

アドバイス・レポート

平成28年3月25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27年9月7日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた川端診療所につきましては、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><b>通番2.</b> 事業所の運営に必要な案件の意志決定が、組織図・業務規程・部設置規定・委員会設置規定等に基づき、理事会⇄役員者会議⇄部会のプロセスで行われ、組織としての透明性が確保されています。ISO9001(平成14年認証取得)による取り組みで、運営方針や事業計画(品質目標・活動計画)が全職員の参画で策定され、品質管理が継続的に行われています。会議では「上司や職場運営に関する要望」「上司との意志疎通」等に記した職員の意見・要望が反映される仕組みとなっています。</p> <p><b>通番5.</b> 介護保険法以外の事業運営に関する法令をリスト化し、介護保険関連法令に関する情報などを全職員に周知しています。職員倫理綱領や法令遵守規定等の職員研修を実施し、職員全員で行政の「自己点検表」に取り組み、ISO9001品質マネジメントの内部監査を年2回行う等、組織をあげて法令遵守に努めておられます。</p> <p><b>通番8. 通番9.</b> 質の高い人材の確保と育成に努めておられます。基礎資格が看護師、社会福祉士、介護福祉士である介護支援専門員を意識的に採用し、多職種協働による支援体制を採っています。事業所は、法人の介護部門が行う「キャリアパス制度」の新任研修、現任研修、管理者研修を段階的に受講させ、学会などの外部研修にも積極的に参加させています。中途採用者にも、先ず初任者研修を受講させ、チェックリストを使って業務の習熟度を双方で確認しています。全ての職員に技能レベルを維持・向上させる為の学習の機会を保障しています。</p> <p><b>通番13. 通番14</b> 事業所独自のユニークな広報誌「ペダル通信」を年3~4回発行されています。また、法人広報誌「いつでも元気」、「診療所だより」等で地域へ法人・事業所の情報を公開しています。地域で開催の「認知症サポーター養成講座」に近隣の小学生の参加を依頼したり、事業所独自で認知症やリハビリテーションに関する公開学習を開催しています。また、3月には医療機関の相談員・訪問看護師・訪問介護師等と協働で在宅で人工呼吸器を装着されている方を支援する学習会を計画されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>通番 6</b> 管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直しを行う仕組みが構築されていませんでした。</p> <p><b>通番30</b> 年に1回、診療所全体で行う防火訓練に参加され、災害発生時の手順書を作成しておられますが、地域との連携を意識した非常災害時の実施訓練等が行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>通番 6</b> 管理者自らの役割と責任を文章で職員に表明し、年に1回~2回、個人面談の中で、自身の評価を職員一人ひとりから聞き取っておられますが、特にマイナス評価の言葉にはバイアスがかかり易いものと考えます。管理者の上位にある方や他の事業所の管理者が聴き取られる方法や客観性が保たれた人事考課表のような評価シートを活用される方法等が考えられます。事業所の実情に合った方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>通番30</b> 現在、京都市からの要請で勧められている介護認定要介護3以上で一人暮らしの利用者の名簿づくりは、地域との連携を意識した取り組みにつながる仕事であると思われれます。名簿づくりの経験が非常災害時対策への実際(取り組み)に広がることを期待しています。</p>

(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	2610604080
事業所名	川端診療所
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)	通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成28年2月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループオーム協議会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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。	A	A
	(評価機関コメント)			1. 法人理念と運営方針を明文化している。ホームページや文書（リーフレット、パンフレット、事業所案内、運営規程）に掲載、事業所内に掲示、名札の裏に明記し、利用者や職員、広く地域住民に周知している。職員が作成した運営方針は理念とともに職員の行動規範となっている。年度毎に品質目標の中から具体的に職場目標や活動計画を決め、年1回の総括会議や職員会議で振り返っている。 2. 事業所の運営に必要な案件の意志決定が、組織図・業務規程・部設置規定・委員会設置規定等に基づき、理事会⇄役員者会議⇄部会の流れで行われ、組織の透明性が確保されている。法人(信和会)所属の4つの居宅支援事業所の会合も定期的に開いている。ISO9001(平成14年認証取得)による取り組みで、事業所の品質管理を継続的にやっている。組織図と検討会議や委員会会議等の議事録等で確認できた。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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. 中期・長期計画(平成22年～28年 6ヶ年)に基づいて、法人の医療機関や事業所の拡大・拡充と運営の品質管理が行われ、事業運営のマネジメントサイクル(事業計画の作成、実施、評価、改善)の確立に努めている。職員全員の協議の上で品質目標・活動計画書を作成し、月次の各種検討会議で分析・評価し、年2回の利用者満足度調査で妥当性を検証している。 4. ISO9001品質マネジメントに基づいて、年度始めに法人の部署毎に品質目標・活動計画書を策定している。月次の部会で計画の進捗状況や達成度を分析・評価し、毎年6月に次年度計画作成に向けた評価・見直し等の検討会議(統括会議)を実施している。ISO9001品質マネジメント関連の文書を、職員全てがPC内の「リンクステーション」で自由に閲覧することができる。		

(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)		<p>5. 京都市集団指導に出席し、介護保険関連法令に関する情報を全職員に伝達している。介護保険法以外の事業運営に関する法令もリスト化している。職員倫理綱領や法令遵守規定等の職員研修を実施し、職員全員で行政の「自己点検表」に取り組んでいる。また、ISO9001品質マネジメントの内部監査を行う等、組織をあげて法令遵守に努めている。</p> <p>6. 年1回、診療所の経営責任者を交えた会議(総括会議)で、年度の事業実績・運営方針の評価・見直しを行っている。会議では「上司や職場運営に関する要望」「上司との意志疎通」等に記した職員の意見・要望が反映される仕組みとなっている。年1回、管理者が職員個人面談で「信和会技術部門課面接シート」を使い、職員一人ひとりの意向の把握に努めているが、管理者の自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを客観的に把握・評価・見直しを行う仕組みがなかった。</p> <p>7. 管理者は日報や各種の報告書、月次の部会・朝ミーティング等から、日々の事業の状況を把握している。緊急時対応マニュアルや交通事故対応マニュアル、緊急携帯、緊急時連絡網等を整備し、緊急時に迅速に対応できる体制となっている。</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
<b>Ⅱ 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		8. 基礎資格が看護師、社会福祉士、介護福祉士である介護支援専門員を意識的に採用し、多職種協働による支援を行っている。法人所属・勤務年数5年以上の職員に主任介護支援専門員の資格取得を奨励し、現在2名の職員が受講している。資格取得の研修・受験費用の法人負担と受験準備に要した時間を勤務扱いにしている。 9. 法人の介護部門が行う「キャリアパス制度」の新任研修、現任研修、管理者研修参加を義務付け、学会や外部研修にも積極的に参加させ、全職員に技能レベルを維持・向上させる為の学習の機会を保障している。また、事業所では、中途採用者の育成に力を注ぎ、初任者研修を受講させ、チェックリストを使って業務の習熟度を確認している。 10. 実習生受け入れマニュアルを整備し、指導者養成研修を修了した実習指導者を配置している。近畿高等看護学校のカリキュラム「地域看護」の分野で1日、介護支援専門員の役割や業務に関する実習を提供している。チャレンジ体験のための実習も受け入れている。			
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
	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)		11. 労働安全衛生委員会で労働状況等を把握・検討し、職員の労働環境の維持・向上に努めている。職員は100%正規職員とし、労基法に基づいて育児休業や介護休業等を就業規則に規定している。業務の効率化と負担軽減を目的に電動自転車も使用している。年1回、管理者が職員面談で職員ひとり一人の意向を聴き取り、職場環境の改善に努めている。公休や有休を気兼ねなく取得出来ていることが職員ヒヤリングで確認できた。 12. 職員が業務上の悩みやストレスを解消する仕組みとして、法人設置の「こころの健康相談サービス」で24時間電話・メールでの対応と、加盟の共済会サービス(フリーダイヤル)がある。福利厚生制度では医療費の8割の法人負担がある。また、共済会サービス以外に法人(医療法人)独自のサービスとして、職員が仕事を離れてリフレッシュできる海の家、スポーツジム補助、スキーツアー等々が用意されている。ハラスメントに関する規定を定め、職員研修を行っている。食堂が休憩所となっているが、職員はゆっくりとくつろげている様である。			
<b>(3) 地域との交流</b>						
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		13. 法人の運営理念をホームページやパンフレットなどに掲載し、診療所・事業所内に掲示している。全国民医連広報・月刊誌「いつでも元気」、事業所の広報誌「ペダル通信」を年3～4回発行し、「診療所だより」を地域住民に全戸配布し、情報の公表制度の資料を事業所に掲示している。 14. 近隣の複数の小学校・養護学校の児童を対象とした「認知症サポーター養成講座」で「度忘れ?ひよっとして認知症?」をテーマに生健ホールで講演会を開催している。事業所独自で、認知症やリハビリテーションに関する公開学習を開催している。地域の看護・介護・医療機関の相談員等と協同で、人工呼吸器を装着されている人の地域支援に関する研修会を3月に開催予定である。			

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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. 事業所の情報はホームページ、パンフレット、リーフレット等に掲載している。法人、診療所、事業所独自の広報誌を定期的に発行している。利用契約時には運営規程や契約書、重要事項説明書で説明し、同意を得ている。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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. 利用開始時に重要事項説明書をもとに説明を行い、納得の上で同意を得ている。判断能力に支障のある利用者への支援として、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用を勧めている。法律上の相談は法人の顧問弁護士に相談できる仕組みがある。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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(全国社会福祉協議会方式)を実施することにより、利用者の心身状況や生活状況をケアプランに反映させている。京都府共通様式「課題整理総括表」「入院時情報提供用紙」の他に独自の「生活アセスメント」を使い、地域の様々な専門職と連携し、丁寧にアセスメントしている。面接時の経過記録はS(主観)O(客観的)A(評価)P(計画)形式で行っている。 18. 利用者や家族とは緊密に連絡を取り、希望や意見等を聴取し、自立支援のためのケアプラン作成に努めている。サービス内容の決定は本人及び家族の同意を得ている。遠隔地の家族等とは電話で連絡を取り合い、情報を共有している。 19. 医師との連携は良好で、居宅介護支援計画連絡票の送付等で情報を共有している。他の事業所とはサービス担当者会議やモニタリング表の交換等を通して連携している。 20. 介護サービス計画の見直し基準を新規・更新・利用者に変化のあった時・区分変更時、サービス内容の追加変更等の場合と定め、基準に基づいて居宅サービス計画を作成している。短期目標は概ね6ヶ月で評価し、変更がなければ継続としている。一連のケアマネジメントを介護支援業務の手順書に基づいて実践している。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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. 医師を始め、民生委員や関係機関と連携し支援体制を確保している。入退院時の病院カンファレンスに参画し、診断書や看護サマリーなどの医療情報をサービス提供事業所と共有している。地域の主治医や関係団体から把握した情報を居宅介護支援計画に反映させている。			

(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。	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>22. 「介護事業実施マニュアル」「ケアマネ業務手順書」「カルテ管理手順書」が職員に活用されている。他に介護事業部全体のマニュアルと川端診療所居宅介護支援事業所の手順書も整備されていて、全てのマニュアル・手順書は定期的に見直しされている。見直しには、月次の部会で検討・評価した顧客満足度調査の結果やインシデントを反映させている。各種の手順書は現場に則した実用的なものとなっている。</p> <p>23. 経過記録・モニタリング・利用票等のサービス提供の記録が適切に残されていて、ケース記録等の個人情報に関する書類は、施錠された書庫に管理している。カルテ管理手順書に文書保管の方法を明記している。個人ファイル等の記録類がスムーズに確認できる様に、書類の整備をPCソフト「福祉業務支援ソフト ほのぼの」で行っている。</p> <p>24. 職員は、朝のミーティング、週1回の情報共有会議、月1回のカンファレンス、年1回の事例検討会(他部署も参加)等で利用者の情報を共有している。また、各種の委員会や会議で職員間の意見集約を行っている。議事録で確認できた。</p> <p>25. 毎月、モニタリング訪問の場で本人・家族等に「利用表・別表」を提示し同意を得ている。サービス担当者会議は本人・家族の出席を基本としている。利用者の家族等は遠距離の方が多く、情報交換等はメールで行っている。</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>26. 「感染対策手順書」を作成し、感染症対策の職員研修を実施している。インフルエンザ予防対策として、法人が費用を全額負担し、職員全員に予防接種を受けさせている。また、訪問時は使い捨て手袋を使い、擦式アルコールによる手指消毒を励行している。</p> <p>27. 施設の清掃が毎日業者によって行われ、整理整頓、清潔が保たれている。</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。	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	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>28. 災害時の迅速な対応に備え、「事故・緊急時対応の手順書」を整備し、損害賠償保険に加入している。手順書に沿って緊急時の指揮命令系統を定め、緊急連絡網を作成し、事業所内に掲示している。「医療・介護総合保険」に加入しているが、自然災害を想定した実践的な訓練を行っていませんでした。</p> <p>29. 毎月、全職員によって多くのインシデント（ヒヤリハット）事例報告（書）を検討し、事故の発生予防に役立っている。発生した事故の対応に関する規定を策定しています。事故は発生していませんでした。</p> <p>30. 年に1回、診療所全体で行う防火訓練に参加している。災害発生時の手順書を作成しているが、地域との連携を意識した訓練等が行われていませんでした。現在、京都市からの要請で、介護認定要介護3以上で一人暮らしの利用者の名簿作成に取り組んでいる。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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>31. 理念に利用者の尊厳保持を掲げ、高齢者の尊厳(8月)や高齢者虐待防止(1月)に関する学習会を実施している。また、各種の委員会活動や月次の各種会議と年1回の総括会議等で、事業が理念に基づいて遂行されているかを検証している。</p> <p>32. 「プライバシー保護に関する取扱い指針」を定め、研修会(4/16)を開催している。</p> <p>33. サービス利用者の決定は公平・公正に行っている。受け入れられない理由は、定数を超える場合と営業地域外の場合であり、理由を利用者に説明し、納得の上で他の事業所を紹介している。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 毎年、利用者満足度アンケートを実施し、玄関に意見箱を設置している。毎月のモニタリング訪問で聴き取った利用者や家族等の意向を計画に反映させている。地域対象の認知症に関する学習会(11/10)に参加の利用者・家族等の相談の殆どが、家族(介護者)自身の認知症への不安であった為、それに応える為のマニュアルの作成と「おたっしや健診」の開設を計画している。</p> <p>35. 居宅介護支援事業所に対する苦情等には管理者が面接対応している。利用者満足度アンケートの結果は、記述内容も全てそのまま診療所外来・事業所内に掲示し、本人・家族、ホームページにも公開している。</p> <p>36. 第三者・公的機関の苦情相談窓口を診療所・事業所内に掲示し、利用者・家族・外来者に周知している。又、苦情受付に法人本部を設置し、連絡先は公的機関とともに重要事項説明書に記載している。</p>			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	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職員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)		<p>37. 毎月、モニタリング訪問で利用者・家族等一人ひとりに満足度や意向等を聴き取り、部会で検討し、ケアプランに反映させている。また、意見や苦情等は管理者会議(5人)で検討し議事録に記載している。</p> <p>38. 部会、情報共有会議でサービス向上に向けた検討会を開き、集約した職員全員の意見を、介護運営会議や役員会議を通して管理部に提案する仕組みとなっている。検討内容が議事録に記載されている。ISO9001による品質管理の定期監査(第三者評価)・年2回内部監査(自己評価)を行っている。</p> <p>39. サービスの提供状況・品質目標の達成度等の統括を年度始め(4月)に行い、次年度の品質方針を定めている。今回の様な第三者評価は平成24年に受診している。</p>			