

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 11 月 26 日

平成 22 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メッセージ ケアプランセンター京都嵯峨野につきましては、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>	<ul style="list-style-type: none"> ● 管理者によるリーダーシップの発揮 本部の管理体制のもと組織図、職務分掌、職務権限規程等も明確であり、管理者が職員の意見を把握できる機会も確保しています。また、管理者が職員から信頼を得ているかを評価できる体制も整備しています。 管理者は、自らの役割と責任を明らかにし、事業運営をリードしています。 ● 労働環境の整備 次世代育成支援対策推進法の「くるみん」(※「くるみん」とは事業主が、従業員の子育て支援への取り組みで一定要件を満たした場合に厚生労働大臣から認定を受けることができる仕組み)の認定を受け、看護休暇、保育料の補助、ベビーシッター補助金制度等を充実させて子育てをする職員のサポートをしています。 ● 個別状況に応じた計画策定 本部で独自に作成したアセスメント様式を使用し、ICFの考えに基づいたきめの細かいアセスメントとなっています。その上で現況を把握し、自立支援の視点のもと利用者の希望を組み込んでケアプランを作成しています。短期目標の設定ごとに達成状況を確認し、必要な場合は再アセスメント、ケアプランの変更と細かに見直しを行っています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画の策定 法人としての計画策定はありますが、本事業所として単年度計画、さらに中・長期計画はなく、課題の把握もケアプランの作成に限られています。 ● 地域への貢献 法人の取り組みはありましたが、居宅介護支援事業所としての機能を地域に還元している状況は見られませんでした。 ● 質の向上に係る取組 年に一度高齢者専用賃貸住宅Cアミーユの入居者に対してヒヤリングによる調査を外部委託して実施していますが、居宅介護支援事業所部分については、4項目のみの調査で十分でない上、その結果が、サービスの改善に結びついていません。

具体的なアドバイス	<p>本事業所は、高齢者専用賃貸住宅Ｃアミーユ「京都嵯峨野」の１階にありましたが、２２年１０月に西京極公園前に移転しました。これまで、「京都嵯峨野」「京都東向日」「西大路八条」の三カ所のＣアミーユの入居者のケアプラン作成を中心に事業を展開していましたが、今後は、地域の方のケアプランも作成する予定です。</p> <p>本部の指導のもと所内では管理者がケースのスーパーバイザーの役割も果たし、利用者本位のケアプラン作成に取り組んでいます。今後、更なる向上のため以下のアドバイスをします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 計画の策定 <p>法人本部の事業計画に沿って本事業所は運営をされていますが、その計画策定に職員の意向を反映されるためには、事業所としての単年度計画を策定することが重要と考えます。そのためには、事業所としての課題の把握、明確化に取り組む必要があります。課題の達成状況を把握し、分析することでさらに事業所の発展が見込まれると考えます。</p> ● 地域への貢献 <p>今回の移転を機に、今後は地域の居宅介護支援事業所として地域の方のケアプランを作成する中で、地域での有機的なネットワークを構築され、事業所の有する機能を地域に還元する取り組みをされることを期待します。</p> ● 質の向上に係る取組 <p>サービスの向上のための検討組織を事業所内に作り、満足度調査の内容に検討を加えられとともに事業所として分析・検討を行い、課題を明らかにした上で具体的な取組に繋げていかれることで質の向上が担保されると思います。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	26707000695
事業所名	メッセージケアプランセンター京都嵯峨野
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)	
訪問調査実施日	平成22年10月25日
評価機関名	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. 法人本部で管理運営規定が整備され、「やっていますか？100」(※法人本部が発行しているテキストで、10の理念を基に、利用者との関わり方等を100項目に分けて確認するものとなっています)を構成する10の理念が職員に周知されるように実践しています。 2. 経営会議規程、定款、組織図が整備され、各担当者の職務権限が明記されています。			
(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	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. 全国組織である法人で事業計画が策定され、本事業所でもそれに基づいて行っていますが、本事業所としての目標の実現に向けた中・長期計画はありません。 4. 業務レベルの課題は本部の教育研修部において設定され、本事業所においても取り組んでいます。達成状況を定期的に確認・見直しをする仕組みがありません。			
	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. 遵守すべき法令などについては全体で周知する仕組みが整っています。コンプライアンス規程・個人情報使用同意書等でも法令遵守に関し確認出来ました。 6. 職務権限規程で職務分担を明確にしています。管理者は定期的に職員と面接を行い、業務についての相談などに対応しています。また、「360度評価」により自らの評価・信頼を得ているかをも確認できる体制にあります。 7. 緊急時対応マニュアルで管理者が指示できるシステムを整備しています。携帯電話での随時状況確認と充実した社内メールシステムを利用しています。			

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	C
		(評価機関コメント)		8. 質の高い人材確保のためのマニュアル、資格取得報奨金制度、キャリアアップ制度があり、研修システムも充実しています。 9. 法人本部での新人、現任職員の充実した研修プログラムを整備しています。また、法人外への研修への参加もしています。 10. 実習生の受け入れが今までになく、実習受入をする体制が整備されていません。		
(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、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. 次世代育成支援対策推進法の「くるみん」の認定を受け、看護休暇、保育料の補助、子育てサロン、ベビーシッター補助金制度等の制度を充実させて子育てをする職員のサポートをしています。 12. 職員が相談できるシステム「なんでもコール」が本部にあり、また、本年10月に産業医との契約も締結しています。		
(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。	C	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	B
		(評価機関コメント)		13・14. 本事業所を高齢者専用賃貸住宅Cアミュー入居者だけでなく、地域の皆様にも利用しただけにと本年10月に現住所地に居宅介護支援事業所を移転しています。今後は、より地域に密着したサービス提供とネットワークの構築を図っていこうと考えています。		

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. リーフレットを作成し、運営方針や支援の内容をあきらかにしています。		
(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. 権利擁護のリーフレットを備え付けており、成年後見人と契約を結んでいる利用者もあります。		

(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. 本部で独自に作成されたアセスメント様式を使用しています。ICFの考えに基づいたきめの細かいアセスメントとなっており、利用者の状況把握がきちんとできています。</p> <p>18. 利用者及び家族の希望を尊重した目標の設定となっており、自立支援の視点のもとケアプランが作成されています。</p> <p>19. 担当者会議の開催や医師との間では、右京区内で作成されたFAX照会用紙を用いて専門家との意見交換を行っています。</p> <p>20. 毎月モニタリングを実施し、短期目標の設定ごとに達成状況を確認し、必要な場合は再アセスメント、ケアプランの変更と細かに見直しをしています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		21. 利用者の多くはCアミーユの入居者であり、往診時には医師より介護支援専門員に対し情報提供があります。		
(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、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	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	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)		<p>22. マニュアルは整備され、法人本部の教育研修部がマニュアルの改訂をしています。</p> <p>23. 利用者の記録は整備されています。情報開示の方法についての研修は不十分でした。</p> <p>24. 事業所内は3グループ体制でカンファレンスを実施しています。グループ内で情報の共有と意見の集約を行っています。</p> <p>25. 利用者の家族の訪問に合わせて面談したり、メールや電話、FAXを利用して情報交換を行っています。</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)		26. 法人本部研修で感染症に関する研修を実施しています。		
(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。	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	A
(評価機関コメント)		<p>28. Cアミーユ併設の事業所としての事故や緊急時等の対応は定められていましたが、移転後の地域との連携を意識したマニュアルにはなっていません。</p> <p>29. 事故報告書や記録を作成し、カンファレンスで再発防止のための対応を検討し、ケアプランに反映するようにしています。</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	30	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	31	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	32	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)		30. 運営方針に利用者の意思を尊重してケアプランを作成することを明記し、身体的拘束等の研修を実施しています。 31. 「やっていますか?100」に基づいて研修を実施し、ケアプラン作成時にプライバシー保護の視点を入れたプラン作りが出来るようにしています。 32. Cアミーユの入居者のケアプラン作成が中心ですが、地域の方の申し込みを断ることなくケアプランを作成する方針です。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	B
		意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	34	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	35	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)		33. 苦情等をグループ内で共有・理解していますが、事業所内全体のものとはなっていません。 34. 利用者の意向を迅速に報告し対応していますが、改善状況については公開していません。 35. 公的機関の窓口の紹介はしていますが、相談窓口としての第三者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	36	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	B
		質の向上に対する検討体制	37	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	B
		評価の実施と課題の明確化	38	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)		36. 年に一度ヒアリングによる調査を外部に委託していますが、その結果に基づいての改善計画はありません。 37. スーパーバイザー会議や管理者ミーティングで検討され、職員に情報伝達していますが、サービス改善等のための具体的な取組みにはつながっていません。 38. 昨年に引き続き第三者評価を受診していますが、評価の結果を事業計画に反映させていません。		