

アドバイス・レポート

平成29年1月11日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成28年8月30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

特に良かった点とその理由 (※)	○管理者等によるリーダーシップの発揮 年10回の職員懇談会を開催し、職員やサービス提供責任者からの意見を汲みとっています。年1回はヒアリングシートを活用して職員からの意見を業務に反映できる仕組みを作っています。 ○継続的な研修・OJTの実施 事業所内研修を定期的に行い、職員がお互いに講師を務めることでスキルアップを図っています。また、外部研修参加の為に勤務調整や受講費用等の支援を行っています。 ○アセスメントの実施 3ヶ月に1回アセスメントを行い、個別の事情による変化に対応するため、必要があればケアマネジャーに連絡を行い、サービスの見直しを検討しています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○意見・要望・苦情の受付 満足度調査を行い、担当者会議では利用者からの意見、要望等の確認をしていますが、個別の相談面接や利用者懇談会の開催は出来ていません。 ○業務マニュアルの作成 業務マニュアルは作成していますが、見直しに関する具体的な検討の記録が確認できませんでした。 ○災害発生時の対応 災害発生時のマニュアルを作成し、地域とも良好な関係を築いていますが、防災視点での地域との連携が行えていない状況です。

具体的なアドバイス	ラポールらくさいは、京都市西京区大原野を拠点に訪問介護事業を展開しています。周辺地域は農村部の住宅地にあり、静かな環境です。事業所の2階が事務所になっており、1階が研修や職員の休憩室になっています。事業所内は整理整頓され、掃除も行き届いています。第三者評価は定期的に受診され、意欲的にサービス向上に取り組んでおられます。今回の評価につきましては、以下の点についてアドバイスいたします。 ○マニュアルの見直しに関しては、事故防止策などを具体的に検討した記録があれば、見直しが必要になった根拠として分かりやすくなるのではないのでしょうか。また、顧客満足度調査を実施し、分析されていますが、対応策などを具体的にマニュアルに反映させる仕組みも併せて考えてはいかがでしょうか。 ○災害発生時の対応においては、自治会に加入されているとの事で、防災に取り組む視点を自治会や社協等と情報交換する事で、地域とより連携できるように検討されてはいかがでしょうか。 ○今後、利用者個人への相談面接か、利用者懇談会の開催ができるような取り組みが期待されます。
------------------	--

※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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

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 (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28年11月1日
評価機関名	一般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
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）及び事業所の職員全員が、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)		1. 運営方針や理念を事業所内に掲示しています。また、全従業員には社内研修会議で周知し、会議欠席職員にも資料配布の上、レポートを提出させています。 2. 職務権限は運営規程に明記しています。年１０回開催される所内研修と懇談会にて職員の意見を汲みとる仕組みがあります。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		3. 職員全員が目標達成意識を持つよう事務所内に中・長期計画を掲示しています。また、定期的な研修、懇談会で職員の意見等を確認し、計画に関する課題の把握を行っています。 4. 中・長期計画にて課題を設定しています。課題の達成状況を定期的に確認していますが、課題の見直しを行なっているかは確認出来ませんでした。			
(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。	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、いつでも職員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. ２か月に一度、経営者が訪問介護事業所経営者会議に情報収集と勉強のため参加しています。職員には全員参加研修時に伝達を行っています。関係法令のリストは事務所内に掲示し、職員がすぐに見ることができるようになっています。 6. 管理者等の役割や責任については、運営規定に記載しています。また、年１回ヒヤリングシートを活用して事業所評価という形で職員からの意見を収集し、事業運営に反映できるよう取り組んでいます。 7. 緊急時などには、「緊急時対応連絡表」で携帯電話転送システムにより管理者と２４時間連絡が取れる体制があります。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 有資格者の採用を優先しています。契約書・重要事項説明書に介護福祉士の人数を記載しています。 9. 年10回の所内研修を計画し、外部研修参加のための勤務調整や参加費の負担を行っています。伝達研修で職員全体の知識、技術の向上に努めています。 10. 実習生受け入れの為のマニュアルを整備し、受け入れ体制を整えています。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 「就業規則」に育児休業、介護休業の規程があり、有給休暇は職員の希望を尊重した取りやすい体制にしています。 12. 1階が職員の休憩室になっており、環境も整えられています。社会保険労務士に労働に関する事や事故の時等、相談できるよう連絡先を事務所に掲示していますが、産業医やカウンセラーなど専門職への相談体制はありませんでした。		
(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。	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)		13. ホームページの他、事務所入口前にラポール通信を掲示し、地域へ運営理念等を広報しています。情報の公表については、メールアドレスを記載して掲示板に掲示し、情報を自ら開示しています。 14. 腰痛予防の3B体操や救命講習会を開催し、地域住民に向けに参加を呼び掛けています。		

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)		15. ホームページやパンフレットで事業所情報を提供しています。直接の問い合わせには丁寧な説明を心掛けています。				
(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)		16. 契約書・重要事項説明書は分かりやすい大きめの文字で作成しています。介護保険外の自費利用についても別紙で説明し、同意を得ています。				

(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	A	
(評価機関コメント)		17. アセスメントシートはパソコンソフト内のものを使用し、3か月に一度実施しています。また、必要に応じて主治医や他の専門職と連携し、アセスメントを行っています。 18. ケアマネジャーが作成するケアプランを基に個別援助計画を作成しています。本人、家族の希望はサービス担当者会議等で確認し、個別での相談には、ケアマネジャー等に連絡をして情報共有に努めています。 19. サービス担当者会議や退院時カンファレンスに参加し、多職種から情報収集して個別援助計画に反映させています。 20. 毎月のモニタリングで必要があれば、個別援助計画の見直しを行っています。			
(4) 関係者との連携					
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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. 退院時カンファレンス等に参加し、医師やケアマネジャー、地域包括支援センター他、関係機関と情報交換しながら連携しています。			
(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、職員に活用されている。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	B	
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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	
(評価機関コメント)		22. マニュアルは定期的に見直しを行っています。また、顧客満足度調査も実施していますが、具体案を反映する仕組みは確認出来ませんでした。 23. 個人情報保護と情報開示の研修を行っています。文章規程は策定していますが、記録の持ち出し及び廃棄に関する規定が確認できませんでした。 24. 日々の情報共有は電話やFAX、メールを活用しています。ケースカンファレンスは随時行っています。 25. 家族との情報交換は連絡ノートを活用し、遠方の家族には電話やFAXで利用状況を伝えています。			
(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、職員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. 感染症に関する研修を開催し、マニュアルを作成しています。 27. 事業所内はきちんと整理整頓され、清潔に保たれています。			

(7) 危機管理					
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急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。	B	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	
災害発生時の対応	30	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。	B	B	
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時に対応するマニュアルを作成し、事故防止研修を実施しています。 29. 事故報告書やヒヤリハット事例の記録を作成し、研修会等で事故対応について検討、再発防止に繋げています。 30. 災害発生時の対応についてマニュアルを作成していますが、地域との連携体制等の確認、避難訓練等については実施できていません。			

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
Ⅳ利用者保護の観点						
	(1) 利用者保護					
	人権等の尊重	31	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	32	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	33	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)	31. 人権尊重をテーマにした研修会を毎年実施しています。 32. プライバシー保護の研修を毎年実施し、事例検討を行い、職員の気付きを深めています。 33. 事業所が定める基準に基づき判断し、受け入れできない場合でも他の事業所を紹介しています。				
	(2) 意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	34	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	B	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	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)	34. 訪問時やサービス担当者会議等で直接聞き取る他、満足度調査も実施していますが、利用者や家族との面談会等は開催していません。 35. 利用者の意向については、対応方法を定め、記録しています。また、利用者満足度調査結果を本人、家族に郵送しています。 36. 契約書兼重要事項説明書に苦情申立て先を記載しています。				
(3) 質の向上に係る取組						
利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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職員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	39	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)	37. 年1回、利用者満足度調査を実施し、検討会を行っています。結果については、利用者・家族・関連する近隣事業所へ配布しています。 38. サービス向上の為に話し合いを年10回実施しています。欠席者には資料を配布、後日質問を受け付ける等の対応を行い、レポートを提出しています。 39. 年1回、事業所自己評価を職員全員で実施、検討し、次年度に活かせるようにしています。					