

アドバイス・レポート

平成 27 年 1 2 月 2 3 日

平成 27 年 1 0 月 3 0 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 9) (通番 10) 事業計画の策定 事業所の「1 年後の目標」「3 年度の目標」「5 年後の目標」を明確に定め、目標の見直しを毎年行っています。事業所内の課題を話合って年間目標を定め、その目標に即した個人目標を職員全員に設定させています。年 2 回の個人面談で個人目標の達成状況も確認しています。</p> <p>(通番 12) ストレス管理 日帰り社員旅行の毎年実施や保養所等が利用できる福利厚生制度が整備されています。全社員にコンプライアンスホットラインカードが配布され、男性用窓口・女性用窓口等にも分けられ社内通報・相談が出来る仕組みが整備されています。産業医と契約し、14 日以上休職した場合は、産業医の診断を受けて復職することがルール化されています。</p> <p>(通番 20) 個別援助計画等の見直し スタッフ会議や毎日のミーティングで利用者の状況の変化やサービス状況を話し合っています。毎月モニタリングを実施し、介護支援専門員にサービス実施報告書を送付しています。必要に応じて訪問介護計画の見直しをしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 認知症ケア・生活援助サービス・介護サービス等の業務マニュアルが作成され、年 1 回見直しされています。苦情や事故防止策などが業務マニュアルの見直しに反映出来ていませんでした。</p> <p>(通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情処理対応マニュアルを整備して、利用者の意向に対する対応方法を定め、申し送り等で共有しています。利用者からの意見や要望等とその対応方法を記録していましたが、公開が出来ていませんでした。</p> <p>(通番 37) 利用者満足度の向上の取組み 利用者・家族に対してアンケートや満足度調査を実施しておらず、その取組に向けた準備も行われていませんでした。</p>

<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株式会社が運営する介護付有料老人ホーム「ローズライフ高の原」の中にあり、木津川市を中心とする周辺地域の在宅生活を支える訪問介護事業所と居宅介護支援事業所を運営されています。</p> <p>当初は併設の有料老人ホームの入居者を中心に訪問介護事業を実施されていましたが、有料老人ホームが特定施設入居者生活介護事業に転換されたのを機に、周辺地域で生活する高齢者を支援するサービス事業所として事業運営を拡大しておられます。</p> <p>会社全体では、大阪府内や京都府内の5事業所で訪問介護事業を運営しており、他の事業所と情報共有や連携をしながらサービスの質の向上を図っておられます。京阪グループ全体でもストレス管理や法令遵守にも力を入れておられ、コンプライアンスホットラインカードの従業員への配布や、事業所相互に行なう内部監査の仕組みは大変素晴らしいと感じました。また、第三者評価も定期的に受診されており、その後のサービスの質の改善につなげていく取組みは高く評価されます。今回の評価の中でも気づかれたことを今後の実践に繋げて頂きたいと思います。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員間の情報共有の項目で、定期的なケアカンファレンスが行われていませんでした。サービス提供責任者と担当ヘルパー以外の職員の意見も反映できるように、事業所全体で一人の利用者へのサービス提供内容を話し合う機会をつくられては如何でしょうか。 ・ 利用者からの意見や要望等とその対応方法を記録していましたが、公開が出来ていませんでした。 各事業所の利用者の意見・要望・苦情とそれに対する対応策等を、季刊誌やホームページを活用して公開することを試みられては如何でしょうか。 ・ 事業所以外の第三者相談窓口が設置できていませんでした。京阪グループの中にあるお客様苦情窓口等を活用するなどして、直接事業所に伝えにくい利用者・家族の相談窓口を設置されては如何でしょうか。利用者が意見を言える窓口を増やすことがサービスの質の向上に活かされると考えます。
------------------	--

※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)	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・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成27年11月12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。	B	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)理念を明確に定めて事務所に掲示し、職員には理念の掲載された従業員証の携行や定期的な研修を実施している。利用者・家族にはホームページや利用時の説明等で周知している。 2)組織図があり、職責に応じた役員会やケアステミーティング（管理者・サービス提供責任者・ケアマネジャーが参加する会議）、スタッフ会議等で案件別の意思決定方法が定められている。委員会に各部署の代表職員が参加して、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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		3)ケアステミーティングで課題を検討して、事業所内の年間目標を定めている。事業所の「1年後の目標」「3年度の目標」「5年後の目標」を明確に定め、目標の見直しを毎年行っている。 4)事業所目標に沿った、毎月の目標を立て、スタッフ会議で共有している。事業所内の課題を話し合い、その解決に向けた年間目標を定め、その目標に即した個人目標を職員全員に設定させている。年2回の個人面談で個人目標の達成状況を確認している。		
(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。	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。	B	B
		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)入社時研修やコンプライアンス研修を毎年実施し、職員に法令遵守を徹底している。行政機関に届け出が必要な書類等が記載された一覧表を作成してリスト化している。 6)管理者の役割・責任が文書で明確に定められている。年2回の職員面談を実施し、職員の意見を聞く機会を持っているが、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを評価する仕組みはない。 7)管理者は毎日の申し送り等で現状を把握している。管理者は常に施設内で指示できる状況にあり、不在の時は携帯電話で連絡が取れるようになっている。		

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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		8)介護福祉士や介護支援専門員の資格取得のための勉強会の開催や模擬問題集を配布している。採用時には有資格者を採用し、有資格者の配置等を毎月検証している。 9)法人全体で新人研修、ケアマネ・サービス提供責任者研修、リーダー研修等の階層別研修を実施している。施設全体で毎月の勉強会を開催している。法人内の他事業所と合同事例検討会を実施している。 10)実習担当職員を配置し、「実習生受け入れマニュアル」に沿って、訪問介護実習の実習生を受入れている。法人内で介護職員初任者研修講座を開催しており、実習指導者に対しては教育・指導を実施している。		
(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。	B	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。育児休暇や介護休暇規程が整備されており、育児休暇の取得実績もある。 12)全社員にコンプライアンスホットラインカードが配布され、男性用窓口・女性用窓口にも分けられた通報・相談が出来る仕組みが社内に整備されている。産業医と契約しており、14日以上休職した場合は産業医の診断を受けての復職がルール化されている。		
(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。	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)		13)ホームページの開設や基本情報の公開を実施している。パンフレットや季刊誌『ローズライフ』を市役所等の関係機関に配布して、地域への情報提供を行っている。 14)地域住民を対象に介護職員初任者研修講座を実施している。木津川市の介護支援専門員連絡会や地域で開催されている認知症カフェ、京都山城総合医療センターのメーリングリストに参加する等して医療・福祉ニーズの把握に努めている。		

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)事業所の情報をパンフレットやホームページ、季刊誌『ローズライフ』等で分かりやすく提供している。見学や問い合わせの希望に対応している。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		16)契約書や重要事項説明書を用いてサービス内容や料金の説明を行い、本人・家族に同意を得ている。成年後見制度や日常生活自立支援事業のパンフレットを常備し、必要時に情報提供している。		

(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)		<p>17)所定の様式を用いてアセスメントを行い、ADLや介護力等を利用者や家族から聞き取り記録している。介護認定更新時やサービス内容に変更があった場合等、必要に応じて再アセスメントを実施している。</p> <p>18)本人・家族の希望を取り入れながら援助目標やサービス内容を設定した訪問介護計画書を作成し、同意を得ている。サービス担当者会議には必ず参加している。</p> <p>19)退院時には看護サマリーや医療情報提供書等を入手して支援に反映させている。主治医や病棟看護師、訪問看護師等が参加するサービス担当者会議に出席して意見交換している。</p> <p>20)スタッフ会議や毎日のミーティングで利用者の状況の変化やサービス状況を話し合っている。毎月モニタリングを実施し、介護支援専門員にサービス実施報告書を送付している。必要に応じて訪問介護計画の見直しをしている。</p>		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>21)利用開始時には、介護支援専門員を通じて主治医や看護師等からの情報を得ている。介護支援専門員や看護師と連携を図るべく、退院時カンファレンスやサービス担当者会議等に参加している。事業所一覧を作成し、必要に応じて関係機関と連携している。</p>		
(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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22)認知症ケア・生活援助サービス・介護サービス等の業務マニュアルが作成され、年1回見直しされている。苦情や事故防止策などが業務マニュアルの見直しに反映出来ていない。</p> <p>23)利用者ごとにサービス実施記録や経過記録、モニタリング記録等に分類した個人ファイルを整備している。文書管理規程や情報セキュリティ基本規程で記録の保管や持ち出し・廃棄に関する内容を明記している。毎年、事業所内で個人情報保護の研修を実施している。</p> <p>24)毎日の朝礼・夕礼や申し送りファイル、情報交換ノートで利用者の状況等の情報を共有している。登録ヘルパー職員には電話やメールでサービス提供前に連絡を取っている。事業所内でのケアカンファレンスの開催が実施できていない。</p> <p>25)サービス提供責任者が毎月訪問して、利用者・家族との意見交換や面談を実施している。</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、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)		<p>26)衛生管理や感染症対策マニュアルを作成し、必要に応じてマニュアルの更新も行っている。衛生講習会等の勉強会を事業所内で実施している。グローブや手指消毒液、マスク等をヘルパーに常に携帯させている。</p> <p>27)定期的に事業所内清掃を実施し、事務所内も清潔に保たれている。清掃委員会を設置し、委託清掃業者と定期的に打合せを実施している。</p>		

(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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) 事故防止や事故発生時対応、緊急時対応等のマニュアルを整備し、職員に周知している。スタッフ会議の中で緊急時対応研修を実施している。事故や緊急時等における指揮命令系統も明確になっている。 29) 事故報告書やヒヤリハット報告書を作成・記録している。事故防止委員会を設置して、法人内の事故を収集・分析している。毎年、事業所内で事故防止勉強会を開催している。 30) 非常災害対策や地震対応、計画停電等のマニュアルを整備している。併設の有料老人ホームと合同で年2回の避難訓練を実施している。地域との連携を意識したマニュアル整備や訓練は出来ていない。		

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。	B	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) 身体拘束防止や高齢者虐待防止のマニュアルを整備して、職員に周知している。人権に配慮したサービス提供の実施等を入社時研修で周知し、コンプライアンス勉強会を毎年実施している。 32) 入社時研修や毎年の勉強会の中でプライバシーや羞恥心への配慮について教育している。事業所全体で毎年4月にスタッフ心得を確認している。相談援助業務の際には、相談室等の個室を活用してプライバシーに配慮している。 33) 訪問可能エリア内の新規申し込みについては出来るだけ調整して対応している。エリア外や利用日時で派遣調整が難しい場合は、他事業所の一覧を用意し、紹介できる体制を取っている。		
(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。	B	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。	B	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) サービス提供責任者が利用者・家族の要望・意見等を聞くために、毎月1回の個別訪問・面談を実施している。 35) 苦情処理対応マニュアルを整備して、利用者の意向に対する対応方法を定め、申し送り等で共有している。利用者からの意見や要望等とその対応方法を記録しているが、公開が出来ていない。 36) 重要事項説明書に苦情受付担当者や公的機関の相談窓口は明記している。事業所関係者以外の第三者委員の相談窓口は設置出来ていない。		
(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。	C	C
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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		37) 利用者・家族に対してアンケートや満足度調査を実施していない。 38) 各委員会の議事録を回覧し職員で共有している。ケアステミーティングやリーダー会議を毎月開催して、サービスの質の向上について話し合っている。法人内の他事業所の取組内容を全体事業所部会等の会議で意見交換している。 39) 自己点検リストを作成・実施し、それをもとに法人内の他施設職員による社内監査を毎年実施している。第三者評価を定期的に受診している。		