

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 19 年 12 月 26 日

平成 19 年 8 月 8 日付けで第三者評価の実施をお申しいただいた居宅支援吉祥院病院（居宅介護支援事業）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いたしますので、今後の事業所の運営およびサービスの提供に役立ててください。

評 価 が 高かった点	I 健全な組織体制（2）組織体制、（4）課題の設定（5）人材の確保・育成 II 適正なサービス提供体制（4）衛生管理（5）危機管理 IV サービスの質の向上の取組（1）苦情解決（2）質の向上に係る取組（3）評価の実施
理 由	I 健全な組織体制 - 法人全体として「選ばれる病院になろう」という認識でISOの取組をしており、質の向上への意識は高い。ISOに取り組むなかで全体の年度課題が出され、それが各事業所におろされ、さらに一人ひとりの職員の課題が策定されている。職員は課題にそって研修および具体的活動を計画し、「達成目標水準」にしたがって自己評価をおこなっている。また職員は自身の目標についての「力量チェックリスト」をおこなっており、管理者はこれにより達成状況を把握し、指導助言をおこなっている。こういった一連の活動は非常に質の高い取組となっている。 - 法人内南ブロック介護事業委員会、南区介護サービス事業者連絡会議、認知症ケア地域連絡協議会等々での交流や研修および連携体制がとられており、地域ニーズの把握をおこなっている。隣接する病院や近隣の診療所との医療連携がとられ、利用者のケースによる相互の連携も密にとられている。 - 事業所は管理者が責任をもって管理運営しており、理事長、病院長等には報告書をあげるとともに、事業所の課題は責任者会議において検討されている。職員が5人という小規模の職場であり、毎朝の朝礼と毎月の職員会議において情報の共有化をはかるとともに運営やケースの検討を行っており、組織決定の透明性は高い。 - 職員の年間研修計画が的確に立てられ、法人内研修と同時に外部研修への参加も積極的におこなわれている。受講者のレポートにより、内容の共有化がはかられている。 II 適正なサービス提供体制 - 感染症マニュアル、感染性廃棄物取り扱い基準等が策定され、事業所内の対策も的確である。 - 事故防止マニュアル、緊急時対応マニュアル等が策定され、研修や避難訓練、救急救命訓練等も実施されている。事故記録は整備されており、事例検討もなされている。 - 利用者の申込があると、訪問面接し、医療情報、家族関係、住居環境等々の情報が収集され、利用者や家族の意向が聴取されている。その後、MDS方式によりアセスメントされ、居宅介護計画書が作成されている。作成の際には医師、看護師、PT等の専門家の意見聴取や職場内の検討がおこなわれている。介護計画の見直しにあたってはモニタリングがおこなわれている。

	IV サービスの質の向上の取組 ・ 「居宅サービス計画書の妥当性確認の手順」という、独自のマニュアルが作成されており、介護計画を検討している。 ・ 苦情受付マニュアルがあり、苦情には迅速に対応し、利用者・家族に説明している。 ・ スタッフ同士の連絡ミスに対しては、利用者への連絡を徹底するなど、利用者や家族からの苦情及び意見によってサービスの改善を図っている。 ・ 毎年利用者アンケートを実施しており、6割の回収がある。集計結果については検討し、改善をはかっている。 ・ 今回の第三者評価受診にあたっては、職員全員がその意義を理解し、自己評価に参加すると同時に、項目の理解を話し合っている。 ・ ISOの取組により、経営面での改善目標があり、今回の第三者評価受診とともに、組織内の整備・改善等をおこなうなど、サービスの質の向上への意欲が高い。 全体として ・ 医療機関をベースにした法人組織であり、医療・福祉の多数の事業所をもっており、それぞれが独立してはいるものの、適切な連携と交流や研修がおこなわれている。 ・ 地域住民には「健康友の会」の組織により、親しみをもたれ、身近な存在となっている。病院がバックにあるため、信頼感は厚い。 ・ 事業所のケアマネジャーは担当利用者の自宅を頻繁に訪問し、利用者の状況確認とともに、相談にのったり、新たなニーズの掘り起こしに努めている。
改善努力を要する点	I 健全な組織体制 (1) 組織の理念・運営方針 (3) 労働環境 II 適正なサービス提供体制 (1) サービスの品質の確保 (2) 個別援助計画 (3) 利用者等の希望の尊重 III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 (2) 情報提供
理由	I 健全な組織体制 ・ 民主医療機関連合会の「綱領」や「吉祥院病院医療・福祉宣言」が策定されており、「吉祥院エリア医療・介護サービスの品質方針」と「2007年度居宅支援課品質目標」が定められているものの、吉祥院病院居宅介護支援事業所としての独自の理念が策定されていない。 ・ 職員の福利厚生としては法人の共済会が文化やスポーツの企画をしたり、また事業所内の懇親会も行われているが、スーパーバイズは導入されていない。 ・ 職員がゆっくり寛げる休憩場所がない。 II 適正なサービス提供体制 ・ 利用者の申込により、フェイスシートの記録、アセスメント、介護計画作成、モニタリング、見直し、新たな介護計画作成という一連の過程において、次の点に改善を求めたい。 ① アセスメントにおいて生活歴の情報が少ない。 ② 利用者や家族の希望の聞き取りが不十分である。 ③ 居宅介護計画に生活の楽しみなど、プラス志向の部分が少ない。 ④ サービス提供事業者からケアプランをもらっていないケースがあり、居宅介護

	計画が各サービス提供事業者のケアプランに落とし込まれているのか確認できていない。 ⑤ サービス提供事業者からサービス実施の報告をもらっていない。 ⑥ サービス担当者会議が定期的におこなわれていない。 ⑦ カンファレンス会議の記録がない。 ⑧ 認知症専門医との連携がとれていない。 ⑨ 居宅介護計画の見直しにあたってはモニタリングが行われているが、新たなアセスメントはおこなわれていない。 Ⅲ 利用者保護の観点 ・ 契約書に利用者の権利・義務が明記されていない。また人権に関する職員研修が実施されていない。 ・ 現在特定事業所の取得を目指しており、その関係で軽度の利用者について、どのような問題があるが、利用者の決定について明文化されたものがない。
具 体 的 な アドバイス	・ 京都保健会という法人、民主医療機関連合会という組織、法人内南ブロック内各事業所、吉祥院病院傘下の事業所等、大きな組織体制のなかにあり、それぞれがその目的のもと活動している。多くのバックアップ体制で支援されることは利用者にとってはメリットである。しかし、最も身近な事業所として「吉祥院病院居宅介護事業所」がその役割を果たしていくために、上記の組織の綱領や品質目標を踏まえて、事業所独自のわかりやすい理念を職員の話し合いにより策定し、事業所独自のパンフレットや契約書に明記し、契約時に説明すると同時に、地域住民への啓発を図ることがのぞまれる。事務所に「居宅介護支援事業所」の看板を掲げること、病院玄関にもその表示が必要と思われる。 ・ 職員の適切な労働環境という意味で、休憩室とスーパーバイズの導入を検討されたい。 ・ 利用者のアセスメントは、とくに認知症の利用者にとっては認知症介護研究研修東京センターが開発した方式を用いることにより、利用者の生活歴を聞き出し、プラス志向の介護計画を作成すること、サービス提供事業所からの介護計画とケア実施報告は必ず受けとり、居宅介護計画との整合性のチェックをすることが求められる。 ・ カンファレンス会議は議事録をとり、積み重ねによるケアのレベルアップをはかること、認知症専門医との連携により困難事例を検討することが望まれる。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670500111
事業所名	居宅支援吉祥院病院
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成19年11月20日
評価機関名	(社)京都ボランティア協会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
Ⅰ 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	①	理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	B
		②	運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		③	運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A
	(2)組織体制	①	責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A
		②	管理者による状況把握	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
		③	透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A
		④	支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	B	A
	(3)労働環境	①	労働環境への配慮	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	A
		②	ストレス管理	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。	B	A
		③	休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	B	B
	(4)課題の設定	①	重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	A
		②	業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(5)人材の確保・育成	①	質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	B	A
		②	継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A
		③	OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	B	A
小 計（A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと）				24	28	

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A
		② サービス提供に係る記録	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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	B
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	B
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	B
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	B
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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	B
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	A	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	B
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	C	B
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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
		② 事業所内の衛生管理等	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
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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	A
		② 事故の再発防止等	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
小 計（A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと）				26	23

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
Ⅲ 利用者保護 の観点	(1)利用者保護	①	人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、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
		②	プライバシー等の保護	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	A
		③	個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	B	A
		④	利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	B
	(2)情報提供	①	事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	B	A
		②	利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	B
		③	開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A
		④	地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	B	A
	(3)利用契約	①	料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		②	合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。	A	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)					15	17

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	B	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	公的機関等の窓口に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	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	A	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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	A
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	B	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	B	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	A	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	B	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				13	20

【大項目ごとの点数】		
大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	24	28
II 適正なサービス提供体制	26	23
Ⅲ 利用者保護の観点	15	17
Ⅳサービスの質の向上の取組	13	20

【達成率換算表】				
大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	24/30	80%	28/30	93%
II 適正なサービス提供体制	26/30	87%	23/30	77%
Ⅲ 利用者保護の観点	15/20	75%	17/20	85%
Ⅳサービスの質の向上の取組	13/20	65%	20/20	100%

