

アドバイス・レポート

2020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

2019年8月16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

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点とその理由 (※)</p> | <p>○研修計画策定と実施 年度ごとに研修計画を立てて、事業所内で全員参加が出来るように月に2回研修日を設けておられます。事業所内の研修は、職員が交代で講師を務めておられ、事前に管理者と研修内容についての勉強会を実施しているとの事でした。研修後は全員が研修報告書を作成しておられます。</p> <p>○情報共有 今年度からクラウドシステムによるICTを導入し、記録や情報の管理等の業務効率の改善に取り組んでおられます。システムの導入までに何度も話し合いを行い、職員同士で協力して利用方法を伝達されたり、勉強されたりしたとのことです。ヘルパーが援助先から記録を送信したり、必要な利用者の情報や過去のデータを確認する等情報の共有に活用しておられます。</p> <p>○管理者のリーダーシップ 管理者は、月に1回のヘルパー会議や常勤会議を行い、職員とサービス内容や運営について検討しておられます。評価シートを基に職員と面談を行い、職員から意見を聞く機会を持っておられます。また、全職員から無記名で、管理者やサービス提供責任者への評価を含む、事業所評価の実施しや定期的に懇談会を行い、職員間のコミュニケーションを円滑に運ぶことができる工夫をしておられます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>○課題の明確化 第三者評価を受診し、年度末には、職員全員で自己点検をしておられ、評価の検討もしておられますが、課題の明確化が不十分で、次年度の事業計画に反映出来ていません。</p> <p>○ヒヤリハット分析 ICTシステムを導入してから、ヒヤリハットの報告が増えたとの事で、事故やヒヤリハットはヘルパー会議で報告され、改善の検討をしておられますが、分析までには至っていません。</p> <p>○意見・要望・苦情の公開 年に1回、満足度調査を行い、3か月ごとのモニタリングで利用者や家族から意見、要望、苦情等の聞き取っておられ、ヘルパー会議での報告、改善に努めておられますが、改善状況についての公開は行っておられません。</p> |

| | |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>ラ・ポールらくさい訪問介護事業所は、経営母体が（有）ラ・ポールおとくにケアサービスで、サービス付き高齢者向き住宅、小規模多機能型居宅介護、家政婦紹介所を運営しておられます。事業所は、洛西地域にあり、昔からの住民が住んでおられる地域とニュータウンが隣接しているところにあります。そのため、地域への支援に力を入れておられるとの事で、洛西地区と隣の長岡京市を主にサービス提供しておられます。職員の確保には苦慮しておられるとの事ですが、定期的に職員同士の懇談会をしておられ、良い雰囲気の仕事しておられることが伺われました。今年度は、以前から検討しておられたICTシステムの導入を始められ、職員がスマートフォンを利用して、伝達、記録、情報共有等のサービス管理をしておられます。このシステムの活用に至るまでに、職員全体で取り組んでこられたとの事でした。今後さらにICTシステムの機能を活かして業務効果をアップしサービスの質の向上を目指していただきたいと思えます。</p> <p>○課題の明確化 定期的に第三者評価を受診し、毎年、自己点検や満足度調査を実施しておられますので、結果等を基に現状分析を行い、サービス内容の改善課題や問題点を明らかにして、次年度の計画に反映されてははいかがでしょうか。到達目標や年度ごとに達成すべき目標が、より明確になると思えます。</p> <p>○苦情ヒヤリハットの分析 ICTシステムの導入により、ヒヤリハット報告の件数が増えたとの事です。ヒヤリハットや事故は、ヘルパー会議で報告を行い、対応について検討しておられますが、分析するまでは至っていないとの事です。発生の場所、時間、対応の状態等について収集したデータを分析することで、注意喚起するところが明確となり、リスクの軽減につながると思えます。</p> <p>○意見・要望・苦情の公開 ヘルパー会議で報告し、対応を検討しておられますが、苦情の件数は少ないとの事でした。意見や要望についても対応、改善したことを公開していくことで、さらなる要望が上がり、サービスの向上につながると思えます。公開の方法を検討されてはいかがでしょうか。</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 | 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 | 2019年11月14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. 理念と運営方針を事業所内に掲示し、ヘルパー会議で周知しています。年一回発行している広報誌「ラポール通信」に理念を掲載して利用者や近隣に配布しています。 2. 定期に開催しているヘルパー会議で、職員からの意見を聞き取り、常勤会議で業務改善について検討しています。運営規程に職務権限を記載し、各責任を明確にしています。 | | |
| (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 | 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 | B |
| | (評価機関コメント) | | | 3. 常勤会議で話し合い中長期計画を策定し、その内容に基づき年間計画を策定しています。ヘルパー会議で職員に説明し、事業所内にも掲示して周知しています。 4. 年間計画に基づき、研修計画を作成して、職員の知識技術の向上を目指しています。課題の達成状況を定期的に確認する仕組みがありません。 | | |
| (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. 管理者は法改正のセミナーに参加して、職員に周知しています。コンプライアンスマニュアルを策定し、事業所内で、法令遵守に関する研修を実施しています。また、必要な法令がすぐ調べられるように、一覧を作成して事業所内に掲示しています。 6. 管理者は職員とヒヤリングを行い、意見を聞く機会を持っています。また、事業所評価を無記名で実施して、管理者、サービス担当責任者の評価も行っています。 7. ICT（情報通信システム）を導入し、スマートフォンを利用して、ヘルパーからの情報を随時確認しています。緊急時の連絡網を作成して職員に配布しています。 | | |

| 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. 採用基準の考え方を明確にして、人材確保の改善に努めています。介護福祉士の取得の研修受講等の為、業務の調整を行っており、合格者にはお祝いをしています。 9. 年間研修計画を策定し、月ごとにヘルパーが講師を務めて研修を実施しています。ヘルパーは、講師をする前に管理者と勉強会を行うなど、お互いが学び合う機会としています。キャリアアップの為に体系的な研修は外部で受講しています。 10. 「実習生受け入れマニュアル」を策定し、受け入れに関する基本姿勢を明文化しています。実習受入指導者研修を受講しています。 | | |
| (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. 有給休暇は台帳で管理しており、事務職員が取得状況を確認し、管理者が取得を促しています。職員の負担軽減のため、腰痛ベルトを常備し、使用できるようにしています。また、事務イスを新しい物に交換し、事務作業の負担を軽減しています。 12. ヘルパー会議の後に懇親会を行い、職員の要望を聞く機会としています。また、ヘルパー業務の移動時間の合間に休憩できるスペースを設けて、職員が出入りしやすい環境を整えています。しかし、外部カウンセラー等専門職による相談体制は、整えていません。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 13. 広報誌「ラポール通信」を地域に配布しており、また、事業所の玄関にも掲示しています。情報の公表については、契約書で説明し、玄関表の掲示板で広報しています。 14. 事業所の職員が、地域住民向けに「腰痛予防体操」の講習会を実施し、近隣住民にチラシを配布して広報しています。2ヶ月に1回、区役所のサービス調整連絡会議に出席し、地域の情報やニーズの把握に努めています。 | | |

| 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. ホームページへの掲載、パンフレットの配布をして事業所の情報を提供を行い、電話での問い合わせ等に対応しています。 | | |

| | | | | |
|-------------------|----|---|---|---|
| (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、重要事項説明書は、文字を大きくして読みやすくしており、保険外サービスを含め、利用料金はわかりやすく記載しています。権利擁護事業が必要と思われる利用者については、ケアマネジャーに情報提供しています。 | | |
| (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. 独自のアセスメント様式を用いて、6か月に1回実施しています。主治医やケアマネジャーからの意見を参考にしています。 18. アセスメントに基づき、個別援助計画を作成しています。サービス担当者会議に参加し、利用者、家族に個別援助計画の同意を得ています。 19. 個別援助計画は、ケアマネジャーを通じて、医師等の専門家の意見を参考に作成しています。 20. 3か月ごとにサービス提供責任者がモニタリングを行い、また、ヘルパーからサービス提供時の状況報告を受け、必要に応じてケアマネジャーに情報共有を行い、個別援助計画の見直しを行っています。計画見直しの際は、他のサービス事業所等とも情報交換しています。 | | |
| (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. ケアマネジャーを通じて、医療機関、関係機関と情報交換を行っています、また、必要に応じて行政や地域包括支援センターと連携してサービス提供を行っています。 | | |
| (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 | 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. 「実技マニュアル・手順書（生活援助マニュアル）」「知識・管理・各種マニュアル」を整備し、1年に1回定期的に見直しをしています。 23. 「サービス手順書」を作成し、アプリを利用してサービス内容を記録して、計画に基づいてサービス提供ができたかをチェックすることができます。 24. ICTを導入し、職員全員への情報共有や引継ぎ、申し送り事項を共有しています。また、ヘルパー会議で利用者のカンファレンスで、意見交換を行っています。 25. サービス担当者会議やサービス提供時に家族と面談し、モニタリング等の情報を伝えており、連絡ノートを通じて情報交換を行っています。 | | |

| (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、食中毒予防マニュアル」を整備し、年1回研修を行っています。また、ビニール手袋、消毒液、マスク、足カバー、予防衣を常備して2次感染予防に努め、職員はインフルエンザの予防接種を会社負担で受けています。 27. 事務所は、明るく清潔に保たれており、職員で清掃を行いチェックシートで確認しています。 | | |
| (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 | 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) | | 28. 「緊急時事故対応マニュアル」を整備して、「対応策と連絡網」を作成し職員に配布しています。事故防止と緊急時対策の研修を行っています。 29. ICTを利用してすぐにヒヤリハット等の報告を行うことが出来るようになり、収集事例が増えています。事故やヒヤリハット事例はヘルパー会議で報告し、再発防止に向けて話し合っています。ただし、分析が不十分で事故防止策の評価までには至っていません。 30 「非常災害時マニュアル」を整備しています。アプリを利用して、職員一斉に地震災害の訓練を実施しています。しかし、地域と連携した訓練の実施までは行えていません。 | | |

| 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. 「倫理規程マニュアル」を整備しています。虐待を発見した時の情報共有の仕組みがあり、高齢者虐待防止に関する研修を行っています 32. 「プライバシー保護マニュアル」を整備し、定期的に見直しをしています。プライバシーに配慮した言葉かけや介助の方法について事例をもとに研修を行っています。 33. 利用増回等でサービス提供が困難な時は、ケアマネジャーに相談して、他事業所の利用を検討してもらう等の対応しています。 | | |

(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。 | 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. 3か月ごとにサービス提供責任者が利用者や家族と面談を行い、要望や意見を聞き取っています。 35. 「苦情相談対応マニュアル」を整備し、苦情を受けた際はサービス提供責任者が迅速に対応しています。また、ヘルパー会議で職員に周知し、改善策を検討しています。しかし、意見、要望、苦情についての改善状況を公開するまでには至っていません。 36. 契約書、重要事項説明書に、公的機関の苦情相談も窓口を記載していますが、第三者の相談も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 | 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 | B |
| (評価機関コメント) | | 37. 年に1回利用者満足度調査を実施しています。集計、分析を行いヘルパー会議で報告、改善について話合っています。 38. ヘルパー会議や懇親会でサービスの質の向上について、話し合っています。ICT導入に際しては、何度も検討を重ね、他の事業所からの意見を参考にしています。 39. 職員全員で、事業所の自己点検を行つています。第三者評価は3年に1回受診していますが、評価結果から課題の明確化が不十分で、事業計画への反映が出来ていません。 | | |