

アドバイス・レポート

平成 21 年 3 月 31 日

平成 20 年 10 月 20 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

| | |
|-----------------------------|--|
| <p>特に良かった点と その理由(※)</p> | <p>(通番2) 組織体制</p> <p>当該施設は、「医療」「介護」「健康・保育」「教育・研究」の総合ネットワークである洛和会ヘルスケアシステムを母体として、運営システムが作り上げられています。また、品質マネジメントシステムISO9001:2000を取得しており、組織が明確化されています。更に組織内の風通しが良く、現場の会議で話し合われたことが業務委員会を通して法人の運営に反映されたり、本部の管理職へ直接話をする機会等があります。</p> <p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>年2回の事業所連絡会議があり、事業所の職員と本部役員との意見交換の場となっています。また、個々の職員には年2回の自己申告面談があり、事業所長と直接話す機会を設け、職員の適正やキャリアアップなどを踏まえて運営に活かしています。また、日々に管理職と職員のコミュニケーションが良く取れているため、信頼関係が構築されています。</p> <p>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>法人の訪問介護研修計画が年間計画として立てられており、体系的に研修が行われています。また、現場では誰もが同じケアを提供できるように、個別の利用者のケアカンファレンスや勉強会を行っています。事業所にベッドを置き、介護技術の勉強会を行ったり、初めての訪問時には同行訪問を行ない、質の高い介護技術ができるよう取り組んでいます。</p> <p>(通番16) 内容・料金の明示と説明</p> <p>契約を結ぶ際には、ケアマネジャーと相談・連携の下、本人や家族、成年後見人等と重要事項説明書や訪問介護計画書等の資料を用いてわかりやすく説明を行っています。特に介護保険外サービスについての重要事項説明書を別に作り、介護サービスや料金について丁寧な説明を行なっています。</p> |
|-----------------------------|--|

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(通番28) 事故・緊急時の対応</p> <p>ISO業務計画書に基づき、マニュアルを整備しており、緊急時の対応や起こった事故をもとに再発防止について詳細なマニュアルとなっています。ただ、訪問介護サービスにおいて、注意すべき事項の掲載された事故防止マニュアルの整備が十分ではありません。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>(通番28) 事故・緊急時の対応</p> <p>サービス提供時に訪問する職員にとってわかりやすく注意すべきポイントなどが記入された、介護事故防止マニュアルになるよう整備していくことを期待します。</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21年 2月 6日 |
| 評価機関名 | NPO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) | | 「医療」「介護」「健康・保育」「教育・研究」の総合ネットワークである洛和会ヘルスケアシステムを母体として、運営システムが作り上げられています。また、品質マネジメントシステム ISO9001:2000を取得しており、組織が明確化されています。 | | | |
| (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) | | 明確にされた組織の中で事業計画が立てられ、法人として業務委員会を設置し各事業所の業務委員が年間の課題の設定、年3回の課題評価を行っています。 | | | |
| (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り組みを行っている。 | 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。 | 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) | | 法人の本部の職員と現場の管理者や職員との良い関係が保たれています。ISO品質マネジメントシステムに則り、運営を行ないながら、現場の状況を把握しリーダーシップを発揮しています。 | | | |

| 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 |
| 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 | A |
| | | (評価機関コメント) | | 採用判定基準が明確にあり、人事会議が月に1回以上行われ、法人として人材確保のための方針が確立しています。また、法人は事業所における有資格者の割合を把握し、当該事業所にはサービス提供責任者の配置割合も多く、人員体制も厚く整えられ、入職後の研修体制が充実しています。 | | |
| (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ます。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) | | 法人の福利厚生制度が充実しています。EAP(従業員支援プログラム)システムを導入し、専門のカウンセラーにカウンセリングを受けることができます。また、事業所には十分な広さの休憩室があり、訪問の間にも寛ぐことができる環境が整えられています。 | | |
| (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 | B |
| | | 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) | | 事業所自体の広報誌はありませんが、法人が発行する機関紙やホームページで当該事業所の運営を広報しています。法人として地域の住人に向けての勉強会やフェスティバルの開催で、地域とのかかわりを大切にしています。 | | |

| 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) | | ホームページやパンフレットにより当該事業所の運営状況やサービス内容をわかりやすく公開しています。 | | |
| (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) | | 本人や家族、成年後見人等と重要事項説明書や訪問介護計画書等の資料を用いてわかりやすく説明を行っています。特に介護保険外サービスについての重要事項説明書を別に作り、介護サービスや料金について丁寧な説明を行なっています。 | | |

| (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) | | 家族と利用者から意向を聞き、ADL状況等のアセスメントシートを作成します。更に、主治医に意見書を記入してもらい、ヘルパーカンファレンスを行ない介護計画について話し合い、サービス提供責任者が訪問介護計画を作成しています。また、3ヶ月毎の計画の更新を行っています。 | | | |
| (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) | | 軟膏塗布などの医療行為には、必ず指示書をもった上で行っていき、必要時に介護支援専門員を通して他の事業所との連携もとれています。また、法人としても病院や福祉施設を運営しており、連携できる環境にあります。 | | | |
| (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業務計画書に基づきマニュアルを整備し、毎年その内容の見直しを行っており、新たにマニュアルを追加したり、徐々に現状に沿ったものになるように本部と業務委員会が中心になるように努力しています。利用者の活動記録は職員が回覧し、情報の共有を行っています。 | | | |
| (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) | | マニュアルを作成し、衛生管理に努めています。また、本部から季節に応じてノロウイルスやインフルエンザなどの注意喚起が行われています。 | | | |
| (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) | | マニュアルを整備すると共に、ヒヤリハット報告書や不適合報告書を基に事故防止(再発防止)に努めています。また、緊急連絡網を作成し、抜き打ちで連絡網を用いた伝達訓練も行っていきます。 | | | |

| 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) | | 法人としての研修計画を立て、職員教育を行っています。言葉遣いや対応については、利用者満足度調査の内容にも組み込まれ、その結果を検討・評価しています。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 3ヶ月毎のモニタリングや年に2回のアンケート調査等を行ない、利用者の意向を聞く機会を多く持ちサービスの向上に努めています。しかし、アンケートや要望の結果を公開する仕組みはありません。重要事項説明書に公的機関の相談窓口は記入されていますが、第三者の相談窓口の設置はありません。 | | |
| (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、ISO利用者満足度調査を行ない、その結果を集計・分析し、今後のサービスにつなげていくという姿勢でミーティングを行っています。その課題を実現するために、計画を立てて実行に移しています。 | | |