

様式 7

アドバイス・レポート

平成 3 1 年 3 月 2 5 日

平成 3 1 年 3 月 1 0 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紫光）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><法令遵守の取り組み> 運営管理者は経営に関する研修に年1回以上受講されてきました。また事業に関連する法令等すぐに調べられる環境を設置されてきました。</p> <p><継続的な研修・OJTの実施> 「平成30年度ケアプランセンター紫光研修計画書」に基づき、各職員が研修を受ける機会が保障され、随時研修を受けられていました。</p> <p><多職種協働> 利用者の入院時等には病院に訪問し、情報提供を行うとともに病院や関係事業所と合わせて、多職種と連携を取っていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><実習の受け入れ> 実習指導者に対する研修の未受講および、受け入れ体制や連絡窓口等、マニュアルが整備されていませんでした。</p> <p><事業計画等の策定> 「財務表」の中でH30年度は年間通して達成目標となる件数が掲げられ、単月毎に「経営会議」で確認されています。利用者ニーズにおいては、「事業所会議」の中で課題や問題点を協議する仕組みとなっていますが、事業計画において、中・長期的な計画は策定されていませんでした。</p> <p><緊急時の対応および事故の再発防止等> 災害マニュアルが整備されていませんでした。他のマニュアルについても見直しを実施されていませんでした。事故防止に対する職員研修が実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><実習の受け入れ> まず実習指導者研修を受講され、連絡窓口を明確にして、実習生の受け入れ体制や実習内容についてのマニュアル整備をお勧めします。</p> <p><事業計画等の策定> 単年度数値目標は継続し、人事増員についての評価指標として継続されつつも、利用者ニーズや地域への情報公開および貢献と関連した中・長期計画の策定を行っては如何でしょうか。</p> <p><緊急時の対応および事故の再発防止等> 災害はいつ発生するかわかりませんので早急にマニュアル作成を実施されては如何でしょうか。発災時の職員体制や行動マニュアル作成をお勧めします。また、事故だけではなくヒヤリハットなどの情報収集をされて課題の把握や職員研修などを実施し予防策を検討されては如何でしょうか。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2670201033
事業所名	ケアプランセンター紫光
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)	なし
訪問調査実施日	2019年 3月 25日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		法人の理念及び運営方針は「経営会議」で協議決定され、「事業所会議」で職員に周知されるしくみが確立されています。しかしホームページに掲載されている理念は平成30年以前のもので掲載されていませんでした。		
(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。	A	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)		「財務表」の中で平成30年度は年間通して達成目標となる件数が掲げられ、単月毎に「経営会議」で確認されています。また利用者ニーズにおいては、「事業所会議」の中で課題や問題点を協議する仕組みとなっていますが、それが事業計画には反映されておらず、中期・長期的な事業計画ありませんでした。課題の設定はありましたが、計画がなく達成状況の評価把握がされていませんでした。		
(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。	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)	把握すべき法令について介護保険法以外の関係法令についてもすぐに調べられる環境がありました。運営管理者は、常勤職員と共に携帯電話を所持し連絡が取れる体制が整備されていました。しかし、運営管理者としての役割と責任については明文化されていませんでした。また評価の仕組みもありませんでした。
--	------------	---

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

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	C
(評価機関コメント)		「財務表」の達成状況と照らし合わせて、「経営会議」の中で人員の確保について提案が行われていることを確認しました。また、「H30年度ケアプランセンター紫光研修計画書」に基づき、各職員が研修を受ける機会が保障されています。実習受け入れに関しては、実習指導者に対する研修を受けていない他、受け入れや連絡窓口等、マニュアルが整備されていませんでした。		

(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。	B	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)		勤怠管理システムが導入されており、有給休暇の取得状況は本部で勤怠集計表を作成し管理されています。また、有給休暇は必要時に取得できることや、職員の負担軽減のため、タブレット端末を導入し試行されていることをヒアリングで確認しました。 産業医やカウンセラー等、外部と相談できる体制はありませんが、年1回「個人面接」を実施され、組織や上司に対する意見や要望が汲み取られていました。職員の休憩室は、相談室となっていますが、各自机で食事をとったり、外食に出かける等で、休憩時間を確保されていました。		

(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。	A	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)		事業所の概要については、ホームページに掲載されています。情報の公表制度等については利用者や地域住民に広報されていませんでした。地域の介護・医療・福祉ニーズの把握については、地域の事業所連絡会や地域ケア会議に参加されていますが、地域住民に対する講演会等開催されていませんでした。		

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
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)		「新規相談記録」にて受付対応記録されており、法人の全ての事業所が掲載されたパンフレットにて事業所の情報を提供されています。パンフレットは見やすく簡潔にまとめられています。			
(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)		重要事項説明書に提供エリア外での訪問については、別途交通費の金額が記載されておりました。後見人等がいる利用者においても、家族と契約を結んでいる状況がありました。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		介護ソフトを活用し、アセスメント様式は全職員統一でアセスメントが行われていました。また、「居宅介護支援計画連絡票」により主治医に意見を照会されていました。サービス事業所等はモニタリング照会やサービス担当者会議を開催し意見聴取が来ていました。ケアプランの見直しは6ヶ月～1年で定期的実施されていましたが、ケアマネジメントのマニュアル整備がされていませんでした。			
(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)		利用者の入院時には、病院に訪問し、情報提供を行うとともに病院の多職種と連携を取っていました。			
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	

	(評価機関コメント)	「ケアマネジメント工程表」にて個々のケアマネジメントが実施されているかを管理されており、管理者が定期的にチェックされていました。しかし利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄についてのマニュアルが無い状態でした。個人情報保護や情報開示の観点について職員に対して研修されていない状態でした。定期的なケアカンファレンスの開催している実態がありませんでした。			
(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、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)	「感染症対策マニュアル」はありましたが、職員に対しての研修が実施されていませんでした。また、マニュアルの中には二次感染予防の内容が不足しておりました。職員が定期的に事業所内の清掃を実施されており事業所内は清潔に保たれていました。			
(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。	B	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
	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。	C	C
	(評価機関コメント)	マニュアルはありますが、緊急時の実践的訓練はできていませんでした。「クレーム・事故報告書」が整備されており発生時には記録報告するシステムがありました。災害については、事業所内の緊急連絡網はありましたが、その他マニュアル、職員の研修や実践訓練が行われていませんでした。			

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
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。	B	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	C
		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)		利用者のプライバシー保護について具体的な方策が確認できませんでした。また、職員に対する研修も実施されていませんでした。利用者保護については、「事業所会議」の中で、利用者の尊厳や虐待について協議を予定されていました。利用申し込みに対しては断ることなく受け入れられていました。		
(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。	A	B
		(評価機関コメント)		利用者やその家族から希望を引き出す仕組みはありませんでしたが、出された苦情に対しては「事業所会議」で情報共有、対応策等検討が行われていました。しかし改善するために、事業所として苦情等を公開する仕組みはありませんでした。重要事項説明書に苦情窓口の記載があり「事業所会議」にて情報共有をするシステムはありましたが、会議録等の確認が出来ませんでした。		
(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。	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)		週1回実施している「事業所会議」において利用者の満足度について職員間で話し合いを行い情報共有及び改善にあたっておりましたが、記録等の確認が出来ませんでした。		