

アドバイス・レポート

平成31年2月7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30年8月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたグランダ南禅寺下河原町ケアステーションにつきましては、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>○サービス計画の策定 顧客満足度調査において、「利用者用」「保証人用」2種類に分けてアンケートを実施することで、多くの意見やニーズを引き出そうとする仕組みがあります。</p> <p>○人材の確保・育成 各種資格において、社内研修や研修費用、参考書購入費用受験料助成などを補助する仕組みがあります。また、介護福祉士、介護支援専門員の資格手当もあります。</p> <p>○利用者保護 高齢者虐待防止において、虐待早期発見のためのセルフチェック表を毎月1回全職員が実施することで、虐待が起こっていないかを確認する仕組みがあります。</p> <p>○質の向上に係る取組 発生した事故に対して、検討した事故対策が有効かどうかを1週間ごとに振り返りを行い、検証する仕組みがあります。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>○地域への情報公開 地域貢献としての取り組みをされているようですが、開催した内容や日時を明確に記載した記録の確認ができません。</p> <p>○事業所情報等の提供 ホームグランダ南禅寺下河原町が主のホームページやパンフレットはありますが、住宅型有料老人ホームの情報が主であり、訪問介護事業所独自のサービス内容や利用料金など策定されていません。</p> <p>○質の向上に係る取組 満足度調査を行い結果の分析や検討を本部で一括して集約する仕組みはありますが、調査の結果を広く公表していることが確認できません。</p> |

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>当事業所は、平成27年10月に住宅型有料老人ホームと併設で訪問介護事業所を開設され、職員が長く勤めることができるように、子育て支援や福利厚生を充実させています。また、職員の能力向上が図れるようにキャリアアップ制度を行うなど、人材育成と研修に力を入れることを考えておられます。さらにサービスの質の向上や地域に開かれた事業所になることを期待し、以下のとおりアドバイス申し上げます。</p> <p>○業務マニュアルの作成 新入社員研修テキストをマニュアルとして使用されていますが、独自のマニュアルが確認できないものがありました、テキストをマニュアルに作り替え年度ごとに更新していかれては如何でしょうか。</p> <p>○地域への情報公開 住宅型有料老人ホームの入居者に対するサービス提供となっていることから町内会に加入していますが、地域住民との接点が少ない様に見受けられます。また、ホームページはありますが、事業所独自の情報を発信することができません。まずは、事業所独自のパンフレットを作成するなどして事業所の取り組みやどのような事業所なのかを広く知ってもらうことから始められ、「ベネッセスタイルケア」や「10の行動基準」の理念を明確にされていますので、独自の広報誌やパンフレットに掲載されては如何でしょうか。</p> <p>○地域への貢献 地域に開かれた事業所でありたいと考えておられますので、研修会や事業所連絡会に参加するだけでなく、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議に積極的に事例を出したり、認知症に関する取り組みについて企画段階から関わらせてもらうなど主体的に行動されては如何でしょうか。</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 | 2670601158 |
| 事業所名 | グランダ南禅寺下河原町ケアステーション |
| 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30年11月2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. 組織の理念や運営方針が職員に浸透する取り組みとして、ホームミーティングや利用者、家族が参加する運営懇談会にて取組みを報告をしています。また、「ベネッセスタイルケア宣言」により5つの行動宣言と10の行動基準を理念とし、全職員が名札の裏に携帯しています。 2. 「役割分担図」で管理者の役割を明確にしています。月1回「ホームミーティング」で現場の意見を吸い上げ、「関西のホーム長会議」で検討し、検討した内容を「訪問会議」で協議するなど、職員の意見を反映す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 | 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 | A |
| | (評価機関コメント) | | | 3. 単年度計画を立て事業運営していますが、達成期間を明確にした中・長期計画は作成していません。 4. 業務レベルの課題を設定し、業務に取り組んでいます。また、訪問介護員それぞれが自身の課題を把握し、目標を設定するなどの役割に応じた業務に取り組む仕組みがあります。 | | |
| (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組みを行っている。 | B | B |
| | 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 | 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. 運営管理者は、関西エリア本部全体で行われる「事業理念/BSC宣言」の研修を受けています。月1回の「ケアステーション会議」を通して職員伝達したり、インターネットを活用し情報収集していますが、法令のリスト化はしていません。 6. 運営管理者を自ら評価するシートがあり、職員アンケートを通じて責任や能力などの評価を受ける仕組みがあります。 7. 運営管理者は、常時携帯電話を携帯し「緊急連絡網」に沿って、指示を仰ぐ体制をとっています。また、社内メール「サービスナビゲーションシステム」で連絡を取れる仕組みもあります。 | | |

| 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。 | B | C |
| | | (評価機関コメント) | | 8. 資格取得支援制度があり、参考書購入費用、研修受講費用、受験料などを補助する仕組みがあります。採用後の研修プログラムに沿った研修も実施しています。 9. 「ケアステーション研修計画」があり、学習委員会が企画した研修会を2~3か月に1回開催しています。「わたしの成長プラン」にて各職員が年度目標を立て、進捗状況の確認やアドバイスをを行い、毎月上司がコメントする仕組みがあります。 10. 実習を受け入れた実績がなく、実習を受け入れるための基本姿勢の明文化や体制の整備を行っていません。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 11. 職員の残業時間や有給の取得率などを本部の人材開発部が把握し、管理者が職員との面談を通じて意向などを確認しています。原因を分析した結果について、改善策を検討するなど労働環境水準に配慮しています。 12. ストレス解消やメンタルヘルスの体制を確保するため、「ベネッセグループ健康ダイヤル24」や「ヒューマン・フロンティア相談室」があります。ベネッセ活性化プロジェクトにて、活性化交流会やスポーツ大会を実施しています。 | | |
| (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 | B |
| | | 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. 事業所独自の取り組みとして、地域住民をご利用者サークル活動の講師として招いています。但し、ホームページやパンフレットに訪問介護の事業所情報を広報するための具体的な取り組みがありません。 14. 地域包括支援センターの広報誌を通じて、地域住民向けに「フットケア教室」を開催しています。町内会に加入しています。 | | |

| 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 15. 利用者の問い合わせや見学は「お客様カード」に記入し対応しています。グランダ南禅寺がメインとなったホームページやパンフレットがありますが、訪問介護に特化した情報内容がありません。 | | |

| | | | | |
|-------------------|----|---|---|---|
| (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. 重要事項説明書を用いて説明しています。成年後見制度の活用が必要な場合は、介護支援専門員と連携を取っています。 | | |
| (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を活用し利用者の状況を把握しています。また、3ヶ月ごとにモニタリングを実施しています。 18. 訪問介護サービス計画書やサービス内容指示書を活用しています。サービス内容指示書は、都度見直しを実施しています。 19. サービス担当者会議の参加や住宅型有料老人ホームの専門職とも連携を取り、訪問介護サービス計画書やサービス内容指示書等に反映しています。 20. 定期的な見直しや都度のサービス内容指示書の見直しを実施しています。サービス内容指示書の変更時には、住宅型有料老人ホーム併設の専門職の意見も反映させています。 | | |
| (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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 21. 利用者それぞれのかかりつけ医を緊急時等も把握できるように「ご入居様かかりつけ医一覧」を作成しています。住宅型有料老人ホームの看護師を通じて、かかりつけ医と連携できる体制もあります。利用者の入退院時は、退院前カンファレンスに参加や介護支援専門員等と連携しています。 | | |
| (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。 | B | 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。 | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 22. 「入社時テキスト」に各種マニュアルがあり、採用時の研修でも活用しています。「入社時テキスト」からイラスト入りの手順を取り出し、緊急時にも対応できるようにしています。但し、マニュアルの定期的な見直しの基準や確認する仕組みがありません。 23. 「情報セキュリティ共通研修」を年1回開催し、全員が参加しています。記録の保管や持ち出し等については、「サービス提供責任者マニュアル」に規定があります。 24. 住宅型有料老人ホームの共有システムの「連絡ノート」や毎日朝・夕の申し送りで日々の職種間で情報共有を行っています。また、月1回のケアカンファレンスにおいても情報の共有を図っています。 25. 「南禅寺だより」を毎月発送しています。家族等が来訪時に利用者の状況を伝えています。また、利用者の状態変化があった際には電話で報告していますが、来訪や状態変化がない方については情報交換や共有の機会がありません。 | | |

| | | | | |
|-----------------|----|---|---|---|
| (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. 年1回は全員参加できるように「入社時テキスト」のマニュアルに基づく「感染症研修」を実施しています。また、入居者・スタッフや来訪者にうがいや手洗い等を促し、感染の予防に努めています。 27. 事業所内の清掃はスタッフがを行い、清潔を保っています。施設内は、定期的に委託業者が行っており「外注委託先訪問日時確認シート」を活用し衛生管理に努めています。 | | |
| (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。 | B | 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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | 28. 「緊急時対応マニュアル」を月1回の「ケアステーション会議」で周知しています。事故や緊急時には「即時報告事項」で指揮命令系統が確認できる仕組みがあります。「緊急時対応マニュアル」を常備し、夜勤スタッフが速やかに対応できるように努めています。 29. 事故が発生した場合は、即日家族に報告し、保険者へは本部を通じて報告を行っています。住宅型有料老人ホームの共有システム内の「事故報告」を作成し、発生後1週間は毎日朝・夕の申し送り対策の振り返りと見直し、継続の評価を実施しています。週1回、サービス提供責任者とケアワーカー、ホーム内の看護師、リハビリスタッフと事故報告書の対策と1週間の振り返りを行い再発防止に努めています。 30. 「災害対応マニュアル」が整備し、発生時の指揮命令系統は「即時報告事項」で明確にしていますが、地域との連携を意識したマニュアルの作成や訓練は実施されていません。 | | |

| 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。 | B | B |
| | | 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 31. 「ベネッセスタイル宣言」で、利用者の意思決定を尊重したサービスを提供することを明確にしています。毎月「虐待早期発見のためのセルフチェック」をスタッフ全員が行い、「身体拘束廃止・虐待防止委員会」を月1回開催しています。 32. プライバシー保護について職員への意識づけするためにセルフチェックを行っています。プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供や援助方法を、口頭での指導を行っていますが、勉強会や研修会は行っていません。 33. 利用申込があった場合は、断ることなく利用の受け入れを行っています。 | | |

(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 | 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. 意見箱の活用、「クレーム・ご意見・ご要望報告書」の作成をしています。毎年の運営懇談会で、利用者への個別相談面接を実施しています。 35. 意見・要望・苦情は、住宅型有料老人ホーム共有のシステムの「クレーム報告書」に記録を残してサービス提供に役立っていますが、運営懇談会のための報告になっており、改善状況を公開する具体的な仕組みはありません。 36. 重要事項説明書には、公的機関や本部の相談窓口は記載されていますが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置されていません。 | | |

(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。 | B | 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. 毎年「お客様アンケート」を実施して本部の人材開発部で結果分析し、運営ミーティングでアンケート内容や意見を検討しています。 38. ホームミーティングで「事故予防・サービス価値向上評価」を行っています。3ヶ月に1回開催の関西エリアのサービス提供責任者会議で、他事業所の取り組みと比較検討を行っています。 39. 年に1回、本部の担当者が住宅型ホーム内部監査基準評価を実施しています。結果は本部で分析し、運営管理者に報告される仕組みがあります。また、各職員が「わたしの成長プラン」に将来の夢、今年度取り組んでいくこと、上・下半期目標などを記載し、毎月上司が進捗状況の確認を行ない、ノートにコメントとする仕組みがあります。 | | |