

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 12 月 26 日

平成 25 年 11 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた第二岡本介護支援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>【労働環境への配慮】 有給休暇取得率100%、超過勤務殆どなく、非常に効率的な事業運営ができています。休憩室も別に確保され、仕事のメリハリが付き、良好な労働環境が確立されている点が高く評価できます。</p> <p>【質の向上に対する検討体制】 年に一度、「サービス評価委員会」を開催され、法人内だけでなく、広く地域の事業所にも参加を求め、事業の実施状況について、年間事業計画に沿って報告し、意見を求める場が設けられている点など、事業の透明性を高める取り組みは、非常に高く評価出来ます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>【地域への貢献】 母体である病院の活動が充実されている分、事業所独自の地域住民に対する相談事業等を通して、地域のニーズを把握する活動が行われていませんでした。</p> <p>【アセスメントの実施】 独自のアセスメント表を工夫され、使用されていますが、利用者の生活全体を把握する仕組みが不足し、重度の認知症や課題分析の点でケアプランへの展開に連動しにくい内容になっておりました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>【地域への貢献】 法人で主催されている健康教室やがん地域医療連携を考える会等へのスタッフとしての参加に加え、法人全体の強みを生かした居宅介護支援事業所のアピール(介護教室や地域向け研修を既存の機会と協働する等)と併せて、母体病院からの紹介の多い新規ケースの発生に限らず、広く地域のニーズを把握され、地域住民の医療・介護の相談窓口の充実を図られる事を期待いたします。</p>

	<p>【アセスメントの実施】 アセスメント表をより使いやすく、且つ、課題の抽出がしやすい工夫をされることをお勧めいたします。課題整理表等の活用と備考欄の工夫をされることにより、ケアプランへの展開がしやすくなると思います。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2611201530
事業所名	第二岡本介護支援センター
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)	
訪問調査実施日	平成25年12月19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）及び事業所のスタッフ全員が、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)		歴史ある病院の居宅部門として、事業所には掲示された岡本病院憲章や法人の基本方針のもと、運営されており、2013.6.16に開催された定例の評議員会の議事録も全職員に回覧され、意思決定された内容の周知が全職員に対して実施されていました。			
	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)		事業計画は年に一度、「財務」「顧客満足」「質・業務プロセス」「成長と学習」の4つの視点から作成され、4半期毎に評価を行う仕組みを取り入れられています。「質・業務プロセス」のミッションの一つには「第三者評価受診」も掲げられ、ほぼ目標設定どおりの実践がされていることが確認できました。			
(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。	A	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、いつでもスタッフ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)		法令の理解も兼ねて、介護保険自主点検は、毎年全員で実施されています。また、それぞれの業務分掌については、平成25年4月1日改定の「処務規定」により規定され、事故対応マニュアルや災害対応マニュアルにおいて、緊急連絡体制のフローチャートにより、常に携帯電話にて連絡が取れる体制をとっておられます。			

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	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	B
		(評価機関コメント)		人事については、法人本部の人事部により所掌され、採用面接時には管理者が同席する仕組みをとられています。本年度は新たに1名が主任介護支援専門員資格を取得し、3名中2名が資格取得されています。実習生の受入については実態が無く、実習指導者の研修も実施(受講)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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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、スタッフが充分に休むことができ、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)		特筆すべきは有給休暇取得率100%であること。月次の超過勤務時間についても殆どなく、時間内に業務が終えられる理想的な運用となっています。また、相談室は休憩室も兼ねて、別室が確保され、十分な休憩場所の確保ができていました。また、メンタルヘルスについては、院内の臨床心理士によるカウンセリングが受けられる体制が整っています。		
(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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		地域への情報公開や貢献について、病院としての活動は積極的に「健康教室」や「がん地域医療連携を考える会」などを開催され、機関誌(ステップアップ)へは各部署が持ち回りで紹介記事を掲載されています。また、地域住民への相談窓口機能は、病院の患者相談課が担当されており、直接当該事業所が窓口にはなっていませんでした。		

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)		ホームページやパンフレットにて概要がわかるように工夫されています。いずれも更新の準備中との事で更なる内容の充実を図られる予定です。		
		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)		権利擁護事業等の活用をし、契約をしている実績が4件あり、必要に応じ、柔軟な対応がされています。		

(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	B
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	定期的又は必要に応じて、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)		独自のアセスメント表を工夫されていますが、利用者の生活全体を把握する仕組みが不足していました。個別援助計画の見直し頻度は3ヵ月毎、モニタリングは毎月実施され、きめ細やかな対応をされています。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		医療との連携には「入院時情報提供用紙」を活用し、円滑な情報共有を図られており、カンファレンスへの参加も随時対応も可能な状況でタイムラグの無い様心掛けられています。		
(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、スタッフに活用されている。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	A
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	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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		業務マニュアルの整備と管理に関しては、毎年チェックを分担表に基づき定期的に点検を実施されています。また、利用者の情報共有に関しては、担当者不在時の対応も含めて、タイムリーな対応を心掛けるため、週一回の会議と毎朝のミーティングにて情報共有を図られています。記録については、システムの活用により電子化され、直近の利用者情報が閲覧可能になっていました。		
(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、スタッフ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)		マニュアルの整備をはじめ、最新の感染症情報は、母体病院から随時及び定期的に入手し、予防対策に活かされていました。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、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	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	A
(評価機関コメント)		母体病院の活動にリンクし、避難訓練に参加。013.1.27には京都DMAT訓練など医療面における訓練へは積極的に参加されています。その他の災害については事故・緊急時や災害時マニュアルにより確認を行っておられました。また、保険者等への報告が義務付けられた事故については該当するものがありませんでした。		

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
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)		法人が主催する管理者への「理念実践研修会」は第6回シリーズで構成され、法人理念の実践にあたり、具体的な取り組み事例や手段・方法等、詳細についてわかりやすく研修する機会は、利用者の尊厳や倫理的配慮についても学ぶ機会となっています。また、利用者の決定に際しては、取扱い件数を超えない限り、新規の利用者を受け入れており、また、受け入れられない際も適切に他の事業所を紹介されていることが確認できました。		
(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。	A	A
		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)		意見・要望・苦情については迅速に対応されていますが、第三者に相談できる機会の確保については不十分なところがありました。		
(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。	A	A
		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スタッフが積極的に参加している。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		毎年実施されている「満足度調査」は平成25年度は106名の利用者を対象に実施され、82名(77%)の回答を得られていました。アンケート結果については、今後HPに掲載されるとの事でした。取組の一つで、特筆すべきは、年に一度の「サービス評価委員会」で本年度も1月に実施を予定されています。地域の他事業所を招いて、年間事業計画とその進捗について報告し、日常の活動についての評価を頂く機会を設けられ、自らの事業の透明性の確保に努力されている姿勢がうかがえました。		

