

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 20 日

平成 22 年 1 月 19 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

特に良かった点とその理由 (※)	1. 定期的に医師や専門家と連携し、各種サービスが利用者の視点で展開されています。 2. 病院憲章や行動指針、提供するサービスが明文化されています。 3. 各種会議体があり、意思決定が明確に出来て、情報も共有出来ています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	1. 中長期計画の策定が出来ていないので、将来3年先、5年先のセンターのビジョンが見えません。 2. 病院内の組織であるため、地域との関わりなど積極性に欠けています。 3. 各種マニュアルはありますが、センターとしては簡素すぎます。
具体的なアドバイス	「介護支援センター」は「第二岡本総合病院」（以下岡本病院）の一事業所であり、所長は病院長が兼務されており、岡本病院憲章の基本行動指針に基づいて運営されています。しかし、業務内容等は病院ではなく、介護施設としての役割が求められています。 業務を効率よく行うため、「岡本病院」と「介護支援センター」との関係を明確にされては如何でしょうか。 1. センター内の会議は充実していますが、病院幹部への上達が十分ではないように感じられます。病院幹部との打合せする機会を増やされては如何でしょうか。 2. 計画・地域との関わり等病院主導で実施されていることが多いようですが、その一環を担っているという、意識をもって主体的参加をされる事が大切だと思います。さらに、「介護支援センター」が主体的に活動できる内容や活動範囲も明確にされる必要があると思います。 3. 「介護支援センター」に関係のあるマニュアルは、独自で見直し利用しやすいよう充実されてはどうでしょうか。 4. 労働環境は非常に整備されており、利用者に対するサービス活動を更に充実される事を期待します。

※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	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22年1月26日
評価機関名	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)		・憲章・行動指針は、明確で周知されており、実践されています。 ・階層別に会議体があり、職務権限規程も明確にされています。			
(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。		A	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	A
	(評価機関コメント)		・中長期計画ができていませんが、業務レベルの課題は、各会議体ごとにて評価・見直しされ、計画へ反映されています。			
(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。		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)		・倫理規定は、明確に決められています。 ・職務権限規定に基づき、役割・責任も明確です。			

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
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)		・年に一度センター長から個々にヒアリングがされています。 ・実習指導は病院主導で行われ、その一部のみ担当されています。		
(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。	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)		・有休休暇は100%確保され、残業はありません。 ・カウンセリングは必要な場合は病院内で受けられる体制があります。 ・必要な外部研修は出張扱いになっています。		
(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)		機関紙発行、地域の呼びかけは病院主導です。センターは独自に実施していません。		

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)		介護支援センターというセンターの性格上、見学などの希望はありません。しかし、サービス内容はパンフレットに明記されています。			
(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)		・料金表は重要事項説明書に明記されており、成年後見制度のパンフレットも閲覧できるよう準備されています。			

(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	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)		・定期的に専門家等と連携し、アセスメントを実施しています。 ・個別計画は、必要に応じて行われています。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		病院・、各種専門家と連携し、保健所や包括支援センターとの利用者支援体制が確保されています。			
(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。	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、サービス提供記録は整備されています。 ・少人数のため職員間の情報の共有がスムーズに行われています。 ・家族とは訪問時に意思疎通ができています。			
(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。	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)		感染症マニュアルは整備され、病院や各事業所と連携して行われています。			
(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	A	
(評価機関コメント)		事故・緊急時・災害発生時等における対応・訓練は、病院が主導で行われています。			

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
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。	A	A	
	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。	A	A	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		・人権尊重の理念は明確で、パンフレットにも明記されています。 ・利用者のためのプライバシー保護も行っています。			
	(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。	A	A	
	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。	A	A	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		・毎年満足度調査が実施されています。 ・意見箱が設置され、その内容は苦情対応委員会に参画し、提示されています。			
	(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。	A	A	
	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。	B	A	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		・満足度調査の結果、体制が改革され、24時間受け付け体制が設けられています。 ・各種会議体でサービスの向上に努められます。			