

アドバイス・レポート

平成27年11月30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27年9月2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>	<p>○管理者による状況把握 職員に一人一台パソコンを支給しており、職員メールを通じて日々の業務状況の報告、管理者に随時業務相談を行っています。管理者は、職員メールを通じて職員一人ひとりの業務内容を確認し、相談に対して指示や対応しています。緊急時には管理者は随時携帯で連絡をとれる体制にあり、本社と「お客様相談窓口」に報告し、指示を受ける体制になっています。</p> <p>○アセスメントの実施 自社で開発した独自のアセスメントシートを使用して、利用者の細部にわたるアセスメントを行い、利用者の適切なニーズを引出し、サービス計画作成に活かしています。利用者や家族とは頻繁に面談を行って要望を聞き取っており、診療情報提供書等を利用して主治医とも連携し、定期的なアセスメントを行っています。</p> <p>○個別援助計画の見直し 3か月ごとにケアプランの見直しを行い、毎月のモニタリングで集中的に課題解決に取り組む必要がある場合は「問題解決プラン」を作成して状況分析、対策の検討、10日ごとの評価を行い、課題の解決に活かしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事業計画の策定 介護サービスの内容や運営の現状分析による課題設定は行っていないとの事で、事業所の単年度計画、中長期計画は確認できませんでした。</p> <p>○実習の受け入れ 実習の受け入れ実績はないとのことで、実習受け入れに関するマニュアルの整備や実習指導者の研修は実施していません。今のところ実習生受け入れの検討はしていないとの事です。</p> <p>○利用者満足向上の取り組み 事業所として利用者や家族に向けてアンケート等を使用しての満足度調査の実施や、サービスの質の向上に向けての職員間の話し合いは行っていないとの事です。</p> <p>○人権の尊重 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行う事を運営方針に掲げ、ケアプランに行かしているかを、ケアプラン研修を通じて見直す仕組みになっています。高齢者虐待防止法についての研修は、担当する高齢者住宅内で受けることが出来る体制となっていますが、受けたかどうかを確認する仕組みはありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、同一グループのサービス付高齢者住宅に入居された利用者をはじめ、地域の高齢者も対象にマネジメントを行い、地域に事業展開を図っています。利用者本人の望む生活を実現するために、利用者、家族の要望に応じたマネジメントが出来るように、利用者と密接した関わり持つように心がけています。独自のテキスト「やっていますか100」に基づいた研修プランに沿い充実した新人研修を行い、繰り返し事例検討を行うなど、ケアプラン研修に力を入れています。今後、より質の向上をめざしていかなれますように、以下の通りアドバイス申し上げます。</p> <p>○サービスの質の向上の為に、現状の分析を行い、課題を設定して解決に向けた事業計画を策定されてはいかがでしょう。今は、課題が上がれば、その都度検討して対応しているとの事でしたので、具体的な計画を策定する事で、評価や次の課題設定がスムーズに出来ると考えます。まず、単年度計画の策定に取り組んでみてください。</p> <p>○今のところ実習の受け入れ検討していないとの事でしたが、実習受け入れの体制を作っておかれても良いと考えます。又、実習生への指導を通じて、業務に対する知識を深めることにつながると思いますので、今後の受け入れをご検討下さい。</p> <p>○現在は利用者や家族からのアンケートは実施していないとの事でしたが、直接伝えにくい意見の聴取や評価は事業所運営の参考になります。事業所として満足度の調査を検討されてはいかがでしょう。</p> <p>○ケアプランの事例研修は、複数回参加する機会を持たれていますが、その他の研修に対しても、個人ごとの研修計画と参加したかを確認をする仕組みを作られてはいかがでしょう。一人ひとりの研修の振り返りにもつながると思います。又、グループ内の施設で虐待が発生した事件を受けて、虐待防止の研修を強化していくとの事ですので、今後、計画的な研修を継続して行い、サービスの質の向上につなげてください。</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	2670700695
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)	居宅介護支援事業所
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10月7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. ホームページ、パンフレットに運営方針を掲載し、利用者や家族には契約時に説明を行っています。職員には新人研修時に説明し、月1回のケアプラン研修時に運営方針に基づくプランになっているかを確認しています。 2. 職務権限を定めており、月1回の地区本部会議に管理者が参加しています。管理者は職員から社内メールや週1回のカンファレンス、月1回の研修を通じて意見を聞いています。			
(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	C	
	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。	B	C	
	(評価機関コメント)		3. 中長期、単年度計画は策定していないとの事です。 4. 課題に対しては、その都度検討・対応しており、必要に応じて見直していますが、定期的な見直しは行っていません。又、計画に位置づける課題の設定や課題解決に向けた計画の策定は行っていません。			
(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。	A	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. 「コンプライアンスガイドブック」を用いて年1回の研修を行っています。又、法令の改正時等には職員メールで情報提供していますが、把握すべき法令等についてリスト化は行っていません。 6. 月1回京都地区本部会議に出席し、意見を述べる機会があります。「360度評価」で管理者の知識・誠実さ・熱意の3項目を5段階評価し、メールで本部に上げる仕組みになっています。管理者が自らの役割と責任について文書化し、職員への表明する等の対応は行っていません。 7. 管理者は職員メールで日報を確認しています。また、相談連絡事項も必要に応じてメールで確認しています。緊急時対応マニュアルを整備し、本部から本社、お客様相談室に連絡する仕組みになっています。			

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	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。	C	C
		(評価機関コメント)		8. 職員採用チームが全社の採用に関わっています。事業所が介護支援専門員更新研修や主任介護支援専門員研修の費用を負担しています。 9. 毎月Webを利用してのケアプラン事例研修、管理者研修を毎月開催しており、年2回、事業所に本部研修部から職員が来所し、ケアプラン評価を行っています。外部研修には希望に応じて参加費を負担しており、Web研修は経験年数ごとにグループ分けをして受ける仕組みになっていますが、研修計画は体系的とは言えません。また、職員が学びあうため「勉強会」は開催していません。 10. 実習の受け入れ体制は整えていないとのことです。		
(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	B
		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. 子育て支援制度で育児中の職員に対する時間短縮や休日の配慮を行っています。就労Webシステムで個々の有休消化状況や残業状況を確認する事は出来ませんが、データ化や評価、分析は行っていません。 12. ハラスメントの規定を設け、ポスターを掲示するなどの対応を行っています。「なんでもコール」を設置し、職員が仕事の悩みを相談できる体制を整えています。職員のストレスに配慮したカウンセラーの確保や適切な福利厚生制度は設けていません。		
(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。	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	B
		(評価機関コメント)		13. 情報の公表制度で情報開示していますが、ホームページやパンフレットを使用しているの周知が不十分です。 14. H27年1月にショッピングセンターで「楽しい介護フェスタ」のイベントを行いました。ケアマネジャーが参加して介護保険相談会を実施しましたが、地域住民に参加を呼びかけての研修会等は実施していません。		

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
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. パンフレットを整備しています。見学や相談は随時対応できる体制を整えています。		

(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. 重要事項説明書の他にも「利用者の自由な『選択権』説明シート」を作成し、説明しています。権利擁護の制度紹介や利用につなげています。		
(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. 独自に開発したアセスメントシートを使用し、利用者のニーズを適切に引き出せるようにしています。プラン変更時や必要に応じてアセスメントを行っています。 18. 利用者と面談する機会を多く持っています。家族とも連絡をとり相談する機会を積極的に持っています。 19. 往診時の立ち会いや、サービス事業所から情報収集を行い、必要に応じて意見照会しています。 20. 独自のモニタリングシートを使用し、定期的に評価、見直しを行っています。また「問題解決型プラン」を必要に応じて作成し、集中的に支援を行っています。		
(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. 「介護情報提供書」の活用や「申し送りノート」を利用者宅に置き、事業所間で情報共有しています。また、往診時の同席をはじめ、意見照会も適宜出来ています。		
(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。	A	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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 『ケアマネ研修テキスト』を全ケアマネジャーに配布しています。内容等の見直しは本部で行っていますが、苦情や顧客満足度調査分析、事故防止策などの具体案を反映するような仕組みになっていません。 23. 利用者の記録はケースファイルに保管しています。パソコンの持ち出しについて「持出承認簿」を使用し管理していますが、記録の持ち出し、廃棄に関する規程がありません。また、情報の開示手順について、個人情報保護に関する研修への参加が確認できませんでした。 24. カンファレンスを週1回開催しています。パソコンで業務報告や情報の共有、指示を受けるシステムが出来ています。 25. 必要に応じて利用者、家族と面談を行い、情報交換を随時行っています。		

(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	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. マニュアルを作成し、マスクや消毒薬を携帯して感染を防ぐ対策をとっています。マニュアル更新の基準や研修への参加は確認できませんでした。 27. 事業所内は書類を整理保管しており、日々の掃除で清潔に保っています。		
(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	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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 緊急対応マニュアル、情報伝達図を整備しています。同一グループのサービス付高齢者住宅で訓練を行っています。 29. 事故報告書を作成し、カンファレンスで対応と分析を行い、事故の内容を本部担当者に報告する仕組みになっています。 30. 地域との連携を意識した内容には至っていませんが災害時対応マニュアルを整備し、同一グループのサービス付高齢者住宅での訓練に参加しています。		

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
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	B	
	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. 社内マニュアル「やっていますか100」を活用して新人研修を実施していますが、その後の研修の開催、参加について確認出来ませんでした。 32. 新人研修で高齢者虐待についての研修は実施していますが、その後の研修参加は確認できませんでした。グループ内での虐待事件が発生した為、今後は虐待関係の研修の開催は必須とし、全員に参加してもらうようにすると事です。 33. 対応依頼があったときは管理者まで報告し、判断をしています。基本的には断らない方針とのことです。				
(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	B	
	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。	B	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。	B	B	
(評価機関コメント)		34. 利用者の面談の機会を出来るだけ持つようにしていますが、サービス改善の機会であることへの周知や理解、また具体的な取り組みを確認できませんでした。 35. 苦情対応記録を作成し、「お客様相談室」に対応を依頼するなどの仕組みはありますが、苦情の公表には至っていません。 36. 公的機関の相談窓口を周知しており、本部には「お客様相談室」がありますが、事業所以外の第三者の相談窓口の設置はありません。				

(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てている。	C	C
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	B
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. 「満足度調査」等の利用者の満足度を調査する仕組みはありません。 38. 右京区の事業所連絡会や他事業所の研修会に参加し、他事業所の情報収集を行っていますが、事業所としてサービスの質の向上に係る検討委員会設置等の取り組みは行っていません。 39. 第三者評価を定期的に受診していますが、自己評価の仕組みはありません。		