

# アドバイス・レポート

平成28年3月17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28年2月5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陶化ケアプランセンター様につきましては、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<br/>(※)</p> | <p><b>理念の周知と実践</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・3年前の第三者評価の受診結果を受けて、平成27年度各部署から代表者を選出し、事業所全体の理念を見直しておられました。社会福祉協議会が地域で果たす役割を強調したスローガンをパンフレットに記載し、利用者に説明する機会を持ったり、法人内の研修交流会で発表しておられました。</li> </ul> <p><b>地域への貢献</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の学校に出向いて、認知症サポーター養成講座等を地域包括支援センターと一緒に開催し、地域で認知症高齢者を支えていくことの大切さを伝えておられました。また、地域が主催する地域の高齢者を対象にした食事会で介護相談のコーナーを設ける等、地域での活動を通して事業所の役割を表明しておられました。</li> </ul> <p><b>多職種協働</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師をはじめ地域の事業所と、利用者の状態について緊密な連携を取っていることが確認できました。特に、多くの利用者がかかっている地域の診療所では、担当の医師、地域包括支援センター、近隣の事業所が半年に一度ケアカンファレンスを行ない、意見を交換する等、支援体制が確保されていました。</li> </ul> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>  | <p><b>業務レベルにおける課題の設定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年度ごとに事業計画を立て、課題を明確にしておりましたが、達成状況を確認したり、必要に応じた見直しはできていませんでした。</li> </ul> <p><b>災害発生時の対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・火災予防計画や訓練の実施はされておりましたが、災害発生時の地域との連携を意識したマニュアルは無く、訓練も行われていませんでした。</li> </ul> <p><b>質の向上に対する検討体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎年満足度調査「ユーザーアンケート」を行ない、結果の集計で利用者が介護保険以外のサービスには何があるのか知りたいとの希望していましたが、それに対する対応は検討しておられませんでした。</li> </ul> <p><b>評価の実施と課題の明確化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者評価は3年に一度受診されておりましたが、自己評価や課題を明確にして次年度の事業計画に反映させる仕組みが確認できませんでした。</li> </ul>  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p><b>業務レベルにおける課題の設定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 課題設定は業務の改善及び達成が目的であるため、進捗状況の確認が必要となります。事業所全員が参加する職員会議で事業計画に基づいた具体的な取り組み課題を設定し、決められた期間で振り返りをし、達成状況を確認することで継続的なサービスの向上につながるのではないのでしょうか。</li> </ul> <p><b>災害発生時の対応</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福祉避難場所の指定を受けている点を考え、災害時に居宅介護支援事業所が果たす役割を話し合ったり、他の部署との協力体制を話し合う等、検討されてはいかがでしょうか。</li> </ul> <p><b>質の向上に対する検討体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 毎週開かれている職員会議で「ユーザーアンケート」から得られた課題に取り組む等、居宅介護支援事業所として質の向上を図るための話し合いを持ってはいかがでしょうか。</li> </ul> <p><b>評価の実施と課題の明確化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 3年ごとに受診している第三者評価の結果や「ユーザーアンケート」を基に、居宅介護支援事業所に合った自己評価表を作成し、話し合いを持つ中で課題を明らかにし、次年度の事業計画に反映させてはいかがでしょうか。</li> </ul> |
|------------------|--|

※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                    | 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<br>(1種類のみ)     | 居宅介護支援          |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) |                 |
| 訪問調査実施日                  | 平成28年2月19日      |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都府介護福祉士会 |

| 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 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>    |                   |     |   |      |      |       |
| <b>(1) 組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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。  | B    | A    |       |
|                            | (評価機関コメント)        |     | 1・平成27年度、各部署から1名ずつ代表者を選び、職員が全員参加で新しく理念を作り直しパンフレットに記載されていました。<br>2・業務分掌を作成し、各職員の役割が組織図によって確認しました。週1回の職員会議において出された意見は、月1回の施設長会議で報告され、法人全体に反映させる仕組みがありました。   |      |      |       |
| <b>(2) 計画の策定</b>           |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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    | 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。  | B    | B    |       |
|                            | (評価機関コメント)        |     | 3・法人の事業計画を基に、京都市内11か所のケアプランセンターの地域性に沿った計画が策定されていました。<br>4・事業計画の中に地域とのかかわりを位置づけ、東九条ネットワーク連絡会への参加や南区認知症サポートネットワークに参加していましたが、課題の達成状況を定期的に確認できていませんでした。   |      |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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。  | B    | 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    | 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・介護保険に関する法令のみならず、改正道路交通法やマイナンバー法など、新たな法令に関する情報も収集していましたが、法令のリスト化等職員が法令を調べやすい環境は確認できませんでした。<br>6・法人で決められた職務分掌に沿って役割が分担され、12月の職員のヒアリングで意見を聞く機会を確保し、法人全体のアンケートで管理者に対する評価の項目を設けていました。<br>7・職員一人ひとりが事業所の携帯電話を持ち、緊急事態が発生すれば、すぐに対応できる体制が取られていました。 |      |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>   |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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。   | B    | 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    | 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。  | C    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 8・法人の職員採用基準に合わせて人材を確保しており、主任介護支援専門員資格取得時には休暇を優先できるような配慮がされていました。<br>9・法人内で3ヵ月に一度の割合で開かれる「南ブロックケアマネ会議」に新人介護支援専門員が参加し、他の事業所の介護支援専門員と一緒に研修することでスキルアップが図られていました。<br>10・法人の実習受け入れマニュアルで実習の受け入れを明文化し、主任介護支援専門員研修を指導者研修と位置付けていました。 |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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。   | B    | 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・職員の希望に合わせて有給休暇が取りやすい仕組みがあり、移動に負担がかからないように電動自転車を導入されていました。<br>12・法人で産業医が設置され、給与明細の用紙に連絡先や方法を印刷する事で要望や不満をくみ取り対応する体制はありましたが、休憩場所が活用できていませんでした。  |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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    | 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・運営方針の中の地域事業として、年に1回地域が主催する高齢者対象の食事会に介護相談窓口を設置し、地域とのかかわりを大切にしていました。<br>14・地域の学校に出向いて認知症サポーター養成講座等を地域包括支援センターと共催し、事業所が有する機能を地域に還元していました。   |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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    | B     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | 15・ホームページ、パンフレット等、事業所の情報を写真やイラストで表現し、言葉もできるだけ平易なもので記載されていましたが、重要事項説明書に料金の説明はありませんでした。問い合わせの対応についての記録は確認できませんでした。 |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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・重要事項説明書や契約書を用いて説明し、理解が困難な場合は家族に説明して、権利擁護のために必要な制度の活用も行われていましたが、料金の説明がありませんでした。 |  |   |   |
| <b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b> |   |  |   |   |
| 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。   | B | A |
| (評価機関コメント)              |   | 17・全社協のアセスメント様式を利用して、本人や家族の意向を聞き、アセスメントを行っていました。<br>18・本人、家族の希望を尊重し、自立支援につながった個別援助計画を策定していました。<br>19・医師の意見書を基に、専門職（看護師・PT・OT）との連携を密にし、自立支援につながる計画書を策定していました。<br>20・業務マニュアルに沿って定期的に計画の見直しを行っていました。事業所内で毎月5～6ケースを選んで計画の見直しが行われていました。   |   |   |
| <b>(4) 関係者との連携</b>      |   |  |   |   |
| 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・主治医と利用者の状況報告を密にしていました。また、利用者が多くかかっている近隣の診療所には直接出向き、地域包括支援センターや他の事業所が参加する半年ごとに開かれるケアカンファレンスに参加していました。  |   |   |
| <b>(5) サービスの提供</b>      |   |  |   |   |
| 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。   | 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。   | B | 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・法人独自のマニュアルが整備され、定期的に利用者ごとのファイルを事業所内で点検する事でサービスが適切に行われているかを確認する仕組みがありましたが、見直しの基準が定められておらず、利用者満足度調査の結果も反映されていませんでした。<br>23・文書保護規程に基づいて利用者の記録は管理され、職員に対してはその都度指導が行われていました。<br>24・定例会議で人数を決めてプラン点検を行う事で情報の共有を図っていました。<br>25・遠方の家族は電話だけでなく、家族が利用者の自宅にいる時に合わせて訪問し、情報交換を行っていました。 |   |   |
| <b>(6) 衛生管理</b>         |   |  |   |   |
| 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・感染症マニュアルに沿ってサービスを提供し、利用者を受け入れていましたが、研修は実施されていませんでした。<br>27・事業所内で役割分担する等、全職員が工夫しながら整理整頓していました。   |   |   |

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| (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・マニュアルが策定されており、年に2回の救急救命訓練が行われていました。<br>29・事故の報告書は作成されていましたが改善策の記載がありませんでした。<br>30・福祉避難場所に指定され、火災予防計画に基づいた訓練も実施されていましたが、地域との連携を意識したマニュアル、訓練ではありませんでした。 |   |   |

| 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 |
| <b>IV 利用者保護の観点</b>      |                       |     |  |      |      |       |
| <b>(1) 利用者保護</b>        |                       |     |  |      |      |       |
|                         | 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。  | B    | 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。  | B    | 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。   | B    | B    |       |
|                         | (評価機関コメント)            |     | 31・人権尊重を運営理念にも掲げ、定例会議では振り返りや検討が行われていました。<br>32・利用者の個人情報に配慮したサービスの提供が行われていましたが、研修の実施にはつながっていませんでした。<br>33・依頼があった利用者は基本的には断らない方針でした。受け入れられない場合は他の事業所につなげていましたが、記録がありませんでした。                      |      |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |                       |     |  |      |      |       |
|                         | 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・毎月のモニタリングや、利用者満足度調査「ユーザーアンケート」を毎年実施し、利用者の意向を把握する仕組みがありましたが、今年度利用者懇談会がされていませんでした。<br>35・利用者の意見や苦情に対応する窓口の設置等、仕組みはありましたが、改善状況などが公開されていませんでした。<br>36・第三者委員の設置があり、掲示もされていましたが、連絡先が記載されていませんでした。 |      |      |       |
| <b>(3) 質の向上に係る取組</b>    |                       |     |  |      |      |       |
|                         | 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。  | 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。  | C    | 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・利用者満足度調査「ユーザーアンケート」は毎年実施し、分析を行っていましたが、調査前と調査後の改善点については確認できませんでした。<br>38・「ユーザーアンケート」の集計は行っていますが、他の事業所のサービスと比較検討をする部署が確認できませんでした。<br>39・第三者評価は3年に1度受診されていましたが、自己評価や課題を明確にできていませんでした。          |      |      |       |