

様式 7

アドバイス・レポート

平成 21 年 1 月 27 日

平成 20 年 10 月 8 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
 社団法人京都保健会 久世診療所 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

特に良かった点と その理由(※)	I (1)2 組織体制 ●組織として理念及び運営方針が明確化され、医療・宣言として地域の方々にもアピールされています。総括会議には職員全員が参加し運営方針も徹底されています。 II (3)14 地域への貢献 ●地域包括支援センターとの共同で、積極的・継続的に地域への研修会・勉強会を開催され、交流を図っておられます。 III (3)17～20 アセスメントの実施・利用者・家族の希望尊重・専門家等に対する意見照会・個別援助計画等の見直し ●すべての項目において、質の高いケアプランが作成され実践されています。内部の診療所利用者だけでなく外部からの依頼ケースにも十分な対応がなされています。利用者アンケートからも満足の声が多く感謝の言葉が多く聴かれました。 経験ある力量の高い介護支援専門員がおり、地域からも信頼できる事業所であると感じました。
-----------------------------	---

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	Ⅱ(1)10 実習生の受け入れ ●外部からの実習受け入れを居宅介護支援部門では行っておらず体制も整えられていませんでした。 Ⅳ(3)36 利用者満足度の向上の取組み ●利用者本人の困りごとアンケートはされていましたが、サービスに対する満足度調査はされていませんでした。
具体的なアドバイス	●利用者の意見や要望等は受診時や訪問時に聞かれ把握されていましたが、利用者の満足度についてアンケート調査をされてはいかがでしょうか。客観的に満足度を把握され、分析・検討されることでさらにサービスの質の向上につながると思われます。 ●2名体制の事業所ではありますが、情報共有・業務に対する悩みや目標についての意見交換の場が、他職種の協力も得ながら、定期的かつ継続的に行うことが強化できるよう期待します。少ないスタッフでもチームワークを今後も継続され、さらなる質の向上のために今後ますます努力されることを期待します。 ●事業所の社会的責務の一つとして実習の受け入れについて、看護部門同様、居宅介護支援部門においても体制を整えておかれてはいかがでしょうか。スタッフの方々のスキルが高く、地域はもとより行政区においても指導・教育が期待できる優秀な人材を有しておられます。

※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	2610502326
事業所名	社団法人京都保健会久世診療所
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)	訪問看護
訪問調査実施日	平成20年11月22日
評価機関名	社団法人京都私立病院協会

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。		B	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	A
	(評価機関コメント)		組織として理念及び運営方針が明確化されています。それに基づき年1回の総括会議には職員全員が参加されていて運営方針も徹底されています。			
(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。		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。		B	B
	(評価機関コメント)		法人やブロック単位の会議や介護事業者会議に参加して、多角的な視点から課題を把握され部門ごとの問題点を明らかにして組織的に取り組まれています。			
(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。		B	B
	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)		運営管理者はスタッフに対して適切な指示をして役割と責任を果たしています。			

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。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		介護支援専門員資格取得及び現任職員に対する研修参加等の法人バックアップ体制が整っています。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		福利厚生制度が充実しており、休憩できるスペースが確保されています。		
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		併設のサービス部門(診療所)との協力で、利用者の交流会を開催し地域に根ざした診療所としての活動を積極的に行っています。		

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。	B	B
		(評価機関コメント)		ホームページにて若干の情報提供はなされていますが、事業所をアピールするまでには至っていません。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		成年後見制度利用に関する事例がなく、その仕組みがありません。		

(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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	A	
(評価機関コメント)		利用者・家族の意向を踏まえたケアマネジメントが実践されており、見直しも適切に行われています。			
(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。	B	A	
(評価機関コメント)		主治医との連携はスムーズに行われています。また地域包括支援センター及び地域の居宅介護支援事業所といつでも相談できる良い関係が構築されており、実践されています。			
(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。	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。	B	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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	A	
(評価機関コメント)		記録のファイリング・整理ができています。利用者ごとのアセスメント～プラン作成～モニタリング迄の工程管理表が活用されています。支援経過表の記載が詳細に記録されています。			
(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、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。	C	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。	B	A	
(評価機関コメント)		感染症対策として、訪問時のマスク・手袋・ウェルパス等の整備が診療所全体で整っており、手洗いが励行されています。			
(7)危機管理					
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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。	B	B	
(評価機関コメント)		事故案件が少ないようです。研修はなされていますが災害の訓練や保険者への報告等、実際に発生した際の対応についてが課題です。			

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
Ⅳ利用者保護の観点						
	(1)利用者保護					
	人権等の尊重	30	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	31	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	32	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	C	C	
	(評価機関コメント)		利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供がされています。基本的にはどんな条件の利用者も受け入れる姿勢との事です、担当件数が上限に達し、【断わらざるを得ない】場合のルール作りも必要だと思います。			
	(2)意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	公的機関等の窓口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)		利用者、家族の交流会で意見・要望等を聞く機会が設けられています。利用者の相談や苦情は記録されており、迅速に対応されています。			
	(3)質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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。	C	C	
	評価の実施と課題の明確化	38	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		年1回以上、自己評価を実施されていた結果が事業計画に生かされています。利用者の満足度調査はされていませんでしたので、客観的な視点から調査をしてサービスの向上に役立てられると良いと思います。			