

アドバイス・レポート

平成26年5月28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25年11月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた有限会社ラポールおとくにケアサービスラポールらくさい 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>○個別援助計画の策定 所定の様式を用いて利用者のアセスメントを行い、3か月に1度は見直しを行っています。個別性を重視して利用者本人、家族、専門家からの要望や意見などをサービス提供に反映させるよう努めています。</p> <p>○人材の確保・育成 職員の資格取得に対しては交通費の支給、研修参加時間（移動時間を含む）を勤務扱いにする等の支援を行い、資格取得に向けて支援を行っています。また、年間研修計画を策定し、事業所内で職員研修を実施していますが、その際には昼食等を事業所が用意をしています。</p> <p>○労働環境への配慮 職員の有給休暇の取得に関して、系列の事業所全体で取り組んだ結果、2012年度においては有給休暇取得率は前年度と比べて20%以上伸びています。また、ヘルパーが働きやすいように、希望については可能な限り応えるようにしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○マニュアルの更新 各種マニュアルは分かりやすく作成されていますが、更新や見直しを行っているかどうかは確認できません。</p> <p>○事故とヒヤリハット報告 事故報告とヒヤリハット報告は作成していますが、両者の区別が曖昧で、混在している状況です。</p> <p>○職員間の情報の共有 外部からの連絡の記録を含め、日常の業務については連絡帳に記載し、共有をしていますが、職員が見たかどうかを確認する方法はありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所の母体は有限会社ラ・ポールおとくにケアサービスで、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。事業所は住宅地にあり、建物は二階建てで、一階は研修や休憩場所として利用し、二階が事務所となっています。より一層のサービスの質の向上のために様々な取り組みを行っており、2014年3月には「きょうと福祉人材育成認証制度」における認証事業所となりました。</p> <p>今後も、より一層のサービスの質の向上を期待し、下記の点についてアドバイスします。</p> <p>○各種マニュアルは、イラスト等も用いながら分かりやすい内容となっています。定期的に更新・見直しをしているとのことですので、更新や見直しをした日については、見直した箇所と合わせて記録しておくことが望まれます。</p> <p>○事故報告とヒヤリハット報告が混在した状態となっており、事故とヒヤリハットの違いを明確にしておくことが望まれます。ヘルパーを含めた職員全員で、何が事故で何がヒヤリハットなのかを今一度確認をし、明確に分類した上で事案の検証を行うようにしてください。</p> <p>○職員間の情報共有には主に連絡帳を使っています。全員が確認をしているとのことですが、忙しい時等は見落とすこともあるかもしれません。職員全員が確認したということが分かるように、確認後は押印やサインをする等の工夫をしてください。</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	267400357
事業所名	有限会社ラポールおとくにケアサービス 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26年3月11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. 理念、運営方針等は事業所内に掲示し、毎年3月には職員で読み合わせを行っています。利用者・家族には年1回発行の『ラポール通信』で周知を図っています。 2. 職務権限は運営規程に明記しており、職員の役割は明確になっています。法人全体で委員会を設置し、案件ごとに検討を行っています。職員のヒアリングは年1回実施しています。また、日常的な意見をくみ取れる状況であると感じました。		
(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	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. 単年度の事業計画は策定していますが、中長期計画は作成していません。 4. 事業計画には事業所の課題を盛り込み改善に努めていますが、実施出来ていないところもあります。		
(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。	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. 管理者は研修に参加し、その内容を職員に伝達するとともに、社会保険労務士を招いた研修を開催する等、法令遵守の取り組みを実施しています。日常的な法令の確認には、主にパソコンを活用しています。 6. 事業所評価票を用いて、管理者を含む職員の相互評価を実施しています。 7. 管理者は連絡帳や報告書等で日々の業務やヘルパーの活動状況の把握を行っています。		

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. 職員の資格取得に対しては、交通費の支給、研修参加時間（移動時間を含む）を勤務扱いにする等の支援を行っています。2014年3月にきょうと福祉材育成認証制度における認証事業所となりました。 9. 年間の研修計画を策定し、事業所内研修を実施しています。研修講師は職員が交代で担当をすることになっています。 10. 実習の受け入れは多くはありませんが、実習に関するマニュアルを作成し、実習指導者講習会へも参加しています。		
(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	B
		(評価機関コメント)		11. 常勤会議等で検討をし、職員の有給休暇の取得に取り組み、2012年度は前年度より取得率は20%以上上昇しています。 12. 事業所の1階を休憩場所としています。社会保険労務士に相談できますが、メンタルヘルスの専門家に相談できる仕組みはありません。		
(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	A
		(評価機関コメント)		13. ホームページの他、事業所前の掲示板に運営方針、各種案内等を掲示して情報を発信しています。 14. 事業所で行う研修会は掲示板等を通じて地域に案内をしています。		

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)		15. ホームページ、パンフレット等でサービスに関する情報を伝えています。			
(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. 契約書と重要事項説明書は1つにまとめ、文字の大きさにも配慮をしています。			
(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. 所定のアセスメント様式を用いて行い、3か月に1度は見直しを行い、必要時には変更しています。 18. 訪問時、担当者会議等で利用者、家族からの希望を聞き取り、個別援助計画策定に活かしています。 19. サービス担当者会議、退院カンファレンス等で専門家の意見、アドバイスをもらっています。また、必要な場合はケアマネジャーを通して専門家の意見を収集しています。 20. モニタリングは毎月実施し、計画の変更が必要な場合は、ケアマネジャーに報告をしています。			
(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. 利用者に関わる医療機関は契約時に把握するようにし、緊急時にすぐに連絡が取れるようにしています。			
(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	B	
	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)	<p>22. マニュアルを作成し、定期的に見直しを行っているとのことですが、見直しを実施した記録は確認できませんでした。</p> <p>23. 文書の取り扱いに関する規程はありますが、管理規程はありません。事務所はセキュリティー会社と契約していますが、記録は鍵がない棚に並べられています。</p> <p>24. 連絡帳等により情報の共有を図っていますが、職員が確認したかどうか分かる仕組みとはなっていません。ヘルパーには主にFAXで予定等の連絡を行っています。</p> <p>25. 訪問時、訪問記録、担当者会議等で利用者の状況を家族に伝えていません。</p>			
(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	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)		<p>26. 感染症に関する研修を開催し、マニュアルも作成していますが、マニュアルに更新日の記載はありません。</p> <p>27. 事業所内の清掃は職員が行っています。整理整頓され、清潔な環境が保たれていました。</p>		
(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	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	B
	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)		<p>28. 事故や緊急時に対応するマニュアルを作成し、研修も実施していますが、地域との連携を意識したマニュアル作成はこれから取り組む予定とのことです。</p> <p>29. 事故やヒヤリハット事例については、研修会等で職員間での共有を図り、再発防止に努めていますが、事故とヒヤリハットの区別が曖昧です。</p> <p>30. 災害発生時における対応については、マニュアルを作成していますが、地域との連携体制の構築、避難訓練についてはできていません。</p>		

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	B	
	(評価機関コメント)		31. 勉強会等で人権尊重に関するテーマを定期的に取り上げています。 32. プライバシー保護についてはマニュアルに明記しています。 33. 人員不足で利用申し込みを断るケースはあるとのことですが、基準が明確になっていません。なお、断る場合には、他の事業所を紹介するようにしているとのこと。			
(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	B	
	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	A	
	(評価機関コメント)		34. 苦情・要望等は訪問時やサービス担当者会議等で直接聞き取る他、満足度調査でも吸い上げていますが、利用者や家族との懇談会は開催していません。 35. 苦情や要望等への対応の仕組みは定まっていますが、改善状況について公開はしていません。 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	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	B	
	(評価機関コメント)		37. 毎年、秋に満足度調査を実施し、その結果は会議で分析をして全体で共有を図っています。 38. サービスの質の向上については、会議で検討をし、研修内容にも反映していますが、検討の場に全職種が参加することは難しいとのこと。 39. 個人レベルでの自己評価は行っていますが、事業所としての自己評価はできていません。			