

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 3 月 20 日

平成 24 年 6 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「陶化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

特に良かった点とその理由(※)	<ul style="list-style-type: none">・ 職員のストレス管理 医療保健機関と提携し「こころの健康相談」を開設されています。職員給与明細書の裏面に、早めの受診相談を促す文言を明記しています。・ 地域への貢献 地域の『すこやか学級』・『葉桜会』・『食事会』等に積極的に職員を派遣しています。地域の活動を支援し、地域との交流を深めています。・ 個別状況に応じた計画策定 一人ひとりのケアプラン策定において、利用者の尊厳・利用者主体の観点から、一連の作業が手順を踏んで行っています。・ 利用者保護・人権の尊重 利用者の人権や意思を尊重するサービス提供を目指したケアプランを策定されています。身体拘束等の廃止に向けて、事業所独自のマニュアルを策定し、早期の発見・対応に努めています。
-----------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 介護保険制度外の法令・制度の職員周知 運営に遵守すべき介護保険以外の法令順守に関して、現場職員が周知・理解する為の手段である法令のリスト化・研修実施等の取り組みが不十分の様に思われます。 ・ 各種の業務マニュアルの見直し 各種の業務マニュアルが法人から用意されていますが、現場での見直しが不十分の様に思います。 ・ 記録の整備による職員間の情報共有 少人数の事業所であることから、申し送りや引き継ぎ等が主に口頭で行われ、職員間で情報を確実に共有できる記録が不十分の様に思います。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職員のマニュアルに対する共通理解を図り現場で活用できる様に、全てのマニュアルの見直しを、1年に1回以上、事業所の職員の総意によって行われることを望みます。 ・ 行政指定の「自主点検表」と併用して、今後、今回の第三者評価受診の際に取り組みされた「自己評価」シートを参考に、事業所の自己評価を年1回以上の頻度で行い、計画的にサービスの質向上に対する取り組みを職員総意のもとで行われることを望みます。事業の計画→実行→見直し→改善のプロセスが職員間で確認・共有できる様、引き継ぎや申し送り等の記録の充実が望まれます。

※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	2670500095
事業所名	京都市陶化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25年2月15日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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. 法人の理念及び事業所理念を事業所の玄関に掲げ、年度初めの職員会議等で職員に周知しています。利用者や家族等には、重要事項説明書に理念に基づく運営方針・基本方針を明記し理解を得ています。広く地域社会にはパンフレットに理念を明記し理解を得ています。 2. 月4回開催の職員会議で集約した職員の意見を事業運営に活かしています。職員会議議事録で確認できました。又、法人の全体会議や南ブロック会議等を定期開催し、組織の意思決定を公正・適切なプロセスで行なっています。組織図、日報、職務権限表、各種規定等が整備されています。		
(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。	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. 年度始めに職員一人ひとりに定めた課題をその年の事業計画としています。理念・目標に向けた中・長期計画は策定されていませんでした。5名の職員は3年～8年の経験を積んでいます。 4. 事業所として取り組む課題を職員一人ひとりの業務・研修課題に上げ、年2回達成状況を確認していますが、確認した実績結果を評価・分析の上、改善点として次年度に繋げるしくみが不十分の様に思います。		
(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り組みを行っている。	A	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	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	B
	(評価機関コメント)			5. 所属長は、法人内のブロック会議等で介護保険関連法令について理解を深め、行政が定める自主点検表を年2回行っています。事業運営には介護保険関連法以外の法令や規定があり、これらを職員に周知する方法が十分に取られていませんでした。 6. 所属長は年1～2回職員個人面談を行い、職員の意向や就業状況の把握しています。23年度から「職員職務評価・行動評価シート」の活用と、所属長に求める業務を文章化した「職員評価システム」が導入されています。職員一人ひとりに課した目標の達成状況を確認し、所属長自らの態度や姿勢を職員に問いかけることが出来る仕組みとなっています。個人面談記録を作成しています。しかし、客観性のある所属長評価にまでは至っていません。 7. 法人内の3事業所(南ブロック)を統括している所属長は事業所を離れることが多いことから、職員には所属長への報告・連絡・相談を徹底させています。また、所属長は、報告書・日報、月4回の職員会議等で利用者の状況把握に努めています。緊急時に備え、24時間携帯電話を所持し即時対応に努めています。所属長の個人日誌に職員会議の内容が詳細に記録されていました。		

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	B
		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)		<p>8. 法人によって、質の高い職員確保のための職員処遇体系の見直しが行われ、現任者に「職務評価システム」が導入されています。また、主任ケアマネの資格取得を、受験費用を負担する等で支援しています。</p> <p>9. 事業所内の職員研修を体系的に整えていませんが、職員会議で事例検討を充実させ、対人援助の知識や技術等高めています。また、職員は外部研修や法人の部門別研修等に可能な限り参加しています。</p> <p>10. これまでに実習受け入れの実績が無いとのことから、実習の受け入れ体制が不備の状態です。ケアマネ育成のニーズが高まる中、経験豊富な職員の力が活かすことが出来る実習受け入れの体制の整備が望まれます。</p>		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>11. 所属長は勤務月報を基に、職員の勤務状況の把握と労働環境の配慮に努めています。労働関係法に基いて定められた就業規則によって、安心して働くことが出来る職場であることが、職員からの聞き取りで確認できました。</p> <p>12. (財)京都工場保健会と提携し「こころの健康相談」窓口を設置しています。給料明細書の裏面に明記し、全職員にこころの健康への自己管理を促しています。休憩時間は60分保障されていますが、構造上、十分にくつろげるスペースが確保されていません。</p>		
(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)		<p>13. パンフレットに事業所の運営理念を記載し、年2回発行の機関誌を利用者や地域、関係機関等に配布しています。月1回、当センターで開催する地域の会食会で、センターが健康相談や血圧測定等を行っています。地域の行事に積極的に参加し、センターが地域にとって身近な存在となる様努めています。</p> <p>14. 法人や事業所の強みを活かし、学区社協のすこやか学級やボランティアクラブ、南区社協・併設の包括支援センター・デイサービス等が行うイベントに、地域の医療・福祉のネットワークの一員として参画しています。特に17年度から始めた「葉ざくら会」には50人～60人の人が集われています。</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
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. ホームページやパンフレット・機関誌に事業所の情報を掲載しています。今回の利用者アンケート結果でも利用者・家族から良い評価を受けています。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		16. 併設の地域包括支援センターや学区社協と連携し、利用者の権利擁護に関する制度の理解に努めています。地域に独り暮らしの人や高齢者世帯、認知症を抱える人が増えてこられている現状で、成年後見制度等の活用の推進が望まれています。			
(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)		17~20. 全社協方式のアセスメントを採用し、利用者ひとり一人の心身の状況や生活状況の把握に努めています。PC「フューチャー」を活用されケアマネジメント業務の一元化・効率化を図っています。情報収集、アセスメント、ケアプランの作成、サービス実施状況の確認、振り返り、見直し等の一連の作業が順を追って丁寧に行われていました。ケアマネジメントの過程が記録ファイルから読み取れました。			
(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. 日頃より、主治医との連携を保ち、利用者の状態に応じて主治医の指示を仰ぎ適切な対応に努めています。また、退院時のカンファレンスに参加し、退院後の早期支援に努めています。個人ファイルの記録から確認できました。関係機関等の連絡先や社会資源のリストを作成し、緊急時の即時対応に備えています。			
(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、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。	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。	B	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	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)		22. 各種業務マニュアルの更新が1年に1回の間隔で行われていません。全てのマニュアルの更新を現場職員と取り組まれることを望みます。 23. PC居宅介護支援システム「フューチャー」によってサービスの提供に関する記録を管理しています。24年3月に策定した「セキュリティポリシー」を基に個人情報保護の職員周知を図っています。 24. 週1回開催の職員会議で情報を共有されていますが、日頃の申し送りや引き継ぎ等が口頭のみで行っています。カンファレンス記録等の不十分さも見受けられました。職員間で利用者情報を共有するには、記録が不可欠であると考えます。 25. モニタリングを月1回の訪問で行い、本人・家族と意見を交わし、支援の課題を明確にしています。記録の管理も適切に行われていました。			

(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。	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. 新型インフルやノロウイルス等が流行している中、感染症マニュアルの見直しや研修等の取り組みが望まれます。 27. 事業所内の整理整頓・衛生管理は行っています。		
(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。	A	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	B
(評価機関コメント)		28. 危機管理マニュアル・事故・緊急時対応マニュアルの年1回以上の更新が望まれます。緊急時に備え、緊急連絡網を作成し、年1回防災避難訓練を実施しています。災害発生時等における自衛消防組織を作っています。 29. 事故・ヒヤリハット発生の実績が無いとの事で、対応マニュアルや規定に基づく記録がありません。ヒヤリハットの基準を定め事故発生予防に活かされることが望まれます。また、事故報告書を行政報告書の様式を参考に見直されることが望まれます。		

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
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。	B	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	B
		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. 運営規定等に身体拘束に関する条項を明記することが必要と考えます。 31. 倫理マニュアル、プライバシー保護マニュアルを策定しています。プライバシー保護を意識した面談室の確保が不十分です。 32. 事業所の設備等の理由で他事業所へ紹介されたケースに対して、関係機関との連携により丁寧に対応されています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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. 利用者意向調査を年1回実施しています。職員周知に向けた記録が不十分であると考えます。苦情解決へのシステムにおいて、苦情等の受け付け窓口・担当者を玄関前に掲示していますが、重要事項説明書への記載が不十分です。苦情等が無いとのことですが、収集するしくみに、ヒヤリハット等の積極的な記録・報告が役立つと考えます。 34. 「苦情解決のための実務マニュアル」の更新が必要と考えます。 35. 重要事項説明書には、法人・事業所・地域の苦情相談窓口全て明記することが必要と考えます。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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. 24年3月に実施した顧客満足度調査の結果を集計していますが、分析・評価までには至っていません。次年度計画に反映しているかどうか記録が無い為確認することが出来ませんでした。 37. 週1回開催の職員会議で、サービスの質向上や業務改善について検討しているとのことですが、検討内容を議事録に記載されていない為、確認できませんでした。事例に、利用者の利便性を考慮し、デイとケアプランセンターそれぞれに別の電話番号を設置したとの報告がありました。 38. 第三者評価を21年度に受診され、法人の介護関連事業所全体の質の向上に取り組まれています。自己評価を年1回実施されていませんでした。今後も引き続き、今回の自己評価表や評価結果を事業所が提供するサービスの質の向上に役立てられることを望みます。		