

アドバイス・レポート

令和2年3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

令和元年10月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「かんしゅう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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>○質の高い人材の確保 法人として京都府人材認証制度の認証を受けています。介護支援専門員の更新研修、主任介護支援専門員等の養成研修について、事業所の費用負担で勤務中に受講することができます。</p> <p>○実習生の受け入れ 実習受け入れマニュアルを整備し、介護支援専門員の実習を受け入れています。</p> <p>○状況に応じた計画の策定 ケアプラン作成の一連の流れが適切に行われています。計画作成の際には、多職種からの意見を文書で照会するなど、多職種連携に積極的に取り組んでいます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○労働環境の整備 有給休暇の取得状況は管理者が職員ごとに把握していますが、法人内で部署ごとにデータ化するなど比較検討できる状態ではありません。また、就業規則にハラスメントに関する規定がありません。</p> <p>○業務マニュアルの作成・研修の実施 マニュアルに関して、随時、見直しは行われていますが、期間を定めるなど、定期的な見直しが行われていません。 個人情報保護、プライバシー、感染症等に関する研修の実施状況が確認できませんでした。</p> <p>○意見・要望・苦情の受付 苦情報告書等についての回覧が事業所内で完結しており、法人全体での共有がなされていません。また、意見や要望、苦情についての改善状況は公開していません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は3年前に長楽園介護支援事業所から現在の拠点に移転し、山科区・伏見区醍醐地区をエリアとしてデイサービスセンター、地域包括支援センターと一体的に運営をされています。</p> <p>毎月、事例検討会を行い、職員個々の支援力の向上や支援内容の確認等を行うとともに、年6回同拠点で「ぽかぽかサロン（地域住民向けのサロン活動）」を実施するなど、地域に向けた活動等にも積極的に取り組まれています。</p> <p>今後より一層のサービスの質の向上を目指していただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○労働環境の整備 有給取得状況等を事業所、部署ごとにデータ化し「見える化」することで、職員への周知や有給休暇の取得が促進されると考えます。また、部署ごとの差異を基に、それぞれの事業所が労働環境を分析することで、更に働きやすい職場づくりにつながります。</p> <p>ハラスメントに関しては、行為の禁止や内容等を就業規則等に記載し、職員へ周知することが法律上の義務となっています。法令違反となりますので、関係機関や専門家等に相談し至急改善をしていただくようお願い致します。</p> <p>○業務マニュアルの作成・研修の実施 必要なマニュアルは整備するように努力していますが、更新・変更の基準が明確には定まっておらず、更新・変更の状況にばらつきがありました。事業計画の策定等のPDCAサイクルと合わせて年1回程度は確認や見直しを行うルール作りをされてはいかがでしょうか。</p> <p>研修に関しては、定期的に事例検討会等は行われているものの、居宅介護支援事業所ということもあり、介護等に関連する研修の実施や参加機会の確保に課題があると感じました。ケアプランの作成にあたっては、個人情報保護はもちろん、感染症等、直接介護に関わる基本的な知識も必要となりますので、他の介護サービス事業所と連携しながら、法人内の研修に参加するなど工夫が必要です。</p> <p>○意見・要望・苦情の受付 苦情の受付や対応は記録から確認できましたが、苦情記録についての回覧が事業所内で完結していたため、運営会議等の場で報告するなど、法人全体で苦情内容の共有を図ることが必要と感じました。口頭での報告だけでなく、報告書等を法人全体で共有することで、マニュアルの見直しや職員への啓発など、より質の高いサービスの提供につながります。</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	2674101072
事業所名	かんしゅうケアプランセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援事業
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	令和2年2月10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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		1. 職員は週1回の会議の前に理念を唱和し確認しています。利用者やその家族等に対して理念や運営方針等を周知する具体的な取り組みは行われていません。 2. 支援会議、課長会議、運営会議等、段階的に職員の意見を集約する仕組みが整えられています。職位職責に係る要件及び任用資格により職務に応じた権限を明確にしています。			
(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。	A	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 居宅支援事業として、中長期計画、事業計画を作成し理事会等で報告しています。 4. 事業計画の達成状況は6ヶ月に1回確認し、見直しを行っています。			
(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	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。	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. 管理者は介護保険集団指導に参加するとともに、毎年法令遵守の研修に参加しています。把握すべき法令は法人でリスト化され、改正時には法人の運営会議で確認し周知する仕組みとなっています。 6. 管理者の役割や責任は規定により定められていますが、職員に表明する具体的な取り組みは行われていません。自らの行動が職員から信頼を得ているかどうか、把握・評価・見直しする仕組みもありません。 7. 管理者は業務用の携帯を所持し、いつでも連絡がとれる体制です。事業の実施状況は毎朝のミーティングや業務日誌等で確認しています。			

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 介護支援専門員の更新研修、主任介護支援専門員等の養成研修について、事業所の費用負担で勤務中に受講することができます。 9. 事業所内で毎月事例検討会が行われています。法人内の研修体系は定められていますが、介護支援専門員としての研修体系の確立は課題とのことです。 10. 実習受け入れマニュアルを整備し、介護支援専門員の実習を受け入れています。		
(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. 有給休暇の取得状況は管理者が個人ごとに把握していますが、法人内で部署ごとにデータ化するなど比較検討できる状態ではありません。 12. 法人内でメンタルヘルス相談室を設けています。就業規則にハラスメントに関する規定が記載されていません。		
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. ホームページやSNSなどで情報提供をしていますが、情報の公表制度の結果を住民に広報するまでには至っていません。 14. 年6回法人内で行う「ぼかぼかサロン（地域住民向けのサロン活動）」に事業所職員が参加し活動しています。		

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
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等に事業所の概要やサービス内容をわかりやすく掲載しています。また、利用の問い合わせに関しては個別に対応し、記録しています。			
(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. 利用前に重要事項説明書、契約書等で説明し、同意を得ています。また、利用途中に成年後見制度の利用が必要となった場合は、関係機関に相談しています。			
(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. アセスメントは全社協様式を用いて、認定の更新時やサービス内容の変更時等に更新しています。 18. 毎月のモニタリングやサービス担当者会議で本人・家族の希望や目標を確認し、計画書を作成しています。 19. サービス担当者会議を開催するとともに、参加できない主治医等には文書にて照会しています。 20. 毎月、利用者宅を訪問しモニタリングを行い、必要に応じて計画の見直しを行っています。			
(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. 同一敷地内にある地域包括支援センターとの連携や、地域ケア会議や退院時カンファレンス等に参加し、各関係機関とコミュニケーションを図っています。医師との関係においても文書等で情報交換等を行っています。			
(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. 業務マニュアルを整備し各職員に回覧していますが、定期的にマニュアルを見直す仕組みがありません。 23. 記録の管理について、職員への教育や研修を行っているとのことですが、実施記録は確認できませんでした。 24. 毎朝のミーティングや定例会議等で、利用者の状況変化や支援内容等を共有しています。 25. 毎月1回、利用者宅を訪問し、利用者・家族等と情報交換を行っています。			

(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. マニュアルは整備していますが、訪問時の注意事項が中心で、感染症の内容はインフルエンザとノロウイルスについてのみとなっており、十分とは言えません。また感染症に関する研修は、実施記録が確認できませんでした。 27. 事業所内は広いとは言えませんが、整理・整頓を心掛け、清潔な状態となっています。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		28. 訪問先での利用者の事故等や、訪問途中における職員の事故等の対応などについてマニュアルを作成しています。法人内で行う救急救命訓練に事業所からも参加しています。 29. 事故発生時は事故報告書を作成し、事業所内で閲覧するとともに、会議等で情報共有と再発防止策を検討しています。 30. 事業所のある拠点施設で災害マニュアルを整備しています。同一建物内のデイサービスセンターが福祉避難所の指定を受けており、合同で福祉避難所開設運営訓練を行ったとですが、訓練の実施記録が確認できませんでした。		

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。	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。	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。	A	A
	(評価機関コメント)			31. 高齢者虐待に関する研修等を行っています。毎朝のミーティングや会議で支援内容が適切に確認しています。 32. 居宅介護支援サービスの提供にあたっては、個人情報の保護や利用者のプライバシーの保護に留意しながら支援を行っていますが、具体的な研修や勉強会は実施していません。 33. サービス利用者の受け入れについては、相談等があれば新規相談支援名簿に記録し、利用申し込みが受けられない場合等はその理由を記載しています。		
(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。	A	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。	A	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	A
	(評価機関コメント)			34. 毎月のモニタリングやミーティング等で利用者の意向等を収集し検討しています。しかし苦情報告書等についての閲覧が事業所内で完結しており、法人全体で共有していません。 35. 利用者の意向（意見・要望・苦情）について対応方法を定め、報告書等で閲覧しています。しかし、苦情等についての改善状況は公開していません。 36. 第三者委員による、苦情・相談窓口を設けています。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	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。	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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		37. 満足度調査については業務上の負担軽減のため3年に1度の実施となっており、今年度は実施していません。 38. 検討委員会等は設置していませんが、事業所の定例会議や事例検討会等で支援内容について協議しています。また、他の事業所と合同で事例検討会を行うなどサービスの質の向上に取り組んでいます。 39. 毎年、事業計画の振り返りを行うとともに、定期的にケアプランの点検を行っています。		