

アドバイス・レポート

平成27年3月6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26年12月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市東山ケアプランセンター）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>○組織体制 事業所の職員会議を週1回開催し、その内容を法人本部の介護事業部や施設福祉推進室も参加する施設長会議や介護支援専門員会議で検討しています。</p> <p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者が事業計画の素案を作成して職員会議で決定しています。年に1回は職員に対して個別のヒヤリングをして意見を聞いていますし、希望に応じてヒヤリングをしています。管理者が自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかについては、法人本部が、直接職員にヒヤリングしています。また、今年度は経営コンサルタントの導入により上司の対応について匿名のアンケートを実施しています。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定 全社協版のアセスメントシートを使用して利用者や家族の状況や希望を聞き取り自立支援のためのケアプランを策定しています。主治医に対して電話やファックス、メールなどで意見照会を行う等、連携を密にしています。毎月のモニタリングで、サービスが適正かどうかやプランの達成度を確認するとともに、利用者や家族に満足度を聞き取りながら見直しを行っています。また、職員相互でチェックを行い、客観的にケアプランの適正化を図っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定 法人、事業所ともに単年度計画は策定していますが、中・長期計画はありません。サービスの質の向上のためには中・長期を見据えた課題の設定が必要と考えます。</p> <p>○業務マニュアルの作成 業務マニュアルはありますが、見直しの基準が定められていません。また、見直しに際して苦情や満足度調査の結果などを反映する仕組みが見当たりませんでした。最低でも年に1回は、見直しの機会を作ることが重要と考えます。</p> <p>○事故等の再発防止 今年度事故、ヒヤリハット報告ともにありません。事故とヒヤリハットの定義が不十分だと考えます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>介護支援専門員が4名という事業所で、今年度からは特定事業所加算Ⅱを算定できるようになりました。併設の地域包括支援センターやデイサービスセンターと連携をしてサービスを提供しています。ケアプランの相互チェックをするなど質の向上に熱心に取り組んでいますが、さらにサービスの質を高めるために以下のアドバイスをいたします。</p> <p>○計画の策定 単年度計画だけではなく、組織としてサービスの質の向上を意識した中・長期計画を策定することで、単年度では解決できない課題を継続して積極的に取り組むことができるようになると思います。また、見通しを持って仕事に取り組めますので、職員の仕事に対する心構えも変化するのではないのでしょうか。職員会議や法人の介護支援専門員会議で出てきた課題を短期・中期・長期の目標と分けて検討することから始めると取り組みやすいと思います。</p> <p>○業務マニュアルの作成 業務マニュアルは、平成26年4月に介護支援専門員会議で話し合い、見直しをしていますが、今後の見直しの時期が未定です。最低でも年に1回見直しの機会を作ることをお勧めします。また見直しに際して苦情や事故防止策などを反映すればより良い業務マニュアルになると思います。新規採用があった際の研修に利用しやすいマニュアルを作るようにすれば、更に実用的なマニュアルになると考えます。</p> <p>○事故等の再発防止 事故と「ヒヤリハット」の定義を明確にすることが必要と考えます。事故防止に対する認識を高めるためにも、まず「ヒヤリハット」の報告を意識していくことから始められてはいかがでしょうか。その後、「ヒヤリハット」を種類別、時間帯別に分ける等して分析することで事故防止へと繋がると思います。</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)

※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	2670800073
事業所名	京都市東山ケアプランセンター
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27年1月14日
評価機関名	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. 理念や運営方針を事務所に掲示した上で職員会議で職員に浸透するよう確認しています。 2. 介護事業部の施設長会議や各ケアプランセンターからの代表で構成する介護支援専門員会議があります。その2つの会議には法人本部の管理職の参加があり、職場会議などで出た意見を吸い上げる仕組みになっています。職場の事務分掌は明確に規定しています。		
(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。	B	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. 単年度計画は法人、事業所ともに策定していますが、中・長期計画は策定していません。 4. 単年度計画は上半期、年度末総括をしています。業務レベルごとの課題の設定は不十分です。		
(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. 法令等に関する情報は法人本部で把握して事業所に情報を周知するようにしています。職員には職員会議で周知するようにしています。 6. 事務分掌で役割を明確にしています。法人本部の管理職が直接職員にヒヤリングをする機会を設けており、事業所の管理者の評価をしています。 7. 管理者は、常時携帯を所持して連絡ができる体制にしています。業務日誌により職員の状況を把握しています。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 法人が主任介護支援専門員の資格取得のための講座の受講費用の負担をしてその受講を勤務時間内にすることで支援をしています。 9. 法人で体系的に定められた研修計画があります。事業所としては、職員会議で事例検討等学びあうための研修をしています。また、地域の連絡会等で開かれる研修会に積極的に参加しています。 10. 「実習生受け入れ要綱」を法人で定めて基本姿勢を明らかにしています。社会福祉士実習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。	A	B
		(評価機関コメント)		11. 勤務月報を作成して有給休暇の消化状況や時間外労働の管理をしています。 12. 産業医による相談体制を確保していますが、休憩室がなく相談室と兼用になっています。		
(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。	B	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. リーフレットの作成やホームページの開設で情報を公開していますが、情報の公表について積極的な公開はありません。 14. 地域包括支援センター主催の「認知症サポーター講座」に参画したり、地域の2学区の祭りに相談ブースを出しています。		

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. 地域包括支援センターをはじめ、病院、区役所や家族など様々な経路からの相談を受け付け個別の状況に応じて対応しています。		

(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. 成年後見制度の利用が適切なケースについて、地域包括支援センターや区役所等と連携しながら利用を進めています。			
(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. 全社協版のアセスメントシートを使用して利用者の様々な状況を把握しています。 18. 利用者や家族の希望を聞き取り自立支援を勘案しながら希望に沿ったケアプランを策定しています。 19. 利用者の主治医に対して電話やファックス、メールなどで意見照会を行い、得られた情報を反映したケアプランを策定しています。 20. 毎月のモニタリングで、サービスが適正かどうかやその達成度を確認するとともに利用者や家族に満足度を聞き取りながら見直しを行っています。職員相互でチェックを行い、ケアプランの適正化を図っています。			
(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. 「入退院時情報提供用紙」を利用して主治医や病院と情報を交換しています。「個別情報確認シート」を作成し、必要な情報が一目でわか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。	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。	A	A
(評価機関コメント)	22. 法人内の介護支援専門員会議でマニュアルを見直していますが、アンケート結果等を反映した見直しにはなっていません。又、見直しの基準は定めていません。 23. マニュアル、「文書等冊目録」の基準に基づき文書の保管、保存、持ち出し、廃棄について管理しています。記録の管理、個人情報保護については、研修や職員会議などで確認しています。 24. 毎朝夕のミーティングや週1回の職員会議などを利用して職員同士緊密に情報共有しています。ケアカンファレンスは月1回開催し、現在のケースと終了したケースの検討をしています。 25. 直接訪問する以外に遠方にいる家族には電話やメールを利用して適宜情報交換をしています。			

(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。	B	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)		26. 感染症対応マニュアルを活用して併設のデイサービスセンター職員と合同で研修を実施していますが、マニュアルの見直し・更新は定期的に行われていません。 27. 毎日職員で清掃を行い整頓にも努めています。		
(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	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. 様々な事故を想定しその内容に沿ったフローチャートマニュアルがあります。救急救命講習に参加しています。 29. 今年度事故、ヒヤリハット報告ともにありません。事故やヒヤリハットの定義についての認識が不十分な部分があります。 30. 併設のデイサービスセンター職員と合同で避難訓練を行っていますが、地域との連携を想定した訓練は行われていません。		

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。	A	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。	A	A	
(評価機関コメント)		31. 高齢者虐待については、事業所内研修や外部研修の受講報告会をしています。 32. プライバシー保護についての研修は確認出来ませんでした。 33. 申し込みのあったケースについては断らず受け入れています。				
(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。	A	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	A	
	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	A	
(評価機関コメント)		34. 苦情・意見等はマニュアルに従い対応しています。意見・要望・苦情の重要性については職員会議で確認しています。 35. 法人でユーザーアンケートを実施し、本事業所に出た意見や要望等について職員会議で改善内容等を確認し公表しています。 36. 苦情等に関する第三者機関を定め、連絡先を重要事項説明書に記載して周知を図っています。				

(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てている。	B	B
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。	A	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	B
(評価機関コメント)		37. ユーザーアンケートの結果を集計し意見に対する回答を利用者に配布していますが、調査前後の改善状況を確認するしくみはありません。 38. 週1回の職員会議においてサービスの質の向上について話し合っています。 39. 事業計画の半期ごとの評価や総括を行っていますが、それ以外の自己評価の実施はありません。		