自宅で行われている。他にもサービス担当者会議を実施し、「訪問介護計画書」の見直しが行われ、その内容は「かんたん介護ソフト」等を通して周知徹底が図られている。 | | |
| (4) 関係者との連携 | | | | |
| 多職種協働 | 23 | 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 |
| サービス移行時の連携・相談対応 | 24 | 利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 「メディカルケアステーション」を通して、関係機関との連携体制が確立され、利用者に関する連絡や意見交換を行うことができていることが分かった。利用者が他サービスへ移行する場合は、継続したサービスが提供できるように配慮した手順と手続きが定められていることを「サービス提供責任者業務の流れ」から確認できた。 | | |
| (5) サービスの提供 | | | | |
| 業務マニュアルの作成 | 25 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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 | 26 | 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 | 27 | 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 | 28 | 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) | <p>サービス提供に係る標準的な実施方法を定めるためのマニュアルを作成していることが「認知症対応マニュアル」「入浴介助・清拭マニュアル」「排泄介助マニュアル」「食事介助とそれに伴う調理方法マニュアル」「口腔ケアマニュアル」「移動介助・外出支援マニュアル」「金銭管理マニュアル」「鍵取扱マニュアル」から確認できた。各種マニュアルの見直しは年1回行われている。一人ひとりへのサービス提供の内容が所定の様式に記載されていることを「訪問介護計画書」「居宅サービス計画書」「週間サービス計画表」から確認できた。職員における個人情報保護の取り扱いについては、「個人情報保護指針」に書かれている。ただし、個人に関する記録の廃棄は慣習的になっており、規程等では明文化されていなかったため、自己評価AをBとした。利用者に関する情報共有については、利用者ごとのグループLINE、「かんたん介護ソフト」で行い、個別援助計画等に反映されていることが伺えた。利用者の家族等との情報交換については、訪問時に日常的に行ない、グループLINEや「かんたん介護ソフト」で情報共有している。「メディカルケアステーション」については、家族等が希望すれば、家族もメッセージのやりとりが可能であり、医療・福祉関係者とも情報交換ができる体制を整備している。</p> | | | |
| (6) 衛生管理 | | | | |
| 感染症の対策及び予防 | 29 | 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 | 30 | 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>感染症予防のために全職員に向けて研修を実施していることを「令和4年度 感染症予防研修資料」から確認した。感染症が発生した場合は「事故報告書（感染症又は食中毒）」で報告し、事業が継続的に実施できるよう「感染症、新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画」を策定している。「まごのて東山 キャリアパス表」に清掃の大切さが書かれており、事務所内は整理整頓が行き届いている。職員2名を物品担当としており、必要に応じて備品の整備が行われている。</p> | | | |

(7) 危機管理

| | | | | |
|---------------|----|--|---|---|
| 事故・緊急時の対応 | 31 | 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 | 32 | 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。 | B | A |
| 災害発生時の対応 | 33 | 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。 | A | A |
| 事業の維持・継続の取り組み | 34 | 大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 「緊急時・事故対応マニュアル」において、事故や緊急時の対応等について書かれていることを確認した。利用者の自宅には緊急連絡表を設置し、事故や緊急時における責任者や指揮命令系統が明らかになっていることが伺えた。事故が発生した場合は、適切に対応をした上で、運営管理者やサービス提供責任者が利用者、家族等に説明をしている。「ヒヤリハット報告書」を作成したうえで事故が発生した要因の分析や解決策を月1回の全体会議で検討し、再発の防止に努めていることを聞き取ったため、自己評価BをAとした。災害発生時における対応や責任者、指揮命令系統については「自然災害発生時における業務継続計画書」に記載されていることが確認できた。食料品や備品等は「備蓄品リスト」にまとめている。消防署と連携し、AED研修を受講している。感染症蔓延予防のために、在宅での消毒の対応の仕方について職員間で周知徹底していることが分かった。 | | |

| 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 | 35 | 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 |
| 利用者の権利擁護 | 36 | 虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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 | 37 | 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 | 38 | 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) | | 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行うために、プライバシー保護や個人情報、権利擁護、虐待、身体拘束に関する全体研修が実施されている。利用者の満足度アンケートを年1回実施し、職員の日常業務を振り返る機会としていることが分かった。利用の申し込みについて、利用者と事業所の条件がうまくマッチングできなかった場合は電話で各居宅介護支援事業所の空き情報を提供している。 | | |

(2) 意見・要望・苦情への対応

| | | | | |
|---------------------------|----|--|---|---|
| 意見・要望・苦情の受付 | 39 | 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、利用者等に周知されている。 | A | A |
| 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 | 40 | 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 | A |
| 第三者への相談機会の確保 | 41 | 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) | | 利用者やその家族からの意向は訪問時に聞き取り、グループLINEや「かんたん介護ソフト」で共有し、全体会議で取り上げている。その他に、サービス提供責任者による定期的な聞き取りを実施し、相談しやすい環境を整えている。利用者の満足度アンケートを年1回実施し、利用者の意向を把握している。重要事項説明書には、各行政区の苦情相談窓口を記載し、口頭でも説明をしている。 | | |

(3) 質の向上に係る取組

| | | | | |
|---------------|----|---|---|---|
| 利用者満足度の向上の取組み | 42 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている | A | A |
| 質の向上に対する検討体制 | 43 | 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 | 44 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | 年1回、利用者の満足度アンケートを実施している。その結果は、全体会議で共有し、ホームページで周知をしていることが分かった。サービスの向上を図るため、研修担当の職員を置き、月1回全体研修を実施している。管理者会議では、サービスの体制、内容、質の評価を行なっている。きょうと福祉人材育成認証を受けている。3年に1回、定期的に第三者評価を受診している。 | | |