

## アドバイス・レポート

平成 23 年 4 月 12 日

平成 23 年 1 月 12 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ラポールらくさい 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<br/>と<br/>その理由(※)</p> | <p>○組織的な研修・OJTの実施<br/>法人の人材育成方針が「ホームヘルパーを一から育てる」「質の向上を図るためにはまず研修に力を入れる」としています。その1つとして、事業所内の研修が年10回行われています。<br/>その研修では、ホームヘルパー自身が研修テーマに沿った資料収集・資料作成を行い、当日の講師も務めます。最初は不安や抵抗・拒否もありましたが、講師を務めた後には、本人は達成感や満足感とともに、多くの知識を得たこと等による自信が付きまします。それが職員全体の質の向上につながっています。<br/>また、新人職員研修に関しては、研修内容とそれぞれのマニュアルが、実際に活用可能な詳細な内容で実践に役立つように企画されています。まず、「知識の向上・書類の使用法」として、事業所の概要から介護用語、労務関係等を学び、次に「知識習得」については、プライバシー保護、接遇知識と対応、吸引の技術等を、「緊急時事故対応」では窒息の知識・実技、痙攣発作時対応等までを詳しく習得します。その後、「実技指導」「生活指導」があり、其々の実技には移乗・外出介助、福祉用具取り扱い等種々の実技や、清掃や調理、アセスメントやモニタリングまでが詳細且つ現場に即したマニュアルに基づき実施しています。<br/>ホームヘルパーを一から研修を通じて育てていこうという意欲が感じられました。</p> <p>○ストレス管理<br/>職員の業務上の悩みやストレスの解消に関しては、管理者等がホームヘルパーの業務内容を十分に理解し、対応しています。<br/>業務内容によりヘルパーが気力を無くしている時にもしっかりと話を聴き、適切に対応しています。落ち込んでいる状況を理解した上で、ヘルパー自身がその事柄を前向きに捉える事が出来、新たな活力を持ち職務が遂行出来るように関わっています。職員間の連携や風通しも良く、現場職員のモチベーションの維持・向上に繋がっています。</p> <p>○アセスメントの実施<br/>個別状況に応じた計画策定のためのアセスメントシートは、事業所独自のシートを作成しています。初回・課題分析アセスメントシートでは、利用者・家族の意向、したいことや好きなことが、それぞれ欄外に設定・記載できることで、個別援助計画に本人家族の希望の漏れの無い目標設定を可能とした内容となっています。利用者の尊重・希望を重視したサービスの質の向上に向けた取り組みの一つとして評価いたします。</p> |
|----------------------------------|---|

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p>○地域への貢献<br/>現在は介護技術講習会、介護保険勉強会、3B体操体験会の開催等を地域に公開し、参加を呼びかけています。しかし、事業所の有する機能を地域に還元しているというまでには至っていません。</p> <p>○定期的なケアカンファレンスの実施<br/>訪問介護計画を適切に作成し、必要に応じ見直しを行っていますが、定期的なという状況ではありません。</p> <p>○事故・緊急時の対応<br/>事故や緊急時のマニュアルを作成し、事業所の訓練も行っていますが、地域と連携したものにはなっていません。</p>   |
| <p>具体的な<br/>アドバイス</p>               | <p>本事業所は平成12年に開設された、アンティーク調の装飾品等が目につく、広々とした明るい雰囲気の良い赤いドアが印象的な事業所です。<br/>事務所内は、机と一体化した壁一面の書類棚が有効活用され、多くの書類がきちんと整理・整頓されています。アクセスは便利とはいいますが、利用者一人ひとりを大切にし“信頼できるサービスを”とした理念に、利用者も職員も共に成長していくことを目標として日々努力されています。今後尚一層の発展を期待いたしまして次のことをアドバイスいたします。</p> <p>○地域への貢献<br/>事業所1Fは開設時に障がい者のデイサービス事業を行うことを目標にして、バリアフリーにし、洗面・入浴・排泄等の設備を車椅子対応でも可能なように環境整備しています。しかし、種々の事情によりデイサービスは開設出来ていませんが、12年を経過した今は、職員の日々の努力が実り、近隣の趣味の団体による草花の植え付けや事業所カレンダー等の一般住民による持ち帰りも多く見られるようになりました。地域住民のケアをより充実するためにも、デイサービスの開設に向けた再度の取組みを期待いたします。</p> <p>○定期的なケアカンファレンスの実施<br/>利用者の状況に応じ、必要な情報を関係機関とも連携しカンファレンスを実施しています。再アセスメントシートにケアカンファレンス記録の編入方法を検討中とのことです。これらが整備され、3ヶ月毎の定期的な見直しが行われることを期待したいと思います。</p> <p>○事故・緊急時の対応<br/>事故や緊急時のマニュアルを作成し、訓練も行っていますが、地域との連携を意識したマニュアルが不備のように見受けられます。大災害時の想定も念頭に入れた連絡先の把握のためのマニュアルづくりや避難場所の把握を通して利用者の安否確認が速やかに取れるように工夫されること、利用者の不安を少しでも軽減するためにも日常的に利用者宅への訪問時に災害時の事も予測した支援体制を会話に加えることで安心感の提供がより一層深まり頼られる事業所として利用者の心をつなぎとめられると思われれます。</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                    | 2674000357   |
| 事業所名                     | ラポールらくさい     |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問介護         |
| 併せて評価を受けた<br>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23年3月18日   |
| 評価機関名                    | 社団法人京都社会福祉士会 |

| 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 |
| <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)        |     | 1:理念は、パンフレットに記載されると同時に事業所にも掲示しています。また、『ラ・ポール通信』にも提示をして利用者や家族にも周知を図り「法人理念・信頼できるサービスを」目指して努力しています。<br>2:有限会社「ラ・ポールおとくにケアサービス」の下に「ラポールらくさい」事業所があります。職務権限規定は定められ、職員の職務は明確にされ、透明性を図っています。  |      |      |       |
| <b>(2)事業計画等の策定</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。  | B    | A    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 3:年間事業計画を策定し、研修や勉強会を開催するなどにより目標達成に向け取り組んでいます。3ヶ月ごとに事業計画等の達成状況を確認しています。<br>4:事業計画を業務改善委員会で職員の意見を取り入れサービスの向上を目指す内容として策定しています。業務として取り組むことの多い身体介護や調理に対して課題提起をして改善を図っています。   |      |      |       |
| <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)        |     | 5:管理者は、京都介護支援サポートネットワーク「訪問介護事業所経営者会議」に参加し、積極的に情報収集をしています。又、職員に対して「法令遵守及び倫理」の研修を行っています。<br>6:管理者は、常にリーダーシップを発揮しながらも、ホームヘルパーという職業が一人で利用者宅を訪問し確かな業務をこなしていく責任の重い、又、ストレスの多い仕事と理解して職員に対しては十分に話を聞くように努めています。<br>7:管理者は、職員からいつでも連絡がつく体制となっています。現場で困ったときにすぐにサービス支援に行き対応していることが確認できました。 |      |      |       |

| 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 |
| <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。  | A    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 8:介護福祉士・介護支援専門員の資格取得支援としての勉強会を毎月開催しています。合格者への祝い金・祝い品の制度等があります。<br>9:職員の研修会をホームヘルパー自身が資料収集から作成まで行い、講師となり、年10回開催しています。外部研修への参加費の負担も事業所で行い、勤務上の配慮もあります。<br>10:実習生の受け入れは積極的であり、無料でも受け入れています。実習指導者研修も1回目に受講され人材育成に大変積極的です。 |      |       |
| <b>(2)労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                    |     | 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。   | B    | 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、スタッフが充分に休むことができ、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)    |    | 11:夏休み、年末年始、有給休暇を取りやすくするように配慮しています。就業状況に関してのヒヤリングも行っています。現に介護休業制度を活用して休暇を取得した人もいます。<br>12:職員のストレスケアに関しては、顧問社会保険労務士との委託契約もあります。研修会の後や事業所での昼食やおやつタイムのコーヒーが自由に利用でき、リラックスできる環境を設定しています。                                   |      |       |
| <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。  | B    | B     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 13:事業所入り口に法人理念を掲載した『ラ・ポール通信』を掲示し、情報の公表制度に関しても公開しています。<br>14:介護技術講習会、介護保険勉強会、3B体操体験会の開催等を地域に公表し、参加を呼びかけています。しかし、地域住民に対して相談事業等を実施するところまでは至っていません。   |      |       |

| 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)  |    | 15:ホームページは写真付きで見やすく、また次年度は事業所広報誌の発行に取り組む予定をしています。事業所内の掲示物は、台紙に柄物のシートを使用し、その上に貼付されていることで、紙の白さが映え、見やすいように工夫しています。 |      |       |
| <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)  |    | 16:重要事項説明書は大きな文字でわかりやすく、契約時には言葉を噛み砕いてさらに分かりやすい説明を心掛けています。保険外サービスについては、絵を用いて分かりやすいように工夫された様式を活用し、丁寧に説明を行っています。   |      |       |

### (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)   |    | 17:事業所独自のアセスメントシートを作成し、項目以外にも聴取内容のコメント欄を設け、意向や情報の収集に努めています。<br>18:個別援助計画書は、本人・家族に説明し、同意を得た後に署名された書面を交付しています。同意を得た計画書は介護支援専門員に送付する等、連携を図っています。またアセスメントは定期的に見直しをし、介護支援専門員にも報告をしています。<br>19:意見書や情報は書面にてファイルされており、それを基に個別援助計画書の作成を行っています。<br>20:毎月のモニタリングで状況の確認を行い、見直しの必要な場合は個別援助計画の見直しと修正をしています。 |   |   |

### (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) |    | 21:状態把握のため関係機関との連携を図り、積極的に情報の収集に努めています。主治医の意見書や診断書、サービス担当者会議、事例によっては退院時カンファレンス等にも出席し、情報の収集と共有を図っています。 |   |   |

### (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。   | B | B |
| 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)        |    | 22:業務マニュアルは実用的で分かりやすく作成され、事業所基準に基づき定期的に見直しを行っています。<br>23:個別のファイルは目次に沿って整備されています。電話対応の記録はノートに記入し、更に個別の記録に転記してあり、詳細かつ簡潔な記録を意識しています。<br>24:職員間では直接、またはFAX等を利用し、情報の共有を行っています。ケアカンファレンスは、必要に応じ随時行っていますが、状況や内容の確認のためにも定期的な開催を検討されてはいかがでしょうか。<br>25:遠方の家族には電話で、あるいは必要な方には業務日誌を郵送する等の個々に応じた情報交換を行い、家族・関係者とのコミュニケーションを大切に積極的に情報提供を行っています。 |   |   |

### (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) |    | 26:毎年の研修の開催、また重要事項については文書通知をして職員の周知・徹底に取り組んでいます。うがい薬や消毒液の携帯など予防にも心掛けています。<br>27:明るい雰囲気のある室内で書類や備品等は分かりやすく整備されています。玄関花壇は季節に応じた草花が彩り、日々管理をしています。 |   |   |

### (7)危機管理

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時等の対応 | 28 | 事故や緊急時、火災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。  | A | A |
| (評価機関コメント) |    | 28:事故や緊急時には迅速に対応できる体制がありますが、地域との連携を意識した災害発生時等の訓練の確認が出来ませんでした。<br>29:発生した事故については研修時に話し合い、再発の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)            |    | 30:年10回の研修を中心に人権についての勉強の機会を設け、利用者の意思を尊重したサービス提供に努めています。<br>31:研修会や研修後の茶話会に於いても「利用者宅を個別訪問して行うサービス」という事業の形態から、常に利用者のプライバシーや羞恥心についての配慮の必要性・重要性を伝えています。<br>32:サービス申し込みの依頼を受けられない主な原因は人員不足ですが、その際も誠意を持って対処しています。        |      |       |
|                     |     | 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。   | B    | 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 | 公的機関等の窓口に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)            |    | 33:意見・要望・苦情への対応マニュアルがあり、サービス提供責任者・管理者が利用者宅を訪問し、利用者や家族の思いを丁寧に時間をかけて収集しています。<br>34:利用者の意向については研修の場で職員がグループディスカッションし、認識を共有してサービスの向上に役立っています。<br>35:重要事項説明書に公的機関を始め第三者の機関名も明記され、相談・苦情に対応する仕組みもあります。                    |      |       |
| <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。  | B    | 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。  | B    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)            |    | 36:満足度アンケート調査を実施し、検討会議を行い分析・検討し、結果を『ラポール通信』を通じ公表しています。<br>37:事業所の長所を生かし、月2回の研修会には、事業主・管理者・事務職員等も同席して他事業所との比較検討まで行い、質の向上に取り組んでいます。<br>38:第三者評価受診は今回が初めてですが、以前より機会を待って準備されていたとのこと。今回の第三者評価受診の意義を評価・認識され今後に生かしたいとのこと。 |      |       |