

様式 7

アドバイス・レポート

2023 年 1 月 19 日

※平成 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

2022 年 9 月 14 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 (※)	<p>○職員間の情報共有 パソコンソフト、アプリを活用し、サービス提供の状況や連絡事項、必要な情報等が、ホームヘルパーを含む職員全体で速やかに共有できるようにしています。</p> <p>○他職種との連携 専門家との連携は強く意識して、サービス提供に努めています。サービス担当者会議には必ず出席をして、ケアマネジャーをはじめ、医師、看護師、PT等の専門家と意見交換したり、アドバイスを受けたりして、サービスの質の向上に努めています。</p> <p>○満足度調査 年に1回、満足度調査を実施しています。調査結果については定例会議等で分析が行われ、サービスの向上につなげるとともに、年1回発行の『ラ・ポールつうしん』において結果を公表しています。</p> <p>○事業所内研修 年に10回、事業所内で研修を実施しています。研修テーマと研修を担当する職員を決め、担当職員が講師となって他の職員に講義を行っています。担当職員は、事前に勉強会等で研修の準備を行うことで学びを深めています。研修は職員全員が参加できるよう同一月に複数回開催しています。</p>
---------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○中長期計画 中長期計画は作成していますが、計画の期間が1年であり、実質的には単年度計画となっています。また、具体的な計画とはなっていません。</p> <p>○事故の再発防止 事故やヒヤリハットについてはその都度報告がなされ、サービスの改善につなげるようにしているとのことですが、発生から終結までが分かる様式がなく、再発防止の十分な取り組みができていないか確認できませんでした。</p> <p>○要望や苦情の公開 要望や苦情については、連絡帳や職員からの連絡等により把握しており、改善に努めていますが、苦情内容の公開については行われていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>ラポールらくさいは、西京区の住宅街に事業所を構え、京都市西京区を中心に、向日市、長岡京市、大山崎町にホームヘルパーを派遣しています。一軒家を改装した事業所は、2階に管理者やサービス管理責任者等が業務をするスペース、1階が研修や休憩をするスペースとなっています。</p> <p>事業所全体がアットホームな雰囲気であり、日常的に情報共有や意見交換が行われているように感じられます。長く勤めておられるホームヘルパーも多く、高齢化の傾向にありますが、勤務の調整等により仕事が続けられるように工夫されています。</p> <p>サービスの質の向上に対する取り組みとしては、定期的な内部研修の開催や年に1回の満足度調査等を実施されています。第三者評価は3年に1回受診しておられ、今回で5回目の受診となります。今回の評価結果が今後のサービスの質の更なる向上につながることを期待しています。</p> <p>○3～5年の中長期計画を作成されることで、今後の事業の目標や方向性、現時点の課題を明確にすることができます。また、中長期計画を職員全員で共有することにより、目の前のことだけでなく、将来を見据えた事業の展開や現在の課題の克服等について、事業所全体で取り組むことが可能になると考えます。</p> <p>○事故やヒヤリハットの報告はその都度出されて、問題点の改善について検討がなされていますが、現在使用しているパソコンソフト等では、発生した事故等が、どのように解決したのかが分かりにくいものとなっています。発生から解決までの流れと検討内容、対応等が一目で分かるような書式を作成してはいかがでしょうか。</p> <p>○連絡帳やサービス提供時の話等から、利用者の要望や苦情等を収集して、会議や研修で検討していますが、その内容が公表されていません。どのような要望や苦情があり、それに対して事業所がどのように向き合い、解決していったかを明らかにすることは、事業所のサービス提供に対する真摯な姿勢を示し、信頼向上につながります。要望や苦情等については、プライバシーへの配慮をした上で積極的に公表されることを期待します。</p> <p>○ICTを導入し、業務全般で活用されていますが、ソフト等に工夫を加えることで、更に業務の効率が上がると思われれます。</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)

※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)	
訪問調査実施日	2023年11月16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. 法人理念として「信頼できるサービスを」、事業所理念として「『ありがとう』あるサービスを」を掲げ、事業所内に掲示しています。また、理念は年1回発行の『ラ・ポール通信』に掲載し、利用者や家族等に周知を図っています。職員に対しては、研修を通じて周知しています。 2. 組織体制図は作成し、職員の役割を明確にしています。事業の運営については、社長と管理者との間で方針等を定めるとともに、事業所内の定例会議で検討、共有しています。		
(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	B
	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. 中長期計画、年度ごとの事業計画を策定し、研修等を通じて職員に周知していますが、中長期計画は実質的には単年度の計画となっており、適切に作成されているとは言えません。 4. 業務レベルの課題は職員全員が把握するようにし、定例会議や研修等で振り返りも行われています。必要に応じて個別の指導も行っています。ただし、課題の明確化が十分ではありません。		

(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. 遵守すべき法令は、西京区の事業所で構成する「洛西いきいき調整会議」への参加やWAMNET等により把握しています。また、主な関係法令についてはリスト化し、事業所内に掲示しています。研修会等で職員への周知を図っています。 6. 管理者の役割は運営規程に明記し、研修や研修後の懇談会（コロナ禍では開催できていない）においてホームヘルパーとも意見交換を行っています。職員には年1回のヒアリングを実施し、意見や要望等を聞いています。 7. 緊急事態の際の連絡網を整備するとともに、携帯電話への転送システム等も利用し、事業所外からの連絡についても24時間対応できるようにしています。職員間ではスマートフォンアプリ等を活用に、速やかに連絡、情報の共有ができるようにしています。		

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
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. 採用については有資格者を優先的に採用する方針を打ち出しています。資格取得支援として、研修参加時の勤務調整や必要な費用の負担等を行っています。 9. 事業所内の研修会を年に10回開催し、研修テーマについては『ラ・ポール通信』にも掲載しています。研修の講師は職員が交代で担当しています。また、同じ研修を同一月に複数回行うことで、職員が参加できるようにしています。外部研修については情報提供を行い、報告書を作成しています。 10. 近年は実習生の受け入れ実績はありませんが、「実習生受け入れマニュアル」等を作成し、実習に対応できるようにしています。		
(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、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. 管理者は一覧表を作成する等により、有給休暇の取得状況、時間外労働の状況を把握して、適切に管理しています。勤務時間への配慮、感染防止キットやコルセット等の常備により、職員が安心して働ける環境を整えるよう努めています。 12. 産業カウンセラーの資格を有する社会保険労務士と契約し、職員が相談できる環境を作っています。他事業の休止により空いたスペースを職員の休憩場所として使っています。福祉厚生制度はありません。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		13. ホームページや事業所前の掲示板、年1回の『ラ・ポールつうしん』の発行、近隣へのポスティング等により、事業所の運営理念や事業内容の広報を行っています。地域行事には参加できていませんが、自治会には加入しています。 14. 「洛西いきいき調整会議」に参加し、地域の状況について情報収集を行っています。コロナ禍で地域住民向けの講習会は開催できていません。		

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
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. 法人のホームページに事業所情報を掲載する等で、情報提供を行っています。利用者からの直接の問い合わせはほとんどないとのことです。			
(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14ポイントの文字で作成し、読みやすさに配慮しています。保険外のサービスを含む契約時には、サービス提供責任者が重要事項説明書に基づき説明を行っています。成年後見制度や権利擁護事業への関与の必要性があればケアマネジャー等、他の関係者と共に協議をしています。			
(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. 3か月に一回モニタリングを行い、6か月に一回以上、アセスメントを実施しています。利用者の状況に応じた計画変更等の際には文書によりケアマネジャーと連携しています。 18. 現場での利用者や家族からの希望、要望を集約して記録し、訪問介護計画を作成しています。ケアプランを作成しているケアマネジャーとは十分に連携しています。 19. 訪問介護計画書の作成にあたっては、サービス担当者会議の場等で、利用者にかかわるケアマネジャー、医師、看護師、PT等の各専門家から情報提供やアドバイスを受けています。 20. 3か月に一回、訪問介護計画の見直しを行っています。支援内容、利用者の状況については、ICT導入により即座に報告を受けることができます。			

(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. 利用者の基礎疾患等の情報は契約時に把握し、入退院については基本的にケアマネジャーを通じて情報を得ています。入退院時のカンファレンスには必ず出席し、利用者の状況や支援方針を確認しています。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルは整備しており、法改正、行政通達を踏まえて、研修時に確認や必要な見直しを行っています。 23. 利用者の記録については、文書規定を定めています。支援経過については、各職員がアプリを通して報告を行い、セキュリティのかかったクラウド上に保管管理しています。 24. サービス計画の内容や個人の記録はクラウド上で保管し、職員がいつでも閲覧でき、速やかに情報を共有できる状態になっています。 25. サービス担当者会議やサービス提供時に家族や後見人等と面接し、情報交換を行っています。通常のサービス連絡については、電話や連絡ノートを利用して行っています。		
(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、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. 感染症の対策、予防に関するマニュアルを作成し、研修は毎年実施しています。感染予防については、アプリのお知らせ機能を利用し、全てのホームヘルパーに注意喚起を促すとともに、消毒薬や抗原検査キット等も常備しています。 27. 事務所内は、職員により清掃され、整理整頓が行き届いています。玄関回りも四季に応じが草花を絶やさぬよう職員が手入れされています。		
(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。	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
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. 緊急時のマニュアルを作成し、職員が閲覧しやすいよう設置しています。事故防止、緊急時の対策、災害時の対策については毎年研修を実施し、災害時避難訓練も年一回実施しています。 29. アプリを利用し、事故やヒヤリハット報告を行っています。それに基づき事務所で検討を行い、職員に報告できる体制をとっています。 30. 災害発生時のマニュアルを作成し、避難訓練も年一回実施しています。ただし、地域の訓練等には参加できていません。		

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. 利用者の人権尊重をテーマにした研修を毎年実施し、利用者の尊厳保持、公益通報義務等について説明を行っています。 32. 「プライバシー保護マニュアル」を作成し、毎年プライバシー保護の研修を行っています。事例検討を通じて、職員の気づきを深めるように努めています。 33. 利用申し込みは基本的に受けるようにしています。ただし、人員体制上調整困難な場合等で受けることができない時は、ケアマネジャーを通じて他の事業所への依頼をしています。			
(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。	A	A	
	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	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		34. 利用者の意向は、担当者会議に出席した時やモニタリング訪問時に利用者や家族等から聞いています。電話や他の支援者からの苦情については、管理者やサービス管理責任者が対応し、その結果をケアマネジャーに報告するとともに、研修時に全職員に周知しています。 35. 「苦情相談対応マニュアル」を作成しています。利用者からの苦情、意見等は個別に担当職員に通知し、個人情報保護に配慮した形で会議や研修において発表・検討し、職員間の共有を図っています。ただし、改善状況を公開するまでは至っていません。 36. 契約書、重要事項説明書に、公的機関の苦情窓口を記載しています。第三者の相談窓口は設置していません。			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	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	B	
	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ています。結果は会議等で検討するとともに、『ラ・ポールつうしん』で公開しています。 38. 年10回開催している研修等で、サービスの質の向上の検討、最新情報の提供、意見交換が行われています。研修や会議の全員参加はサービスの性質上困難であることから、複数回の開催や資料配布等で対応していますが、検討委員会等は設けていません。 39. 毎年3月に職員全員で事業所自己評価を行い、事業所の自己点検を行い次年度に活かせるようにしています。第三者評価は3年に一度受診し、今回で5回目となっています。			