

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 2 月 7 日

平成 23 年 8 月 30 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清水会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

<p>特に良かった点と その理由(※)</p>	<p>I 介護サービスの基本方針と組織 (通番1)平成21年度より居宅介護支援事業所の理念を明文化し「自己満足に陥らないよう心がけ」利用者本位の立場に立った業務・運営をおこなっていました。</p> <p>II 組織の運営管理 (通番8)資格の取得、外部研修への参加は事業所として援助される仕組みがありました。</p> <p>III 適切な介護サービスの実施 (通番24)特定事業所加算を算定しており、個別性をとらえた計画が策定されていました。</p> <p>IV 利用者保護の観点 (通番36)年1回満足度調査を実施しその結果に基づき、利用者・家族に丁寧に対応されています。同時に質の向上、業務改善につなげる取組が定着しています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>III 適切な介護サービスの実施 (通番22、28、29)事故に対する認識は高く、事故・緊急時対応マニュアルはありましたが、防止・予防マニュアルがなく、防止・予防の研修や評価がおこなわれていませんでした。</p> <p>IV 利用者保護の観点 (通番31)相談室が事業所内にあり区切られた個室になっていませんでした。 (通番34)意見・要望・苦情に耳を傾け丁寧に対応し記録に残していましたが、改善状況について公開されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>○常に介護支援専門員としての力量を高める取組がなされ、情報の共有も丁寧に行われています。そのためマニュアルの必要性があまり感じておられないとのことでしたが、何事においても職員間の認識の違い等も起こる場合があるので事業所独自の記録の保管、持ち出し、廃棄等を明文化した規程、並びに事故防止等のマニュアルを作成、整備することにより、一層充実したサービス提供ができると思います。</p> <p>○現在の施設環境では困難性はありますが、相談者のプライバシーが完全に守られるように事業所内とは別の場所で、他の空間とは区別した個室が確保できるよう協議されると良いと思います。</p> <p>○意見・要望・苦情に対する返答、改善結果や情報公表制度調査結果をホームページや法人の「広報誌」を活用し公表されてはいかがでしょうか。</p>
------------------	---

※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	2610901338
事業所名	医療法人清水会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)	なし
訪問調査実施日	平成23年10月12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。	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)		平成21年度より居宅支援の理念を作成し、ホームページ及び院内に掲示をしている。月1回の定例会議等の場において職員間で共有されています。、組織規定に基づく各会議への出席、報告がなされています。			
(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	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)		策定された法人の中期計画に基づき居宅介護支援としての課題を質向上含めて、2月満足度調査、3月分析・まとめ、4月方針決定、9月中間まとめ、というサイクルで運営がされています。月次では定例会議、週2回の伝達会議を開催しています。			
(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	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。	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)		運営管理者は、定例・伝達会議等において随時法令を周知徹底されています。会議の定期開催等もあり状況把握、課題解決は迅速に行われています。法人の組織規定、職務規定に基づいた運営がなされています。把握すべき法令は明文化されていませんでした。			

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	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	B
	(評価機関コメント)	資格取得や外部研修参加のため事業所として時間保障をおこなっていました。伝達会議等では、スーパービジョンを行っていました。内部研修は、よく行われていましたが、体系化された計画がありませんでした。実習の受入体制はありました。				
(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)	時間外労働が発生しないよう効率よく業務を行う仕組みが確立しています。法人の福利厚生制度が活用されています。産業医に相談する仕組みがあります。休憩場所は、病院施設内にありますが、利用はされていませんでした。				
(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	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)	法人のホームページや年4回発行の「広報誌」により理念や機能を紹介しています。また地域住民との関わりをより強くする目的で「友の会(仮称)」の結成が準備され懇談会等の取組が始まっています。情報公表制度の情報は公表されていませんでした。				

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)	病院内にあるが、わかりやすいように大きく事業所名を掲げ、利用者も入りやすい印象を受けます。社会資源の情報もきちんとファイルに整理されていました。また、問い合わせについても相談記録に残されていました。				
(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)	サービス開始時に契約書及び重要事項説明書にて内容や料金の説明が行われていました。利用者本人の判断能力に支障がある場合は代理人との契約の締結が行われていました。				

(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)		アセスメントを充実させることを事業所の目標としておられ、表面的でなく個別に応じた深いところまでのアセスメントからケアプランの作成まで行われていました。必要に応じて主治医や関係職種との連携も良くできていました。		
(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)		常に連携を意識しながら業務にあたっておられ、サービス事業者との連携のためにも地域で開催される連絡会や研修会には積極的に参加して情報交換し、日ごろからの関係作りを実施されています。		
(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	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。	A	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。	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)		ケアマネジメントのマニュアルの必要性に疑問を感じて、これまでは京都府集団指導資料をマニュアルとして活用されていました。事業所独自で記録の保管・持ち出し・廃棄など基準はあり、きちんと管理されていましたが、明文化されたものがありませんでした。		
(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)		限られたスペースであるため、常に整理整頓を心がけられ、職員の対応も含め大変気持ちのよい空間でした。感染症の認識も高く、マニュアルも整備されており、実際感染症が発生した利用者に人権も考慮しながら対応されていました。		
(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。	A	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	B
(評価機関コメント)		事故に対する認識が非常に高く、事故・緊急時の対応マニュアルはありましたが、予防的マニュアルがなく、予防に向けての研修や評価が行われていませんでした。		

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	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。		A	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。		A	A
	(評価機関コメント)	常に人権及びプライバシーに配慮しながら、訪問されていましたが、相談室が事業所内にあるため職員は配慮しながら対応されてますが、個別の相談ができる状況とはいえませんでした。事例検討会や定例会議でも重点を置いていると伺いました。虐待防止についての研修が行われていませんでした。利用者も公平に断ることなく、法定の人員までは受け入れる姿勢で、これまで断った事例はありません。				
(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。		B	B
	第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口にご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)	事業所として利用者懇談会などは実施されていませんが、毎月の自宅において行うモニタリングで、利用者・家族の意見を出来るだけ引き出す工夫が行われています。苦情も真摯に受け止め、記録に残し、改善に向けた検討が行われていましたが、公表はされていませんでした。				
(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。		A	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	B
	(評価機関コメント)	利用者満足度調査を年1回実施して、業務改善に活かし、年間目標を挙げ定期的に評価し、次年度につなげる仕組みは大変よく出来ていました。第三者評価は今回が初めての受診でした。				