

アドバイス・レポート

平成 26 年 3 月 22 日

平成 25 年 11 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **京阪ライフサポート高の原ケア** 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5) 法令遵守の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ コンプライアンス委員会が設置されており、年間の職員研修計画をたてて実施されていました。 ・ 法令遵守に関わる項目について、毎月テーマを決めコンプライアンス通信を発行し、回覧にて職員への周知を図っていました。 <p>(通番12) ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 産業医の配置がありメンタルヘルスに対する相談体制がありました。 ・ 職場や業務上の違法行為や不正行為を早期に発見し解決することを目的として「コンプライアンス・ホットライン」の仕組みが京阪グループとして構築されており、「コンプライアンス・ホットラインカード」を職員に配布し、ハラスメント等の苦情を訴えたり相談が出来る仕組みがありました。 ・ 年1回日帰り旅行を企画し、保養所等が利用できる京阪グループとしての福利厚生制度が整備されていました。 <p>(通番19) 専門家に対する意見照会</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 個別援助計画等の策定に当たり、医師、看護師等を始め専門職が担当者会議に出席していました。 <p>(通番38) 質の向上に対する検討体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 有料老人ホーム併設の特性を生かし、情報共有が積極的に行われていました。 ・ フロアミーティングからチーフ会議、委員会、全体会議へと、全員参加の検討体制が整備されていました。
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番36) 第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 重要事項説明書に公的機関の相談窓口は明記されていましたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。 <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ホーム一体となって、利用者の意見を把握し改善に取り組む仕組みが随所に見られましたが、書面でのアンケート調査は行われていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>京阪ライフサポート高の原ケアは、京阪ライフサポートが運営する有料老人ホームの中にあり、「いつまでも安心して夢のある暮らし」を支える居宅支援事業所と訪問介護事業所としての役割を果たしておられました。</p> <p>開設1年目で第三者評価を受診され、その後3年目で今回の受診となりました。この間ターミナルケアを経験されるなど、まさしく「終の棲家」としての安心を下支えする事業所に成長され、職員の皆さんから自信と誇りを感じました。</p> <p>また、前回のアドバイスにもあった“職員研修の仕組み”も充実されていました。また、法令遵守や職員のストレス管理についても「コンプライアンス・ホットラインカード」を導入されるなど、この3年間で多くの改善がされていました。</p> <p>今後は地域にも目を向けた事業展開を目指しているとお聞きしましたので、地域にも安心を届けられますよう、ますますの発展を期待します。</p> <p>以下具体的なアドバイスです。</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者が自由に外部の機関に相談できる環境として、事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置されることをお勧めします。たとえば弁護士や有識者等による第三者委員の設置をご検討下さい。 1年に1回以上、利用者及び家族向けにアンケート調査を実施されてはいかがでしょうか。日頃のサービスの振り返りと、さらなる質の向上が図られるかと考えます。また、利用者や家族の思いを受け止める良い機会にもなり、職員の意識の向上も期待できるかと考えます。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673500050
事業所名	京阪ライフサポート高の原ケア
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問介護 介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成26年2月10日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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	A	
	(評価機関コメント)		1) 理念をケアステーションに掲示し、職員は理念の掲載された従業員証を携帯している。入社時研修や社員登用試験受験時に理念の再周知を図っている。 2) 組織として案件別の意思決定方法が明確にされており、各種会議、ミーティング等で職員の意見が反映される仕組みがある。			
(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)		3) 中・長期計画のもと、事業所会議にて年間の目標と計画を策定している。 4) 各部門ごとに課題の設定を行い、半期ごとの見直しが行われている。			
(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) コンプライアンス委員会が設置されており、通信の発行や年間の研修計画を立てるなど、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。 6) 管理者は「所長・管理者の役割一覧」に、自らの役割と責任について明文化している。半期毎に職員への面談があり、職員の意見を聞く機会を設けている。また、京阪グループとしてコンプライアンス・ホットラインカードを全職員に配っており、報告があれば、調査ができる仕組みがある。 7) 事故や緊急事態発生時は、責任者や管理者に連絡が行く仕組みになっている。			

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)有資格者を採用し、毎月常勤職員と非常勤職員の比率等を検証している。資格取得支援として、勉強会の開催や国家試験の模擬問題集の配布なども行っている。 9)研修委員会で研修計画を立て、実施している。新人は入職1カ月後、初回の夜勤前に面談するなど、きめ細やかに人材育成を行っている。 10)実習受け入れマニュアルが整備され、実習指導者に対する研修も実施されている。		
(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)		11)有給休暇の取得状況一覧表や、時間外労働のデータを管理している。職員の腰痛予防に移乗・移動介助の研修を行っている。 12)年1回日帰り旅行を企画し、保養所等が利用できる福利厚生制度が整備されている。ハラスメントにたいする相談が出来る「コンプライアンス・ホットラインカード」を職員に配布している。		
(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)動画を使いわかりやすく説明したホームページを公開している。季刊誌「ローズライフ」を市役所、地域包括センター・社会福祉協議会に配布している。 14)地域の催しに協力したり、自治会の健康体操の講師をするなど、事業所が有する機能を地域に還元している。		

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)ホームページを公開し、動画と音声ガイドで事業所の概要をわかりやすく紹介している。問い合わせや見学は受付票に記載し、パンフレットの配布・送付を行っている。			
(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)重要事項説明書に、介護サービスの内容や料金説明を明記して、利用者及び家族に説明し同意の署名・押印を得ている。独居で身元引受人が必要な場合は、成年後見人制度を活用している。			
(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)初回アセスメント用紙に、利用者の状況・ADL、主治医の意見・医療情報等を記載している。介護認定更新・区分変更・内容変更時には再アセスメントを実施している。 18)計画書作成にあたり、担当者会議に利用者及び家族が出席し、決定事項の同意を得ている。 19)サービス担当者会議は、可能な限り診療日に開催し、医師、看護師等と直接意見交換を行っている。 20)定期的に6ヶ月に1度モニタリングを行い、サービスの実施状況を確認している。ほぼ毎日利用者と話ができる環境にあり、状態の変化に応じて見直しを行っている。			
(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)定期的に地域の保健所及び医師会の連絡会に出席して、情報を共有している。入院時には、「入院時情報提供書」を提出し、必要な連絡・情報提供を行っている。			
(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)		22)業務マニュアルを整備し、各委員会の勉強会で見直しを行っている。年に1回、社内監査・自主点検に於いて確認作業・再認識を行っている。 23)個人ファイルに、毎日の経過記録を記載している。「文書管理規程」に保管、保存、持ち出し、廃棄に関しての記載がある。 24)申し送りファイル、情報交換ノートを活用し、朝夕の申し送り等で情報を共有している。必要書類を回覧版で周知している。早急対応が必要な場合は、ホワイトボードを活用している。 25)家族来所時には必ず面会を行い、情報提供を行っている。			

(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)安全対策委員会において、マニュアル見直し・衛生講習会を実施している。全職員がインフルエンザの予防接種を受け、二次感染対策として、手指消毒液、手袋等を活用している。 27)定期的に事業所内清掃を実施している。清掃委員会を設置し、委託清掃業者と定期的な打ち合わせを行っている。		
(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
災害発生時の対応	30	災害発生時における対策など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
(評価機関コメント)		28)事故再発防止勉強会を定期的実施している。緊急時連絡網を設置し、緊急連絡予行演習を実施している。 29)事故防止委員会を設置し、月に1回、事故分析・再発防止策の検討を行っている。 30)非常災害対策マニュアルを整備している。年に2回、地域消防機関を交えた利用者参加型避難訓練を実施している。その内1回は「夜間想定避難訓練」となっている。		

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) 身体拘束防止マニュアル、高齢者虐待防止マニュアルを整備している。コンプライアンス勉強会を実施している。 32) プライバシー保護についての研修や勉強会を実施している。個別の面談においては、プライバシーに配慮した環境で行っている。 33) 入所者が要介護状態になった時は、相談に応じ、サービス内容の説明を行っている。地域のデイサービス等も利用できるように、利用者の決定を尊重している。			
	(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	A	
	第三者への相談機会の確保	36	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	B	
	(評価機関コメント)		34) 利用者の意向を収集する方法の一つとして、ひだまり茶(サ)ロンを開催し、意見、要望を聞き取っている。運営懇談会を年に2回開催し、利用者、家族と意見交換を行っている。 35) 利用者及び家族の意向は、「苦情相談票」に記載し、その後フロアミーティング、ケアカンファレンス、委員会等で検討し、職員に改善内容を周知している。新しい情報は、掲示板を活用して利用者に報告している。 36) 重要事項説明書に公的機関の相談窓口の名称、電話番号を明記している。事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置していない。			
	(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。	B	B	
	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	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) ご意見箱の設置やひだまり茶ロン、運営懇談会等で利用者の意見を把握し、必要に応じて改善に取り組んでいる。アンケート調査は実施していない。 38) フロアミーティング、チーフミーティング、委員会、全体会議等、職員全員参加の検討体制を整備している。 39) 同一法人による社内監査を、自己点検チェックリストをもとに年に1回実施している。第三者評価を3年に1回受診し、課題を明確にして改善を図っている。			