

様式 7

アドバイス・レポート

平成 19 年 12 月 3 日

平成 19 年 8 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「医療法人社団都会 竹の里診療所居宅介護支援事業所」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

評価が高かった点	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1)組織の理念・運営方針 ① ② ③ (2)組織体制 ① ② ③ ④ (4)課題の設定 ① ② (5)人材の確保・育成 ② ③</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(1)サービスの品質の確保 ① ② ④ (2)個別援助計画 ① ② ③ ④ ⑤ (3)利用者等の希望尊重 ① ② (5)危機管理 ① ②</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1)利用者保護① ③ (2)情報提供 ② ③</p> <p>IVサービスの質の向上の取組</p> <p>(1)苦情解決 ① ② (2)質の向上に係る取組 ① ②</p>
理由	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ①②③</p> <p>・ 法人共通の理念として「①利用者本位の医療と介護、②職員の質の向上、③地域社会への貢献」を掲げています。これに基づいて、事業所独自の「理念」には利用者の自立支援を掲げています。「理念」「基本方針」はケアマネ「倫理綱領」とともに事務所に掲示しています。これらは、対人援助の専門職員としての思想・姿勢・態度の拠り処となっています。</p> <p>・ 理念に基づいて、「倫理マニュアル」に、法令遵守、「理念」、「倫理」や人権尊重、利用者本位、自己決定の尊重、個人情報・プライバシーの保護、教育・研修等を明記しています。法人はサービス利用者の主体性の尊重、権利保障について集合研修を行い、人権擁護につい</p>

て職員の周知と理解を深めています。

- ・「運営理念」や「運営方針」を法人のホームページや機関誌「風だより」に掲載し、住民の周知と理解を得ています。

(2) 組織体制 ①②③④

- ・管理者は自らの役割と責任を職員に表明し、事業所の運営をリードしています。利用者の状況を常に把握し、関係機関との連携を密にしてケアプランの見直しを行っています。

(4) 課題の設定 ①②

- ・19年度の事業運営の重点課題には、新規ケースの受入れ、重症ケースの迅速な対応、訪問調査件数の増量を掲げています。また、管理者は新人職員の責務と役割を明確にして、業務の効率化を図っています。

- ・業務レベルの重点課題には、新任職員の能力向上と自立支援を掲げ新任職員が担当する新規ケースや対応困難ケースのケアマネジメント業務と訪問調査に対して、スーパーバイズしています。

- ・管理者は、「目標・実績表」「新人指導表」「自己管理目標」を作成し、これを基に、新任職員とともに、課題達成に向けた取組みの状況を点検・測定しています。新任職員の能力向上と自立に取り組まれています。

(5) 人材の確保・育成 ②③

- ・法人は4月初旬に、全事業所を対象に「新人研修」を1週間コースで実施しています。また、年間を通して、段階別や専門研修を系統的に実施しています。法人全体でサービスの質の向上に磨きをかけています。

- ・職場研修にはOJTを重視しています。新任者個人に課題や到達目標を定め、「自己管理目標」を基に自己評価する等、自立に向けた職員教育を現場で熱心に行っています。

- ・月に1回(30分~60分)の「報告会」が、管理者が職員の意見や業務内容を把握しスーパーバイズする貴重な機会となっています。

「報告会」では全ケースの検討・見直しを行っています。検討された内容を議事録に明記しています。

II 適正なサービス提供体制について

(1) サービスの品質の確保 ①②④

- ・「事故対応」、「苦情対応」、「感染症予防」「認知症対応」「個人情報取扱い」等、各種マニュアルが整備され機能しています。

ケース相談から初回訪問、経過一か月間の支援の流れが確認できるよう「初回時訪問マニュアル」を作成しています。「理念」に則した利用者本位のサービスを提供しています。また、事業所独自の「個人別基本情報シート」に、本人・家族の希望や要望を明記し、「経過書」には、家族とのやりとりを時系列に記載しています。利用者のニーズに応えた支援が行われています。

- ・見直しを必要とするケースを一か月単位でリストにあげ、計画的、持続的に検討と見直しを行い、利用者の変化に即応した支援計画が立案されています。

(2) 個別援助計画 ①②③④⑤

- ・個人記録表に、関係事業所の情報や家族・利用者の要望・意見等の情報と、支援の経過を詳細に記載しています。個々利用者の支援には「目標達成チェック表」を作成・活用し、精度の高い個別援助計画の立案と見直しを行なっています。

- ・「サービス担当者会議」の議事録や各関係機関からの紹介・連絡票

	<p>等を整備し、支援計画の確定の際には家族・本人の同意を得ています。</p> <p>Ⅲ 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ① ③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権や意思の尊重については、法人全体で研修会や学習会を計画的に実施し、意識の向上に努めています。 ・個人情報取扱マニュアル、個人情報保護方針・規定、守秘義務契約書、かぎ付き書類保管棚、パソコンのパスワードなど、利用者の個人情報を守る体制を整備しています。 <p>(2) 情報提供 ② ③</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「個人別基本情報」シートに、家族の思いや希望を豊富に記載し、個々の支援経過記録にも家族等から聴取した豊富な情報を記載し、これらをケアプランの策定に反映しています。 ・「個人情報取扱マニュアル」、「個人情報保護規定」、「情報開示等請求規定」を策定し、利用者等からの開示請求にも適切に対応しています。 ・ケアマネジャー研修生の受け入れを行い、地域における福祉人材の育成に努めています。 <p>Ⅳ サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情対応マニュアルに基づいて、「苦情・相談報告書」にその内容と対応の経過・対策を詳細に記録し、受け付けた苦情をサービス改善に役立てています。 ・サービスの質の向上を図るため、定例の「報告会」で、全ケースの検討・見直しを行うことを職員に義務付けています。 ・利用者の満足度調査を行い、サービス改善に役立てています。アンケートは大きな文字で見やすく、また、わかりやすい言葉で問いかけ、利用者が回答しやすいように工夫しています。
<p>改善努力を要する点</p>	<p>Ⅲ 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ④</p> <p>Ⅳ サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決 ④</p>
<p>理由</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者決定ルールが、書面による規定・マニュアルが用意されていません。 ・苦情やトラブルについての改善状況が公開されていません。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>Ⅲ 利用者保護の観点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者を決定する際には、管理者と職員間で十分な話し合いを行っておられますが、決定ルールを明文化することで、利用者のインフォームドコンセントに繋がると考えます。 <p>Ⅳ サービスの質の向上の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「苦情・相談報告書」に集約している苦情・相談や改善内容等を現在のところは事業の性格上公開していないとのことですが、広報や機関誌などを活用して、可能な範囲で公開されることを望みます。利用者の信頼と安心感が得られるものと考えます。

事業所の母体は、高齢者福祉に確固たるビジョンを掲げ、専門性を高める不断の努力をされている医療法人です。蓄積されたノウハウを生かし、工夫された独自の書式やマニュアルを整備しています。

また、完成度の高い段階別の職員研修等によって、事業所の管理者を育成しています。ここでは、管理者の個人の能力が加味されて、最小単位の人員体制であるにも関わらず、サービス提供システムが確立し、機能しています。管理者自らが、開設以来培ってこられた知識や技能を新任者に伝え、新任者が自立するのに必要な教育や指導を日常的に提供しておられます。管理者の果たすべき役割が明確に遂行されています。新任職員の成長とともに、利用者本位のサービスが引き続き提供されることが期待できる事業所です。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2613001094
事業所名	医療法人社団都会 竹の里診療所居宅介護支援事業所
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)	訪問介護
訪問調査実施日	平成19年10月12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ホーム協議会

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	A	
		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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	A	
	(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。	A	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。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				30	30

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	A	
		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	A	
	(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	A	
		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	A	
		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	A	
		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	A	
	(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。	A	A	
	(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。	A	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)				29	30

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。	A	A
		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。	A	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。	A	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	A
		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及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)				18	19

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。	A	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
		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	B
	(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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	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。	A	A
小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				20	19

【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	30	30
II 適正なサービス提供体制	29	30
III 利用者保護の観点	18	19
IV サービスの質の向上の取組	20	19

【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	30/30	100%	30/30	100%
II 適正なサービス提供体制	29/30	97%	30/30	100%
III 利用者保護の観点	18/20	90%	19/20	95%
IV サービスの質の向上の取組	20/20	100%	19/20	95%

