

アドバイス・レポート

平成 28 年 9 月 28 日

平成28年 5月13日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ケアプランセンターかおり 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>(通番 7) 管理者等による状況把握 管理者は現場におり状況を把握しています。緊急時にも携帯電話で 24 時間連絡がつく体制になっています。必要時には、緊急訪問の実施や各機関と連絡を取り合う等、対応しています。</p> <p>(通番 21) 多職種協働 利用者宅に設置してある情報交換ノートに居宅介護支援、訪問介護、訪問看護、往診医等が申し送り事項を記載しています。宇治田原町や宇治市のハンドブック等の資料で関係機関の情報を準備しています。退院時にはカンファレンスに参加し、主治医からの情報提供書や看護サマリーを入手し、退院後の支援に役立てています。</p> <p>(通番 24) 職員間の情報共有 申し送りノートや利用者宅に設置している情報交換ノートなどで、職員間やサービス担当者間の情報を共有しています。毎朝の申し送りや緊急臨時の電話やメール等で利用者の情報を共有しています。高齢者住宅については、同じ法人内の訪問看護、訪問介護と常に連携を図り、管理者同士でも利用者の情報を共有しています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>(通番 4) 業務レベルにおける課題の設定 各部門の業務レベルでの課題が明文化されていませんでした。課題についての話し合いの記録等も確認出来ませんでした。事業計画等の文書にも業務レベルでの課題の設定が明確にされていませんでした。</p> <p>(通番 15) 事業所情報等の提供 問い合わせや見学には随時対応しています。4年前の開所時に作成したパンフレットはありましたが、運営方針やサービス内容、料金等は記載されていませんでした。ヒアリングの中でも、事業所の情報提供について課題に感じておられました。</p> <p>(通番 37) 利用者満足度の向上の取組み 毎月のモニタリングや担当者会議等の中で、利用者からの満足度を聞き取っています。しかし、利用者に対しての満足度調査を実施出来ていませんでした。</p> |

具体的なアドバイス

宇治田原町に訪問系サービス事業者がなかったため、地元からの要望に応える形で平成24年4月に事業を開設されています。開設4年目を迎え、地域の居宅介護支援事業所として社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携を図り、地域ケア会議に出席する等して、地域の事業所として根付いてきています。

今回の評価事業所である居宅介護支援事業所と共に、併設する訪問看護や訪問介護事業でも、隣接する宇治市内の高齢者専用住宅の約40名の入居者を中心にサービス提供を実施され、高齢者の在宅生活を支援しています。宇治市内の高齢者住宅でのサービス提供が安定してこられたことから、今年の8月には京田辺市にも新たな高齢者住宅を開設され、入居利用者への支援を開始されています。

サービス提供においては、アセスメントや個別援助計画作成・見直し、モニタリングや担当者会議の記録作成など、関係書類がきちんと整備され適切な居宅介護支援サービスが実施されていました。また、主治医との連携や職員間の情報共有等もきちんと実施されていました。

その一方で、事業計画の策定や地域との交流、意見・要望・苦情への対応、質の向上に係る取り組みには課題が感じられました。

開設4年を過ぎ、また新しい事業展開として、京田辺市に高齢者住宅を開設し、各事業所の職員数も増えることとなります。新たな高齢者住宅でも、居宅介護支援や訪問看護、訪問介護事業を中心に入居者支援を実施されるとのことで、今後ますます忙しくなる前に、今回の調査で気づかれた改善点を修正されては如何でしょうか。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 事業計画の職員への周知や意向の反映は出来ていませんでした。職員会議等で集約した職員の意向を反映させた単年度の事業計画策定し、職員に周知されては如何でしょうか。全職員で事業計画を意識しながら取り組むことが大切であると考えます。
- ・ 各部門での業務レベルでの課題が明文化されていませんでした。各事業所や職種の課題を職員間で話し合っ明確にし、より質の向上に取り組まれることで、職員の成長が図られると思います。
- ・ 開所時に作成したパンフレットはありましたが、理念や方針、サービス内容、料金等の記載がなく、情報提供としては不十分に感じられました。理念・方針、サービス内容や料金等を明記したパンフレットを再作成されては如何でしょうか。高齢者住宅に入居を検討される利用者にとっても安心に繋がると考えます。
- ・ 意見苦情ノートを設置し、苦情や意見にその都度対応や改善を行っていましたが、利用者・家族等に対しての公開は出来ていませんでした。高齢者住宅と連携して、共有スペースの壁に、利用者からの意見・要望・苦情内容とその改善結果等を掲載されては如何でしょうか。利用者との信頼関係が深まると考えます。

※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 | 2671300230 |
| 事業所名 | ケアプランセンターかおり |
| 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) | 訪問介護 ・ 訪問看護 |
| 訪問調査実施日 | 平成28年8月29日 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会 |

| 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。 | B | A |
| | (評価機関コメント) | | | 1)(株)ケアプレスの理念・運営方針は明示され、事務所に掲示されている。利用者には、契約時に理念や運営方針を周知している。 2)組織図があり、本社会議や事業所内の会議等で、組織としての案件別の意思決定を明確に定められている。関連会社の管理者が集まる本社会議や各部署ごとに会議が実施され、職員の意見を反映している。各職務の役割や権限が定められている。 | | |
| (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。 | C | 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。 | C | C |
| | (評価機関コメント) | | | 3)単年度の事業計画はあるが、事業計画の職員への周知や意向の反映は出来ていない。法人の中・長期計画が策定されていない。 4)各部門の業務レベルでの課題が明文化されていない。課題についての話し合いの記録が確認出来なかった。 | | |
| (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。 | 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 | 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)集団指導や保健所等での研修会に参加して情報収集し、職場内の会議やミーティングで周知している。法令のリスト化やすぐに調べられる体制整備は出来ていない。 6)管理者は事業所内の会議等で職員からの意見を聞く機会を持ち、運営に反映させている。管理者は自らの役割と責任について、文書化や職員に対しての明文化を行っていない。 7)管理者は常に現場におり状況を把握している。緊急時にも携帯電話で24時間連絡がつく体制になっている。必要時には緊急訪問の実施や、各機関と連絡を取り合う等、対応している。 | | |

| 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。 | B | B |
| | | 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。 | C | C |
| | | (評価機関コメント) | | 8) 職員のスキルアップのため資格取得の外部研修を案内し、参加できるように勤務を配慮している。事業所内で資格取得を支援するための勉強会を開催している。有資格者や経験者を優先して採用しているが、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方は明確にされていない。 9) 新人には新人研修や同行訪問を実施している。事業所内で年間研修計画を策定し、研修を実施している。職員が不安に感じていることや、利用者の状態に応じて必要なことを、その都度柔軟に研修に組み込んでいる。 10) 実習の受け入れに関しての体制や、オリエンテーションの資料、実習生受入れマニュアル等の整備が出来ていない。 | | |
| (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) 管理者は職員の就業状況を把握している。有給休暇の希望を聞きシフトで配慮している。腰痛対策にベルトの支給を行っている。 12) 会社として外部の鍼灸マッサージ師と契約し、職員が会社負担でマッサージを受けることができ、常にリラックスできる体制にある。職員から要望や不満等があれば、管理者が職員とその都度面談し、意見を聞く仕組みがある。 | | |
| (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、利用者や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。 | C | C |
| | | (評価機関コメント) | | 13) 3年前の開所時に宇治田原町の3000世帯に事業の概要を掲載してパンフレットを配布している。地域包括支援センターや社会福祉協議会等の関係機関と連携し、地域ケア会議にも参加しているが、ホームページの開設や積極的な情報公開は出来ていない。 14) 隣接する宇治市内の高齢者住宅を中心にサービス提供しているため、事業所周辺地域での相談事業開催や講演会の開催等は実施出来ていない。 | | |

| 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 15) 問い合わせや見学には随時対応している。4年前の開所時に作成したパンフレットはあるが、事業所の方針やサービス内容、料金等の記載がない。 | | |
| (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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 16) 重要事項説明書にサービス内容や料金を明示し、利用契約時に同意を得ている。成年後見制度を活用した利用契約事例がある。 | | |

(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) 所定の様式を用いて、利用時のアセスメントを実施している。更新時や区分変更時、状態変化時等にも適切に再アセスメントを実施している。 18) 利用者・家族の意向がアセスメント表に記載されている。利用者・家族の希望尊重して作成した個別援助計画書に同意を得ている。サービス担当者会議には、必ず利用者が参加している。 19) サービス担当者会議や退院時カンファレンス等で主治医と情報交換し、個別援助計画の作成に反映している。直接意見が聞けない時は、主治医に意見照会している。 20) 毎月モニタリングを実施し、利用者の状況を確認している。要介護認定の更新時やサービス内容の変更時に、適切に個別援助計画を見直している。 | | |

(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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 21) 利用者宅に設置してある情報交換ノートに訪問介護、訪問看護、往診医等が申し送り事項を記載している。宇治田原町や宇治市のハンドブック等の資料で関係機関の情報を準備している。退院時にはカンファレンスに参加し、主治医からの情報提供書や看護サマリーを入手して退院後の支援に役立てている。 | | |

(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 | 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) 高齢者虐待、感染症対策、苦情対応、事故防止対応等のマニュアルが整備され、入職時や関係事案があった時に職員に周知されている。マニュアルの見直し基準は定められていない。 23) 利用者別に記録が整備され、サービス計画に沿ってサービスが提供されている。記録の保管や保存に関する規程はあったが、記録の持ち出しや廃棄に関する規程は確認出来なかった。 24) 申し送りノートや利用者宅に設置している情報交換ノートなどで、職員間やサービス担当者間の情報を共有している。毎朝の申し送りや緊急臨時の電話やメールで利用者の情報を共有している。 25) 電話や訪問などで利用者・家族と連絡を密にしている。家族や成年後見人と定期的に面談し、今後についても話し合っている。 | | |

(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 | 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) 感染症に関するマニュアルを作成し、職員に周知している。塩素系洗剤での消毒実施やマスク・ガウン・グローブ等の準備を常時行っている。利用者が感染症に罹患した時は、感染対策マニュアルに沿って対応し、臨時的職員研修を開催して二次感染防止を図っている。 27) 掃除担当者を決めて毎日清掃している。事業所内は整理・整頓され、衛生的に保たれている。 | | |

| | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| (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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | 28)事故防止対応や緊急時対応のマニュアルが作成され、入職時研修や事故発生時の再発防止研修で職員に周知されている。緊急連絡網が作成され、指揮命令系統が明確に定められている。 29)事故報告書が作成され、対応や経過が記録されている。事故の原因や解決策を、マニュアルや事故防止策の評価・見直しに活用できていない。 30)災害時の対応マニュアルが作成され、職員に周知されている。毎年、消防署と連携し訓練しているが、地域との連携を意識した訓練などは実施されていない。 | | |

| 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 | A | |
| | 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)利用者の意思を尊重したサービスの提供を、運営方針としている。入職時に「高齢者虐待防止」についての研修を実施している。朝礼やミーティングの中でも、人権や尊厳に配慮したサービス提供を心がけるように周知している。 32)入職時の研修で、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を実施するように意識づけしている。職員との同行訪問の中で、プライバシーに配慮するように教育している。 33)定員一杯で受入れが難しい時以外は、出来る限り利用申し込みを断らないようにしている。吸引や経管栄養等の医療処置が多く高齢者住宅の入居が難しい場合は、他の医療機関等を紹介している。 | | | |
| (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訪問、電話等で利用者や家族からの希望や意向を聴取している。利用者への個別面談や利用者懇談会等は実施出来ていない。 35)苦情対応マニュアルがあり、意見苦情ノートを設置し、苦情や意見にその都度対応や改善を行っている。意見や苦情等の公開は出来ていない。 36)地域の民生委員が定期的に高齢者住宅を訪問する等して、利用者からの相談に応じている。重要事項説明書に公的機関の窓口を記載しているが、第三者委員等の相談窓口の設置は出来ていない。 | | | |
| (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っている。 | A | 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)毎月のモニタリングや担当者会議等の中で、利用者からの満足度を聞き取っている。利用者に対する満足度調査は実施出来ていない。 38)地域ケア会議やケアマネジャー連絡会、山城北地域の多職種勉強会等に参加し、他の事業所の取組みについての情報収集している。利用者の要望や苦情等を併設事業所の管理者と意見交換しているが、サービスの質の向上に係る検討委員会の開催は出来ていない。 39)居宅介護支援用の自己評価シートを活用して、年1回以上の自己評価を実施している。第三者評価を3年に1回受診している。課題を次年度の事業計画に反映させる取組みは出来ていない。 | | | |