

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 2 月 1 日

平成 24 年 12 月 6 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右京常盤 様につきましては、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>理念の周知と実践</p> <ul style="list-style-type: none">・ 理念を周知するために、玄関・事務室に掲示し、また職員の名札裏面に明記され周知を図っておられました。 <p>地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none">・ 無料介護技術講習会・健康教室・認知症を考える会等を開催し、事業所が有する機能を地域に還元しておられました。 <p>内容・料金の明示と説明</p> <ul style="list-style-type: none">・ 介護保険対象サービスだけでなく、保険対象外サービスについても別途契約書を作成し、対象外のサービス計画書も別途作成しておられました。 <p>職員間の情報共有</p> <ul style="list-style-type: none">・ サービス提供責任者が参加した担当者会議やカンファレンスの内容をヘルパー用のカンファレンス記録用紙に分かり易く記載し、内部での情報の共有を図っておられました。
-----------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>組織体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 所長職を除き、職務権限等を明記した規定がありませんでした。 <p>実習生の受け入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習生のマニュアルは整備されていましたが、実習指導者の研修が行なわれていませんでした。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアルの見直しの基準を明記した文書がありませんでした。 <p>事故・緊急時等の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 災害マニュアルはありましたが、地域との連携、訓練に関しては明記されていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>組織体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職務権限規程等に所長職以外の職員についてもその役割と責任を明確にして規定し、組織の透明性を高められてはいかがでしょうか。 <p>実習生の受け入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 実習指導者の研修を行なうことにより、指導者の資質の向上と共に実習の成果が上がるのではないのでしょうか。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアルの見直しの基準を明文化され、又変更が無くても見直しを行なったことを記録されることをお勧めします。 <p>事故・緊急時等の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 起こりうる事故・災害を想定した訓練をされることで、実際に発生した場合に、適確・円滑に対応できると思われます。また地域との連携は不可欠と思われ、地域とかがわった訓練もお勧めします。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670700877
事業所名	洛和ヘルパーステーション右京常盤
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年1月21日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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
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	B	
	(評価機関コメント)		・組織の理念を玄関等に掲示し、また職員の名札裏面に明記して周知を図っておられました。 ・組織図は整備されていましたが、所長職を除き職務権限を明記したものがありませんでした。			
(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)		・「気づいてよかったシート」を活用して事業計画に反映されるなど、介護サービスの質の向上に取り組んでおられました。 ・介護事業部アクションプラン(年度目標実行計画書)に基づき、課題を把握しその評価を行なっておられました。			
(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)		・遵守すべき法令は、「ISO品質マニュアル」に明記され、研修も行われていました。 ・毎年、管理者は全職員からの自己申告書に基づいて面談し、意見を聞く機会を確保されていました。			

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・有資格者の優先的採用、職員の資格取得についての日程配慮、費用支援等が行われていました。 ・初任・中級・上級と階層に応じた段階的・系統的な研修が行なわれていました。 ・実習生受け入れマニュアルは作成されていましたが、実習指導者の研修が行なわれていませんでした。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、有給休暇の消化率等の勤怠をコンピュータで記録し、労働環境を把握されていました。 ・メンタルヘルス対策として、外部に相談できる体制がありました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への情報公開のために、パンフレット・広報誌(おとまるくん)、ホームページを通じて事業所情報が発信されていました。 ・無料介護技術講習会、健康教室、認知症を考える会等に職員を講師等に派遣されるなど、事業所が有する技術・情報を地域に提供されていました。 		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・洛和会ホームページにサービスや事業所の情報・内容を分かり易く掲載されていました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書にわかり易く記載し、介護保険対象外のサービスについても別に説明し署名捺印を得ておられました。 		

(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	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・主治医や専門家の意見を踏まえ、定期的にあセスメントを実施されていました。 ・アセスメントに基づき本人及び家族の希望を尊重した個別援助計画を立てておられました。 ・個別援助計画の見直しの基準を定めたものがありませんでした。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・行政会議・右京区ヘルパー連絡会・業績会議等に参加し連携を図っておられました。 		
(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	B
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・業務マニュアルなどはありましたが見直しの基準を定めたものありません。 ・利用者の記録の保存・保管等については「ISO品質記録管理要領」や利用契約書に明記されていました。 ・ヘルパーカンファレンスで情報共有を図っておられました。 ・訪問・電話・複写式の記録用紙で家族との情報交換を図っておられました。 		
(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	B
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・年一回のマニュアル更新がされていませんでした。 ・事業所内の清潔が保たれていました。 		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・災害マニュアルはありましたが、地域との連携、訓練に関しては明記されていませんでした。 ・「気づいてよかったシート」を作成し、再発防止策を検討されていました。 		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・人権・高齢者虐待・プライバシーについての研修を実施し、尊厳の保持に配慮したサービスを提供されていました。 ・サービス提供地域外を除き、利用を断らない体制にありました。 		
(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	公的機関等の窓口で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)		<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査により利用者の意見を汲み取り、現場から法人担当課(品質管理課)に収集される体制が確立していました。 ・苦情対応チャートに従い、迅速に対応、その結果を利用者全員に配布されていました。 ・重要事項説明書・ホームページに苦情・相談窓口が記載されていました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査を実施・分析し広報誌「おとまるくん」に結果・対応等を掲載、利用者や包括支援センターに配布されていました。 ・月1回、質の向上プロジェクト会議、訪問介護会議・教育委員会で検討し、又毎月登録ヘルパーへの伝達研修をされていました。 ・ISO内部監査を実施、本年度第三者評価を受診されました。 		