

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 4 月 2 日

平成 23 年 10 月 11 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（洛和ヘルパーステーション丸太町）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 4 番】業務レベルにおける課題の設定</p> <p>法人の取り組みとして質の向上プロジェクトが立ちあげられ、「3年に関西一の施設や事業所になる」と目標を立て人材育成やサービスの質の向上に取り組んでいます。また、前年度の事業の評価を行い、課題を明確にして次年度の事業計画を立て、活動状況は毎月評価し、半期ごとに達成度を業績会議でまとめています。</p> <p>教育委員会では研修について、業務委員会では帳票の見直しについてなど、担当ごとに課題を持ち毎月結果を評価しながら取り組んでいます。</p> <p>【通番 9 番】継続的な研修・OJTの実施</p> <p>キャリアパス制度を導入し、経験や職位に合わせた研修を実施し、職員のキャリアアップに向けて取り組んでいます。また、介護事業部の研修に参加したり、事業所にベッドや車いす等を置き実技の演習を行いながらスキルアップに繋がっています。サービス提供責任者</p>
-----------------	--

	<p>が訪問介護員と一緒に訪問し直接指導も行い職員の教育に力を入れ取り組んでいます。</p> <p>【通番36番】利用者満足度の向上の取組み</p> <p>サービス提供責任者がモニタリングで利用者宅を訪問した際や電話で直接意見や要望を聞いたり、年に2回の利用者満足度調査の実施など、意見を聞く機会を作っています。利用者満足度調査の結果をまとめ、意見もらった点や点数の低い点については原因を検討し改善に繋げており、次回の調査結果にその改善の効果が表れているかを確認しています。毎月質の向上プロジェクトの委員会が開催され検討されて内容を、訪問介護会議等で具体化し毎月課題を持って全職員で取り組んでいます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>【通番10番】実習生の受け入れ</p> <p>実習の受け入れについては法人本部に窓口を設置し体制を整えていますが、指導者に対する研修については未だ実施しておらず、またマニュアルの内容については内容の充実に向けて検討しています。</p> <p>【通番28番】事故・緊急時等の対応</p> <p>事故や災害時の対応マニュアルが作成され、実際に利用者宅での事故等の対応についての取り組みは行っていますが、災害の発生時については未だ十分ではなく地域の避難場所の地図の整備や地域の消防署との連携も含めたマニュアルの作成に向けて取り組み始めています。</p>

具体的なアドバイス	<p>【通番10番】実習生の受け入れ</p> <p>実習指導者に対する研修についての機会を得られる事や、マニュアルの内容については内容の充実に向けて検討されていますので、その実現を期待します。</p> <p>【通番28番】事故・緊急時等の対応</p> <p>災害の発生時については未だ十分ではなく地域の避難場所の地図の整備や地域の消防署との連携も含めたマニュアルの作成に向けて取り組み始めています。地域の関係者とも話し合い、更なる充実を期待します。</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	2670300579
事業所名	洛和ヘルパーステーション丸太町
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	平成24年1月30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
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。	A	A
	(評価機関コメント)			法人の洛和会ヘルスケアシステムの理念が掲げられ、運営方針と共に事業所の玄関に掲示し、職員の名札の裏側や封筒に明記しています。非常勤の職員も含め理念や運営方針についての研修を行い、現場の指導の場面でも意識して職員に周知を図っています。ホームページや重要事項説明書に理念や運営方針を明記し、利用者や家族に契約時に説明しています。ISOを取得しており、組織体制が整えられ理事会を始め、教育委員会や業務委員会等の各種委員会が設置され、運営規程に役職やその権限について明確にしています。		
(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。	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)			法人としての中・長期計画の基、介護支援部として質の向上プロジェクトが立ちあげられ、「3年で関西一の施設や事業所になる」と目標を立て人材育成やサービスの質の向上に取り組んでいます。また、前年度の事業の評価を行い課題を明確にし次年度の事業計画を立て、活動状況は毎月評価し、半期ごとに達成度を業績会議でまとめています。教育委員会では研修について、業務委員会では帳票の見直しについてなど、担当ごとに課題を持ち毎月結果を評価しながら取り組んでいます。		
(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組みを行っている。	B	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。	B	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)			遵守すべき法令に関しては品質マニュアルに明記し、行政の集団指導や法人内の法令遵守研修を受け、正しく理解し適切な運営がなされています。職員全員で自主点検を行い、基準が守られているかも確認しています。また管理者の職責については運営規程に明記しており、月に1度の事業所の会議や日々のミーティングの場でリーダーシップを発揮しています。管理者は業務日誌やスケジュールを書いたボードを確認しながら、日々の業務を把握しています。訪問介護士は利用者宅へ直行直帰の勤務であるため、緊急連絡網や連絡体制を整え、必要時に速やかに報告し指示を仰げるように取り組んでいます。		

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	
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)		品質マニュアルに人的資源として人員体制の基準が明記され、実際の常勤職員や非常勤職員の配置を確認しながら体制が整備されています。入職後はキャリアパス制度を導入し、経験や職位に合わせた研修を実施し、職員のキャリアアップに向けて取り組んでいます。また、介護事業部の研修に参加したり、事業所にベッドや車いす等を置き実技の演習を行いながらスキルアップに繋がっています。サービス提供責任者が訪問介護員と一緒に訪問し直接指導も行っています。実習の受け入れについては法人本部に窓口を設置し体制を整えています。指導者に対する研修やマニュアルの整備を検討しています。			
(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	A	
		(評価機関コメント)		管理者が職員の勤怠管理のシステムを用いて勤務状況を把握しています。非常勤も含めて有給休暇が取得でき、育児休暇や介護休暇等の体制が整えられています。また、カウンセリングのシステムや相談室の設置があり、福利厚生制度が充実しており、子育て支援や旅行や食事の補助など様々なシステムを職員は利用しています。事業所の家庭的な和室が休憩室になっており、こたつを置きゆっくり休める空間があります。			
(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。	B	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)		ホームページや広報誌で、事業所のサービスの状況を利用者や地域の方々に伝える事ができるようにしています。情報の公表についても、インターネット上に開示しています。介護技術講習会や健康教室、認知症を考える会等を地域に向けて開いたり、年に1度の法人主催のメディカルフェスティバルで介護相談の受け付けを行っています。			

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	
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)		ホームページや広報誌を利用して、事業所のサービスについて公開しています。広報誌には写真や絵を多く載せ解りやすいものを作成しています。居宅介護事業所のケアマネジャーを通して、利用者に情報を伝える事が多く、ケアマネジャーとの連携を大切にしています。			
(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。	A	A	
		(評価機関コメント)		利用開始に当たっては、重要事項説明書に具体的に料金やサービスの内容等について詳しく載せ、解りやすく説明し同意を得て契約を結んでいます。権利擁護の活用については、個々のケアマネジャーとの連携を図りながら取り組んでいます。			

(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)		利用者の心身の状況や日常生活の活動状況の情報を得てアセスメントを行い、サービス担当者会議に出席し利用者や家族の思いを基に各専門職が意見を出し合い、訪問介護計画書が作成されています。サービス提供責任者は3か月に1回利用者宅を訪問しモニタリングを行い、再アセスメントに繋がっています。再アセスメントの結果計画の変更が必要な場合は、担当のケアマネジャーに提案し、担当者会議を開催し介護計画の見直しに繋がっています。			
(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)		サービス担当者会議には、ケアマネジャーをはじめ各在宅サービス担当者や退院時には主治医、理学療法士等が出席しており、連携が図られています。一人ひとりの利用者の主治医や利用サービス事業所の一覧表を作成し、毎月更新し常に連絡がとれるようにしています。また、地域包括支援センターや行政には疑問やサービスについての相談を行い、連携をとっています。			
(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)		ISO品質マネジメントシステムに準じて業務マニュアル等各種マニュアルが整備されており、スタッフが見る事ができる場所に置いたり研修の資料として活用し、年に1回はマニュアルや手順書の見直しを行っています。訪問介護員は訪問の際に介護計画書を指示書として持ち、それに沿ったサービスを提供し適切に記録できるように取り組んでいます。記録は複写になっており、1部は自宅に置き家族にその内容を伝え、1部は事業所に持ち帰りサービス担当責任者や管理者へ報告し情報の共有に使用されています。			
(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。	B	A	
(評価機関コメント)		感染症マニュアルを整備し、職員は研修を受け知識を身につけています。インフルエンザやノロウイルスなど季節や流行に合わせて法人から通知があり、全職員に周知し感染症予防に取り組んでいます。日々事業所の整理整頓に努め、週に一度曜日を決めて事業所全体の清掃を行っています。			
(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。	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)		事故や災害時の対応マニュアルが作成され、実際に利用者宅での事故等の対応手順は利用者の記録ファイルに置いたり、新人職員にはサービス担当責任者が一緒に訪問し指導するなど、緊急時に適切な対応ができるように取り組んでいます。地域の避難場所の地図の整備や地域の消防署との連携も含めたマニュアルの作成に向けて取り組み始めています。事故や事故に繋がる事例は報告書に記入し、原因や改善策をカンファレンスで検討し、改善状況の確認も行っています。			

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
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
		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)		運営方針に人権の尊重を謳い、職員は人権研修やプライバシーの保護、身体拘束についての研修を受け、日々チェック表を用いて理念や電話対応、接遇、プライバシー等の項目を用いて自己のサービスを振り返っています。サービスの場面では、特に排泄や入浴の支援にあたって羞恥心に配慮するよう研修の中で意識付けられています。また、利用申し込みに当たってはケアマネジャーとの連携のもと全ての受け入れができるように努めています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		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)		重要事項説明書には、事業所の相談窓口や法人、公的機関の苦情相談窓口を明記し、利用者や家族に解りやすく説明しています。サービス提供責任者がモニタリングで利用者宅を訪問した際や電話で直接意見や要望を聞いたり、年に2回の利用者満足度調査の実施など、意見を聞く機会を作っています。出された意見や要望は苦情マニュアルの苦情対応チャートに沿って、適切に対応しその記録を残しています。		
(3)質の向上に係る取組						
		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)		年に2回の利用者満足度調査の結果をまとめ、意見をもらった項目や点数の低い項目については原因を検討し改善に繋げており、次回の調査結果にその改善の効果が表れているかを確認しています。毎月質の向上プロジェクトの委員会が開催され検討された内容を、訪問介護会議等で具体化し毎月課題を持って取り組んでいます。また、年に1度は内部監査を受けており、委員会を立ち上げ自己評価を行ったり、内部監査の結果をサービスに活かせるよう検討し改善しています。更に3年毎に第三者評価を受診しています。		