

アドバイス・レポート

平成26年4月28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20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「第二南診療所(居宅介護支援事業)」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 (※)</p>	<p>1. 利用者の自己決定権を尊重した支援がなされ、共に支え連携し合えるための関係者との調整に努力しています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ アセスメントはフェイスシート及び各状況別に課題分析しやすい様式を使用し、利用者や家族から聴き取りを十分にしたうえで、利用者のおかれている状況を詳細に記録しています。 ○ 一人ひとりの丁寧なアセスメントに基づき、利用者及び家族の生活に対する意向や希望を尊重した上で、自立支援のための個別援助計画を策定しています。特に利用者の自己決定権を大切にし、利用者及び家族等から満足が得られています。 ○ サービス担当者会議は、利用者や家族の参加のもとに開催すべく、主治医の往診時に開くこととし、それに合わせ看護師・理学療法士・作業療法士・サービス事業所等の参加を調整するなど、利用者を支えるための連携調整をよく図られています。 ○ 居宅介護支援計画連絡票を活用し、利用者の主治医との連携を密に取っています。 ○ 各地域のケア会議や事例研究会、地区連絡会へは必ず出席し、また、日頃の連絡のやりとりを通し、地域包括支援センターや行政・関係機関・団体等、有機的な連携がよく出来ています。 <p>2. 利用者の状況をよくつかんでおられます</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の状況は、居宅介護支援計画の前後の経過が良くわかるように、詳細に記録されています。その経過記録はケース状況が詳らかにわかるように、利用者の言葉や表情等の記入もあり、カンファレンスを行う際や、担当者以外の訪問時も、利用者に対する理解が得やすいものとなっています。 ○ 独居利用者等の日常の相談事にも快く応じられ、頼れる大きな存在となっています。 <p>3. より適切な支援が出来るよう、資質向上に意欲的に取り組まれています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人では、資格取得のための講座や、充実したスキルアップ研修が実施され、採用後は「認知症あんしんサポートリーダー」「一次救命処置」(BLS)の資格取得の支援や、スキルアップ研修で知識や技能を身につけることができます。 ○ 毎年度の個別研修計画は、各自の課題と共に目標を立て、スキルの向上を目指し、積極的に外部研修や支援研究会等に参加しています。また、その研修や講演内容を報告し合い、事業所全体の質の向上につなげています。
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 事業計画の策定について ○ 単年度事業計画は策定されていますが、中長期事業計画は策定されていません。 ○ また単年度計画は、前年度の計画を総括し課題や問題点、地域や利用者のニーズ等を多角的な視点で検討したうえで策定される必要があります。</p> <p>2. 地域との交流について ○ 法人季刊誌や施設パンフレットを利用者や地域の関係機関に配布されていますが、地域への事業所情報開示は不十分です。 ○ 法人や診療所は、「地域の人々が安心できるかかりつけ診療所」として、在宅医療に力を入れ、専門的な技術講習会等、地域に積極的に貢献されています。しかし、事業所としての地域還元は、今後の課題となっています。</p> <p>3. 利用者満足度の取り組みについて ○ 毎月利用者宅を訪問し、意向と共に希望や満足されていることも聞き出して記録し、更なる利用者のプラン立て等に役立てています。隔年に利用者アンケートを実施し、結果を集計、定例会議で分析し検討していますが、匿名で意向を聞き出すことのできる利用者満足度アンケートは、毎年実施されることが望ましいです。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業計画の策定について ○ 地域住民の生活・健康を守る医療法人として、長年、地域に根ざし努力されています。その中の居宅介護支援事業所として目指しているビジョンをもとに、中長期事業計画を策定し、合わせて単年度計画に多角的な視点からの課題を掲げて、実践されるように期待します。</p> <p>2. 地域との交流について ○ 事業所は、独居利用者等の日常の相談事にも快く応じられ、頼れる存在となっています。事業所情報開示の1つとしてホームページの開設は有効に思います。情報を、広く利用者・地域住民にお知らせいただければと思います。 ○ 事業所は、地域ケア会議等地域の会議には必ず出席し、地域と連携し、良好な関係を保つ努力をされ、地域ニーズも良くつかんでおられます。今後の地域交流や貢献など、地域になくてはならない事業所としての活躍に期待しております。また、非常災害時における事業所としての取り組みを、ご検討いただきたく思います。</p> <p>3. 利用者満足度調査について ○ 毎年継続して、匿名で利用者・家族の意向を聞き出すことのできるアンケートを実施することで、利用者の満足度の変化がつかめ、事業の効果や課題も知り得ることが出来ます。またアンケートの質問内容を工夫することで、新たな取り組み課題を見出すこともできることと思います。さらに、結果を公表することで、事業所に対する信頼性も増します。是非お取り組みいただきたく思います。</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)

※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	2610404101
事業所名	医療法人 健康会 第二南診療所
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28年 3月 30日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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)		<p>① 法人の事業の目的(理念)・運営方針は事業所内に掲示、名札裏面に記載し、職員に周知しています。利用者や家族には契約時に説明し、理解されるための取り組みを行っています。さらに職員の認識を高めるため、法人の理念・方針をふまえて事業所独自の理念を、職員の話し合いにより定める取り組みをしています。</p> <p>② 理事会をはじめ、組織に関わる居宅管理者会議等の各種会議は、定期的に行われています。毎週の定例会議(事業所全職員参加)や3か月に1回法人居宅介護支援事業連絡会(4事業所合同で全職員参加)にて、運営情報の共有や職員との意思疎通が図られ、職員の意見が反映できる体制になっています。法人の組織図や職務分担等が分かりやすく明示されると良いかと思えます。</p>			
(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。	B	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>③ 中長期事業計画は策定されていません。単年度事業計画は策定されていますが、さらに、事業所の課題や問題点、地域や利用者のニーズ等多角的な視点で検討されたことを計画に盛り込み、実践されることを望みます。</p> <p>④ 事業計画をもとに、個人目標を設定し、定例会議で確認しながら取り組み、部門全体の質の向上につなげています。</p>			

(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	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)		<p>⑤ 管理者は、新情報はネットで調べ、把握すべき法令はファイリングでリスト化し、職員が直ぐに調べられる体制を整えています。地区介護保険事業者等連絡会議や集団指導に参加した内容を、定例会議で確認したうえ、自主点検等全職員で取り組んでいます。法令遵守について研修したことや収集した情報は、少人数の職場でもあり、直ぐに職員と確認し共有するようにしています。</p> <p>⑥ 管理者は隔月の法人介護事業連携会議に出席し、法人や居宅介護支援事業に関する内容を、職員と情報共有しています。日々、意思疎通が良くできている事業所で、日常業務における管理者の行動等は、職員から信頼を得られています。</p> <p>⑦ 管理者は、業務用携帯電話を常時保持しており、緊急・事故対応マニュアルに従い、不在時にも具体的な指示を行う体制ができています。また支援計画表により、他職員の動向も把握しています。</p>		

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	A
		(評価機関コメント)		<p>⑧ 職員採用は介護支援専門員有資格者に限定し、実務経験者を優先的に採用しています。人材育成は体系的に実践できており、主任ケアマネジャー取得のための費用は全額負担し、勤務調整をしています。</p> <p>⑨ 法人内スキルアップ研修が実施され、新人研修、専門職として段階的に必要な知識や技能を身につけるプログラムが定められています。また、個別研修計画を立て、積極的に外部研修や支援研究会に参加しています。新規採用者にはOJT研修期間が設けられ、業務を通して日常的に学ぶスーパービジョン体制があります。</p> <p>⑩ 実習生の受け入れについては、マニュアルが整備され、実習指導者研修を受け、体制が整備されています。</p>		

(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	A
(評価機関コメント)		<p>⑪ 就業状況は法人事務局が管理していますが、管理者も毎月把握されており、育児休業取得者もいます。年間に夏休や、5年毎にリフレッシュ休暇が有り、利用されています。休憩室にマッサージ機が有り、活用しています。</p> <p>⑫ 法人内臨床心理士による職員の悩み相談体制を設けています。また本館にハラスメント等の相談（苦情）窓口6名が担当しており、各内線電話等で受け付け、相談できることが、職員に周知されています。福利厚生制度があり、日帰り旅行や職員交流の懇親会等の機会がつけられています。</p>		
(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。	B	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)		<p>⑬ 診療所施設（居宅介護支援事業所の他、一般診療・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・訪問介護事業所有り）の受付近くの掲示板に、事業所の概要等を紹介しています。法人季刊誌や施設パンフレットを利用者や地域の関係機関に配布されていますが、地域への事業所情報開示は不十分です。</p> <p>⑭ 法人や診療所は、「地域の人々が安心できるかかりつけ診療所」として、在宅医療に力を入れ、専門的な技術講習会等、地域に積極的に貢献しています。事業所は、地域のケア会議、認知症ケース検討会、事例検討会等に積極的に出席されていますが、地域還元は今後の課題としています。</p>		

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)		<p>⑮ 事業所情報は、パンフレットや契約書兼重要事項説明書にて提供できています。訪問時に、各サービスのパンフレット等は、必要に応じ提供されています。利用者の問い合わせに対しては、予想される状況に応じ、迅速に対応されています。自事業所の重要事項説明書及び契約書は、全体的に文字を大きくし、特に注意が必要な箇所は太文字にするなど、読みやすく、わかりやすいものにされると良いでしょう。</p>			
(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)		<p>⑯ 初回面談時には、重要事項説明書を用いて居宅介護支援費について自己負担が発生しないことを説明しています。ケアマネジメントするサービス全般についての月別見積額等を用紙を用いて説明されています。成年後見制度や権利擁護事業の活用が必要な利用者については、社協や地域包括支援センターと連絡を取り、支援しています。</p>			

(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)		<p>⑰ アセスメントはフェイスシート及び各状況別に課題分析しやすい様式を使用しています。利用者のおかれている各状況を出来るだけ詳細に記録し、利用者や家族などから聞き取りを充分にし、望まれる生活像や利用者ニーズを把握しています。また、主治医や専門家の意見も参考にし、利用者の全体像を浮かび上がらせる努力をしています。サービスの更新時、区分変更時、状態変更時には必ずアセスメントを実施し、毎月のモニタリングの際に、利用者の状況や環境に変化が有れば再アセスメントを行っています。法人内で統一したソフトを使用し、アセスメント・サービス担当者会議・サービス計画表・経過記録・モニタリングなどの記録をパソコンで一元管理しています。</p> <p>⑱ 丁寧なアセスメントに基づき、利用者及び家族の生活に対する意向や希望を尊重した上で、自立支援のための個別援助計画を策定し、利用者及び家族等から同意を得ています。</p> <p>⑲ サービス担当者会議は、利用者や家族の参加のもと、主治医の往診時に開催し、それに合わせ看護師・理学療法士・作業療法士等の専門家やサービス事業所の参加を調整するなど、共に連携し合えるよう図られています。</p> <p>⑳ ケアマネジャーは毎月利用者宅を訪問し、目標の達成度を確認するとともに、随時ケアプランの見直しをしています。</p>		
(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)		<p>㉑ 居宅介護支援計画連絡票を活用し、利用者の退所前相談や退院時カンファレンス出席の医師や病棟師長との連携が取れています。また、各地域ケア会議や各地域包括事例研究会や地区介護保険事業者連絡会に必ず出席し、地域包括支援センターや行政・関係機関・団体等と有機的な連携が取れています。</p>		

(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>② 業務マニュアル及び手順書は整備され、職員に活用されています。また、ケアプランチェックマニュアルを用いて、遺漏のないように努めています。毎年、全ての業務マニュアル及び手順書を見直し、改訂部分は差し替えられていますが、改訂が必要でない場合も見直しした年月日を記入して下さい。</p> <p>③ 利用者の状況は、居宅介護支援計画の前後の流れが良くわかるように、個別の経過記録に詳細に記録されています。経過記録には、利用者の様子がより的確に伝わるよう、利用者の言葉や表情も記録されている箇所もあります。記録の保管や廃棄については、職員に対する法人の研修が行われており、保管場所など徹底されています。</p> <p>④ 毎週の定例会議にて、カンファレンスを開催するとともに、利用者の状況変化に対しては、適宜、職員間で情報交換及びミニカンファレンスを行い、共有化しています。</p> <p>⑤ 家族や後見人には、モニタリング訪問時に同席してもらえるように、事前に都合を聞いています。遠方の場合、電話にて情報交換ができています。</p>		

(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)		<p>⑥ 感染症の対策及び予防については、法人内のスキルアップ研修で毎年、最新の感染症に関する対策や予防の研修を受け、マニュアルに反映し、職員に周知しています。インフルエンザの予防接種を毎年全員受けています。</p> <p>⑦ 施設内は1階が診療所でもあり、衛生や消毒の管理が徹底しています。事業所内清掃は毎朝実施し、保管書類は整理整頓されています。</p>		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>⑧ 事故・緊急時対応マニュアルは整備され、指揮命令系統も明らかなです。法人内研修で実践的な訓練（止血・AED使用法・一次救命処置等）を受けています。</p> <p>⑨ 居宅介護支援上における事例はありませんが、所員会議（診療所・通所リハ・訪問リハ・訪問介護・居宅介護支援含む）で、介護事故・ヒヤリハット等を分析した再発防止策を有効に活用しています。また、他サービス事業所での利用者の転倒事故等が発生した場合の様子や対応を確認し、利用者に対する対応策等を記録に残し、積み上げられています。</p> <p>⑩ 診療所施設の防災訓練に参加されていますが、地域との連携を意識したマニュアルは作成されていません。また、緊急災害時を意識した利用者リスト作成等をご検討下さい。</p>		

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)		<p>⑳ 利用者の自己決定権を尊重することを基盤において、ケアプランを策定されています。法人研修や外部研修で、人権に関する研修に参加しています。地域包括事例研究会等に参加し、高齢者虐待防止策に関する事例を地域のケアマネジャーと共に検討しています。学びや情報は、必ず全職員で共有しています。</p> <p>㉑ 利用者のプライバシーの保護に関しては、研修や会議にて取り組まれ、ファイル等外部に個人名が見えぬ配慮等、具体的な方策を講じています。「評価シート」の提出を義務づけることで、常に問題意識をもって居宅介護支援が行えるようにしています。</p> <p>㉒ 基本的にどんな条件の利用者であっても受け入れていますが、職員の欠員発生時で限界の時は、事情を丁寧に説明したうえ、近隣の他事業所を紹介しています。</p>			
(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	A	
	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	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>㉓ ケアマネジャーは毎月利用者宅を訪問し、意向を聴き記録しています。利用者や家族からの意見・要望は匿名アンケートを隔年で取り、把握するようにしています。診療所内に意見箱を設置し、所員会議で意見箱の投書を披露しています。</p> <p>㉔ 苦情・クレーム対応マニュアルを定め、苦情・クレームがあった時は支援経過に記録し、その利用者に関わるサービス事業所に結果を渡し、公表しています。対策が迅速にできています。</p> <p>㉕ 公的機関の相談窓口を重要事項説明書に明記し、利用者に周知しています。第三者を相談窓口として設置はしていません。</p>			

(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。	C	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スタッフ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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>⑳ 隔年に利用者アンケートを実施し、結果を集計、定例会議で分析し検討しています。また、毎月利用者宅を訪問し、意向と共に希望や満足されていることも聞き出して記録し、更なる利用者のプラン立て等に役立てています。しかし、利用者満足度アンケートは毎年継続的に取り組まれるのが、望ましく思います。</p> <p>㉑ 法人のケアマネ連絡会、毎月の診療所員会議、毎週の定例会議にて検討を行い、意見が反映でき、具体的なサービスの向上に対する取り組みにつながっています。地域の他事業所と取組みについて、意見交換をしています。</p> <p>㉒ 「評価シート」「個別面接シート」をもとに職員と個別に面談し、改善を図り、課題を明確にしています。今後は、事業所が提供している支援体制・内容・質についても評価し、課題を次年度につなげて頂く取り組みに、期待しております。</p>		