

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 23 年 5 月 9 日

平成 22 年 9 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（洛和会医療介護サービスセンター山科駅前店）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>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</b>  年間研修計画に基づき充実した内部研修の実施や様々な勉強会、事例検討等を行い個々の職員のスキルアップに努めています。研修参加者は報告書を作成し、報告書に「今後職務に活かせる点」等を記載する欄を設け、研修受講者が何のために研修に参加したのかを再確認できるように様式を工夫しています。</p> <p>充実した採用時研修の実施や、実務未経験者には希望により勤務時間内にケアマネ塾(法人内ケアマネジャー養成プログラム)への参加を認め、講義や演習を学ぶ機会を提供しています。受講後はその成果や内容の審査などの力量評価を行い、力量が基準に届かない受講者に対しては再チャレンジの機会を設ける等人材の育成に積極的に取り組んでいます。</p> <p><b>(通番 11) 労働環境への配慮</b>  法人全体で看護・介護・育児休暇の取得を推進しており現在産休から復帰後、育児中の職員が勤務時間の短縮制度を利用しています。職員は希望通り休暇を取得できており、休暇の取得率を含む労働管理については随時確認できるようにコンピューターシステム化され管理されています。年2回移動など職員の就業意向の把握のために自己申告書の提出を行い、個々の職員の意向の把握に努めています。</p> <p><b>(通番 29) 事故の再発防止等</b>  利用者や他者に直接被害が及ばない事務処理上のミスや算定基準を満たせず減算となった場合等も含めて事故（不適合）として捉え、不適合事例として月ごとに集計を行いミスの原因について精査し、職員間で再発の防止に努めています。又、ミスの見直しの際の質についても職員間で協議し、より質の高い見直しとなるよう改善に努めています。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番10) 実習生の受け入れ 法人内看護学校の看護実習生を受け入れ、看護学校で作成された実習指導要綱に沿って指導を行っていますが、実習受け入れに付いての基本姿勢の明文化や実習指導者に対する研修などは行われていない状況です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番10) 実習生の受け入れ 法人内看護学校の看護実習生を受け入れていますが、実習生受け入れに対する基本姿勢を明確にし、実習指導者に対する研修の実施等、実習生受け入れの為の体制を整備されることが望まれます。</p>

※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	2674100256
事業所名	洛和会医療介護 サービスセンター山科駅前店
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
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	平成 23 年 3 月 2 日
評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター

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。	A	A
		(評価機関コメント)		法人理念は事業所内に掲示を行い、法人理念に基づいた年度単位の行動計画(アクションプラン)を策定しています。管理者は年度初めの全体会議で運営方針(行動計画)について職員に浸透するよう伝達を行い職員間で共有できるよう努めています。理念に沿った運営方針は法人のホームページや広報誌等を用いて広く周知しています。管理者会議、事業所内ミーティング、エリアの代表者会議など、各種会議において意思の疎通が図られ、意思決定方法や個々のケアマネジメント等については組織図に明文化され、組織の透明性が確保されています。		
<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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		管理者は週1回の事業所ミーティング等で各職員の意見を吸い上げ、ISOの年度目標実行計画の策定に反映しています。職員間で目標の達成に向けて取り組み、達成状況を毎月評価しています。中・長期計画として介護事業部全体で「関西一の事業所になる」と目標を掲げて取り組んでいます。その中でも他者に迷惑が及ばない帳票関連のミスについても不適合(ヒヤリハット)として捉えて改善策を協議し、さらにミスの見直しの際の質についても職員間で話し合い、改善に向けた取り組みが行われています。		
<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。	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)		ISOに基づき把握すべき法令等のマニュアルや、京都府の集団指導の資料、行政の法令に関するQ&A等を誰もが確認できるように整備しています。介護事業部で行う法令遵守等の研修に参加して事業所内で伝達研修を行い、守るべき法令等について職員に周知しています。責任者の役割と責任については運営規定に明文化されており、責任者は日々の申し送りや日報、月報等ですべての業務の実施状況を確認しています。緊急時等についてはいつでも指示が出せるように、またそれぞれの職員は休みの場合にも担当利用者について連絡が可能なように携帯電話を所持し、利用者への対応等を伝えることができる体制となっています。責任者は日々の申し送りや週1回のミーティング時等に職員の意見を聞く機会を持ち、場合によっては直接課長に意見や要望を伝える職員もあるなど、意見を言いやすい環境となるよう努めています。		

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>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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)	ケアマネジャーの実務未経験者には希望により業務時間内に法人内のケアマネ塾(ケアマネジャー養成プログラム)へ参加してもらい、講義や演習等を学ぶ機会を設けています。受講者の成果や内容の審査などの力量評価を行い基準に届かない受講者に対しては再チャレンジを行って貰うなど、人材の育成に取り組んでいます。年間研修計画に基づいた研修を実施すると共に参加者は研修報告書を作成し、報告書に「今後職務に活かせる点」等を記載する欄を設けて、研修受講者自身が何のために研修に参加したのかを確認できるよう様式を工夫しています。又、週1回の事業所内ミーティングでの事例検討や月1回のケアマネジャー会議での勉強会等、様々な学ぶ機会を設けています。実習生の受け入れについては法人内の看護学生を受け入れており看護学校作成の指導要綱に沿って実習指導を行っています。			
		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	A
		(評価機関コメント)	労働管理についてはコンピューターでシステム管理されており、就業状況は随時確認できる仕組みになっています。年2回自己申告書の提出により異動等の希望について把握し、申告書を基に個人面談を行っています。又、悩み等があれば必要に応じて随時個別面談を行っています。法人全体として看護・介護・育児等の休暇取得を推進しており事業所職員の中に産休から復帰して、育児中の為に勤務時間の短縮制度を利用している対象者がいます。福利厚生についてはむつみ会(法人内互助会)によるイベントの開催や、各種クラブ活動があり、又、臨床心理士による相談室の設置、パワーハラスメント等の相談、法律相談などの窓口を設けて職員のストレス管理に努めています。休憩のための専用スペースは設けられていませんが職員数も少なく、交代で電話当番を決めており、職員は気分転換に外出したり、それぞれの机でゆっくり休憩を取るなどして過ごしています。			
<b>(3)地域との交流</b>						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)	事業所前に出版物用ラックを設置して様々な出版物を置き地域の方々に気軽に手に取ってもらい情報を提供しています。法人全体の取り組みとして市民向け講座「らくわ健康教室」の開催では、職員は専門職として企画段階から参加したり、住民健康教室の開催等、多くの地域の方の参加を得て開催しています。在宅サービス実務者会議に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めています。			

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>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)	法人のホームページ、運営規定にサービスの内容について来訪者により分かり易いように冊子を作成しています。			
<b>(2)利用契約</b>						
		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)	契約時に重要事項説明書を用いて分かり易く説明を行い、交通費等の実費についても記載し十分な説明を行っています。現在、成年後見制度や権利擁護などの対象者はありませんが、必要に応じて京都市ガイドブック「すこやか進行中」等を用いて対応を行う予定です。			

(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)		利用者の意向を尊重し個々に応じた個別援助計画を策定しています。サービス担当者会議は利用者本人を含め関係者が参加しやすいように日程調整を行い、個別介護計画の原案を持参して関係者の意見を聞きながら個別援助計画を策定しています。サービス担当者会議に参加できない関係者には連絡票を用いて指示やコメントを貰いながら連携に努め、個別援助計画に反映しています。ケアプラン管理票を用いて中・長期で行うことを把握し易いように工夫し、月1回のモニタリングや定期的な計画の見直し等に漏れが無いように確認しています。また、状態に変化があれば随時モニタリングを行い必要に応じて個別援助計画を見直しています。		

(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)		主治医との連携は地域連携室を通したり、電話や連絡票等を用いて行っています。入退院時はカンファレンスへの参加やサマリーの確認等を通して連携を図っています。地域の他事業所や関係機関の情報は必要に応じて確認しやすいようにサービス種類ごとに分かり易くファイルしています。当該事業所のスタッフの一人が、居宅介護支援事業所連絡協議会の幹事会メンバーであり、連絡協議会の催しに医師会からの参加を得る等協力関係を築いています。行政や地域包括支援センター等とは日常的に行き来し連携を図っています。		

(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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		標準的なサービスが提供できるように、分かり易く記載された業務マニュアルを整備し、年度初めにマニュアルが現状に合っているか見直す機会を持っています。サービスの実施状況についてはモニタリングのための訪問時や各サービス事業所からの報告により得ており、支援経過に詳細に記録をしています。職員によるケースファイルの保管、保存、持ち出しについては業務マニュアルに定めると共に、業務日誌にチェック欄を設けて適切に管理しています。又、記録の管理については研修を実施すると共に、個人情報の保護、開示についても業務マニュアルに定められています。		

(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。	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)		感染症対応マニュアルを整備し、研修を実施しています。利用者・家族・職員に感染症が発症した場合は職員間で情報を共有し、二次感染に至らないよう努めると共に事業所内に消毒液を設置して予防に努めています。事業所内は整理整頓され、清掃は毎朝職員が行い清潔に保たれています。		

(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
(評価機関コメント)		交通事故、感染症、風水害などのマニュアルを整備しています。当該事業所ビル内の各事業所毎に防災管理責任者を定め、ビル全体で年2回実施している防災訓練に参加しています。事故の再発防止については事務処理上の事故、算定基準を満たせず減算となった場合なども含めて事故としてとらえ、事故報告書を作成して責任者への報告を行っています。また月ごとに不適合事例の集計を行い原因を精査し再発防止に努めています。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		人権等の尊重	30	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	31	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	32	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)		法人の理念や事業所の運営方針等の中で人権等の尊重について明記し、介護事業部の研修に参加して、事業所内ミーティング時に伝達研修を行い理解が深まるように話し合い振り返る機会をもっています。毎朝のミーティング時に各自の予定を確認し利用者・家族が来所時の相談業務が重複しないよう調整を行っています。利用者・家族から直接事業所に申し込みがある場合は受け付けていますが、定員やサービス提供エリアの等の関係で申し込みを受けられない場合は他の事業所を紹介するなど適切に対応しています。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	公的機関等の窓口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)		利用者の意向、満足度については、年2回利用者満足度調査を行うと共に、毎月のモニタリングの際や、日々の業務の中で聞くよう努めています。利用者アンケートは事業所で分析・検討して記録に残し、利用者配布用の資料を作り訪問時に持参し利用者・家族に報告しています。提供されるサービスに対する苦情についてはサービス事業所に伝えて改善を求めたり、ケアマネジャーに対する苦情についてはOJT(職場指導)を行ったり、場合によっては担当ケアマネジャーを交代するなどして適切に対応しサービスの向上に努めています。第三者や公的機関の苦情相談窓口は重要事項説明書に明記し、サービス開始時に説明を行っています。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		利用者満足度の向上の取組み	36	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。	A	A
		質の向上に対する検討体制	37	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	38	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2回利用者アンケートを実施し、事業所内でアンケート結果について協議し、アンケート結果を法人の介護事業部全体でデータ化すると共に更に分析・検討を行いサービスの改善に活かしています。寄せられた相談苦情については事業所内で職員間で改善策を検討したり、事例検討の勉強会を行いサービスの向上に努めています。法人の管理者会議や地域の連絡会議などで情報交換に努めています。ISO品質マニュアルに沿って毎月評価を行い、洛和会の内部監査及び法人本部によるすべての業務に関する監査をそれぞれ年1回実施しています。年2回ケアマネジメントにおける力量評価を行い個々の職員が自己の課題を把握して改善に努め、サービスや品質、コンプライアンス等について考える機会となっています。		