

様式 7

アドバイス・レポート

平成25年11月1日

平成25年7月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた『セルフサポート株式会社 訪問介護まごのて西陣』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1～2 組織の理念・運営方針) 理念や経営方針がホームページやパンフレット、事務所内の掲示で周知されていました。組織図や各職務の権限と役割・責任等が明確にされ、会議や委員会も組織的に機能していました。</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6等級11ランクに分け、それぞれの目指す人物像を事務所内の壁に掲示し、常に自分の課題に向き合える工夫がなされていました。年1回の人事考課や面談で、各職員の課題を確認し、仕事の中で成長できる組織体制が構築されていました。</p> <p>(通番25 利用者の家族等との情報交換) 情報交換ノートを利用者宅に設置して、家族と日々の情報交換を行っていました。また、サービス提供責任者による毎月1回訪問で、サービス提供の様子を確認し、意見や要望も聞き取っていました。</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) グループ代表や経営者・管理者の間では事業目標や内容についての話し合いは行われていましたが、単年度の事業計画書や中・長期計画が作成されていませんでした。</p> <p>(通番28 事故・緊急時等の対応) 事故・緊急対応や危機管理等のマニュアルが整備され、ヒヤリハット報告書もきちんと記録されていましたが、事故対応研修や実践的な訓練が不十分でした。</p> <p>(通番37 利用者満足度の向上の取り組み) 利用者の満足度を把握する重要性を認識し、そのためのアンケートは試作されていましたが、満足度調査は実施できていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

まごのて西陣は、平成20年に京都市の上京区、千本中立売と堀川中立売の中間に位置する所に開設された事業所です。20～30代の若い職員が中心になり、高齢者・障害者の訪問介護サービスを24時間・365日提供することで、地域での暮らしを支えています。利用者家族の紹介を通じて、利用者数が年々増加している点から、地域のニーズに応えたサービス提供がされていること、スタッフの熱意が地域に浸透していることが伺えます。

若い職員のレベルアップを図るために、『見える形の人事考課』を実施され、あるべき姿や11ランクの給与体系をどの職員にも分かる形でオープンにすることで、職員の意欲を喚起しておられました。また、利用者からの御礼メールや職員同士の励ましあいメールの公開や月1回の会議での表彰、スタッフ同士の評価によるベスト職員選考など、職員のやる気を喚起する仕組みを整備されていました。現在、京都府の『京都福祉人材育成認証制度』の取得を目指しておられ、優秀な人材確保に向けての事業所の意欲的な取り組みとして評価できます。

しかし、事故・緊急時の実践的な訓練や利用者満足度の向上の取り組みの面では課題が感じられました。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 事業所幹部で話し合われている今後の目標や課題を、単年度の事業計画書や中・長期計画書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つながると考えます。
- ・ 法令についての勉強会やコンプライアンス研修は実施されていましたが、把握すべき法令のリスト化は不十分でした。経営者や管理者が関係法令を常に確認し、職員に法令を教授できる体制を構築することが職員のレベルアップにもつながると考えます。
- ・ 利用者別に記録が整備されていましたが、記録の持ち出しや廃棄に関する規定はありませんでした。個人情報管理規定に持ち出しや廃棄に関する条項も記載し、管理を徹底されては如何でしょうか。
- ・ 事故対応研修や実践的な訓練が不十分でした。訪問時に利用者が急変した場合の応急処置や救命訓練などを学習会に取り入れることが、経験の少ない若い職員には必要と考えます。
- ・ 質の向上に係る取り組みとして、満足度調査を実施されることや、毎年、管理者とサービス提供責任者で自己評価をされることをお勧めします。それにより、サービスの質の向上は図られ、利用者や家族からの信頼が得られると考えます。

※ 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	2670200563
事業所名	セルフサポート株式会社 訪問介護まごのて西陣
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、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年9月13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。	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1)『すべての人々が豊かで幸せになること』等の理念や運営方針をパンフレットやホームページなどで周知している。事務所内にも掲示し、職員全員に周知している。 2)組織図があり、各職務の役割や権限が明確に定められている。役員会議、所長会議、グループ会議等の階層別の会議で組織の意思決定に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	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)今後の事業運営について経営者や管理者間での話し合いが行われ、現場職員の意向が反映された研修計画書は作成されていたが、単年度の事業計画書や中・長期計画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6等級11ランクに分け、それぞれの目指す人物像を事務所内の壁に掲示し、常に自分の課題に向き合えるようにしていた。年1回の人事考課や面談で、職員の課題を確認している。			
(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。	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。	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)法令についての勉強会やコンプライアンス研修は実施されているが、把握すべき法令がリスト化されていない。 6)経営責任者や管理者は常に事務所内におり、現場職員からの意見を聞いたり、指示できる体制がある。利用者カンファレンスや毎月の会議、年1回の人事考課面談などで職員と意見交換している。 7)管理者は、随時状況を把握し、常にメールや電話で連絡がと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。	B	B
		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) 採用後も重度訪問介護養成研修への参加や介護福祉士実技試験対策を支援している。事業所にいる16名の介護福祉士には、できるだけサービス提供責任者の役割を担ってもらうことを方針とし、職員の成長を促している。 9) 職員の意見を聞きながら年間研修計画を作成し、勉強会を開催している。職員のレベルに合わせた個別の研修は実施されていない。 10) 現在は実習生の依頼はなく、体験入社やインターンシップの受け入れをしている。実習生受け入れの基本姿勢は明文化されていない。		
(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、スタッフ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	B
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇や育児休暇を取得しやすいように勤務調整している。休憩室にベッドやマッサージ機が設置され、シャワー室も完備している。 12) 精神保健福祉士による「ストレス緩和を考える会」と題した職員研修会を、毎月開催している。福利厚生係が職員の要望を聞き、食事会やサークル活動を開催している。外部の専門職による相談体制は確立されていない。		
(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) 事業の運営理念や情報をホームページ、パンフレットに明記し、地域や利用者に広く開示している。 14) 西陣地区社会福祉協議会が中心となっている「上京ネットワーク」に参画し、地域とのつながりを大切にしている。他のNPO法人と連携して地域での福祉セミナーを開催したり、ボランティア協会の講師を担当している。		

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	A	
	(評価機関コメント)		15)パンフレットや事業所内の掲示物で情報提供している。見学者や問い合わせには適切に対応している。			
(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)重要事項説明書にサービス内容や料金を明示している。保険外サービス料金も明確にしている。必要な時には成年後見制度の申立てを勧めている。			
(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ている。主治医からの意見や薬剤情報なども記載されている。 18)訪問介護計画書の中に、利用者・家族の意向が記載され、同意を得ている。サービス担当者会議に出席し、利用者・家族の意見を聴取している。 19)主治医の意見書や薬剤情報、退院時サマリー等で、専門家からの意見を聴取している。サービス担当者会議の意見をもとに訪問介護計画書を作成している。 20)毎月のモニタリングで、利用者の状況を確認している。定期的に個別援助計画を見直している。			
(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)ケアマネジャーや地域包括支援センターと連携している。主治医の情報提供書や看護サマリーなどから必要な医療情報を得て、サービス提供に役立てている。			
(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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	A	
	(評価機関コメント)		22)利用者一人一人の支援マニュアルがあり、年1回見直ししている。事故防止対応・感染症防止などのマニュアルが整備され、職員に周知されている。 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が、記録の持ち出しや廃棄に関する規定はなかった。 24)利用者ごとのファイルの中に申し送り欄があり、常に事務所に立ち寄り確認してから訪問に行くことを習慣にしている。急ぎの連絡はメールや電話で情報伝達している。毎月のサービス内容検討会議の中で、検討が必要な利用者の話し合いを行っている。 25)家族との情報交換ノートを利用者宅に設置している。サービス提供責任者が毎月1回訪問し、面談でサービス提供の様子を確認している。			

(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、スタッフ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	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)		26)感染症に関するマニュアルを作成し、必要時に更新している。感染対策係を設置し、訪問時にマスク・グローブなども携帯できるようにしている。 27)事業所内は整理・整頓され、衛生的に保たれていた。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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。	B	B
事故の再発防止等	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。	C	B
(評価機関コメント)		28)事故・緊急対応や危機管理のマニュアルが作成され、職員に周知されているが、研修や実践的な訓練は行われていなかった。 29)ヒヤリハット報告書もきちんと記録されている。事故の原因や解決策を、マニュアルや事故防止策の評価・見直しに活用できていない。 30)大規模災害時マニュアルが作成され、職員に周知されているが、地域との連携を意識した訓練などは実施されていなかった。		

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	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	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)利用者本位のサービス提供、高齢者の尊厳保持などの文言が理念・運営方針に明示されている。虐待防止についての勉強会を行い職員への周知を図っている。 32)プライバシーの保護や羞恥心への配慮を入職オリエンテーション時に周知している。サービス提供責任者との同行訪問時にも教育を徹底している。 33)利用の受け入れに際しては「依頼は断らない」を原則としている。対応が難しい場合には、グループ内の他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。	B	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口にご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)毎月、サービス提供責任者が利用者宅を訪問して、意見や要望等を聞いている。必要時はメールや電話連絡で利用者・家族とやり取りしている。 35)小さな苦情でも上司に文書と共に報告し、必要な時はサービス提供責任者や管理者がお詫びにいくなど組織として対応している。 36)公的機関相談窓口を重要事項説明書に明記し、利用者・家族に周知している。要望や苦情については、小さなものでも迅速に対応している。		
(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。	C	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)満足度アンケートは試作されていたが、アンケートは実施出来ていない。 38)職員のヒアリング等から上がってくる利用者の意向を、ホスピタリティマインド研究会で話し合い、サービスの向上につなげている。所長会議で他の事業所の情報を積極的に収集し、良い点を参考にしている。 39)第三者評価は3年に1回受診しているが、年1回の自己評価は実施出来ていない。		