

アドバイス・レポート

平成29年 1月 4日

平成28年10月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた第二南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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自己評価表は振り返りや目標設定がしやすい内容、様式になっています。評価表の取り扱いはマニュアル化され計画的に行われていることから、職員の教育など職員管理ができていたことが伺えました。 通番12 産業医の定期巡回や心理療法士のカウンセリング等配慮されていました。休憩場所も畳の部屋等があり、くつろげるスペースがありました。 通番21 退院時カンファレンスの参加が来ています。入退院早見表を作成し、入院中のご利用者がいつ退院できるか等を定期的に確認し早目の情報収集に努められています。 ・職員ヒヤリングでは、職員間でコミュニケーションも取りやすく、会議でも発言がしやすいとの意見があり、事業所の人間関係は良好であることが伺えました。また、有給休暇も取得しやすく、福利厚生も充実しており、働きやすい職場作りに取り組んでおられました。 ・昼食前にスタッフとご利用者が一体となって嚙下体操に取り組まれるなど、若いスタッフが元気良く活躍されていました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番4 業務レベルにおける課題の設定において、現状の把握、課題の設定・実施、評価における書面・議事録が確認できませんでした。</p> <p>通番9 継続的な研修・OJTの実施における年間計画及び参加記録等が確認できませんでした。所員会議などを通して職員への伝達をされているということですが、会議録での確認もできませんでした。</p> <p>通番10 実習受入れがなく、その体制も構築されていませんでした。</p> <p>通番29 アクシデントレポート、ヒヤリ・ハット報告書は作成されていましたが、作成基準等の明文化がなされていませんでした。また、原因や対応方法についての分析や見直しが不十分でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番4 理念から計画へのブレークダウン・PDCAの管理サイクルを徹底し、議事録・マニュアル・報告書に至る必要書類の分類及びファイリング業務を確立されることをお勧めします。</p> <p>通番9 年間計画や実施した内容の周知・資料の整理など、体系化される事をお勧めします。また研修資料や検討会記録は必要時に見直しができることや業務改善のためにも分かりやすくファイリングすることをお勧めします。</p> <p>通番10 実習の受入れに関しては、現在受入れ態勢がないようですが、今後検討していくとの事ですので、後進の育成にも力を入れていただけることを期待します。</p> <p>通番29 スタッフ全員が自主的に報告書を作成できるよう、アクシデントレポートやヒヤリ・ハット報告書の作成基準を整備することをお勧めします。また、事故の原因を分析するとともに対応方法の見直しを行い、全職員に周知することで事故の再発防止につなげ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	2610404101
事業所名	第二南診療所
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	平成 28 年 11 月 9 日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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）及び事業所の職員全員が、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	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		理念について、入職時のオリエンテーション時に説明することや職員の名札の裏に掲載する等周知を図っておられます。理念に沿ったサービス提供をするための取り組みが不明確でした。 職務権限・責任の明確化について書面での確認ができませんでした。			
(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。	A	B	
	(評価機関コメント)		事業計画書で目標が設定されています。満足度調査も行われていますが、その分析・課題設定が不明確です。 事業所目標は設定されていますが、役割に応じた課題の設定・評価・見直しが明確化されていませんでした。			
(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	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、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	B	
	(評価機関コメント)		法令等をリスト化し、調べる事ができる体制が整っています。 責任者が職員から意見を聴く機会は確保されていますが責任者の役割・責任が明確にされていませんでした。 緊急時の連絡体制は整っていますが、結果や周知に関する書面が確認できませんでした。			

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。	B	C
		(評価機関コメント)		質の高い介護サービスを提供できる人材の確保については、法人としての定款の中に明記され、人員の確保ができています。 研修や勉強会は実施されていますが、体系的なものは確認できませんでした。 実習生の受け入れがなく、体制づくりは確認できませんでした。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	B
		ストレス管理	12	職員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。	A	A
		(評価機関コメント)		労働実態が明確に管理されています。就業状況の把握や介護負担軽減のための機器の導入が確認できませんでした。 産業医の定期巡回や心理療法士のカウンセリング等配慮されていました。休憩場所も畳の部屋等があり、くつろげるスペースがありました。		
(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	B
		(評価機関コメント)		広報誌の発行・地域情報の掲示による案内等が確認できましたが、地域の行事参加等の折に援助を行う体制が、確認できませんでした。 「みなみ健康フェスタ」という健康教室・講演等を実施され広く活動されています。地域ニーズを把握するために連絡会・交流会を持たれているとの事ですが、議事録等が確認できませんでした。		

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)		パンフレットは通所、訪問、リハビリについて分かりやすく作られています。ホームページは事業のあるなしだけで、通所リハビリテーションの詳細は記載されていませんでした。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		料金については重要事項説明書の中で説明され、同意を得られています。 権利擁護のための支援については実績がなく、仕組みも確認できませんでした。		

(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	B
(評価機関コメント)		計画の見直しは新規利用時に1ヶ月以内、その後も3ヶ月に1回程度の頻度で行われており他職種との情報共有や連携も出来ていましたが、目標の達成度は判定されていませんでした。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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)		退院時カンファレンスの参加が来ています。入退院早見表を作成し、入院中のご利用者がいつ退院できるか等を定期的に確認し早目の情報収集に努められています。		

(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、職員に活用されている。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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		業務マニュアルは見直されていましたが、見直しに当たっての時期や基準などは明確にされていませんでした。個人ファイルについては持ち出し記録が記載され、管理できています。連絡ノートを用いた情報の伝達やご家族とのやり取り、他サービスとの連絡・情報共有を実施し、活用されていました。		

(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、職員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	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。	A	A
(評価機関コメント)		建物は年数が経っていますが、清潔に管理されています。感染症のマニュアルはありますが、全職員対象の研修実施記録が確認できませんでした。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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	A
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
災害発生時の対応	30	災害発生時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	A
(評価機関コメント)		アクシデントレポートは作成され、カンファレンスが行われていましたが、「事故」、「ヒヤリ・ハット」報告書作成の基準等の明文化がなされていませんでした。また、原因や対応方法についての分析や見直しが不十分でした。		

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	31	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	32	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	33	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)		高齢者虐待防止やプライバシー保護に関する勉強会への参加確認ができませんでした。送迎範囲は明文化されています。申し込みがあった時は基本的に受入れる態勢をとっておられます。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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	36	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)		アンケート用紙を配布し意見や要望を収集する仕組みがあります。苦情の対応について検討をされた記録の確認ができませんでした。公的機関の窓口、電話番号を事業所内に分かりやすく掲示されています。		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	37	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	B
		質の向上に対する検討体制	38	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職員が積極的に参加している。	B	B
		評価の実施と課題の明確化	39	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)		満足度調査を行い、分析、検討してサービスにつなげる仕組みがあります。サービスの向上に対して検討をした記録の確認ができませんでした。自己評価表は個々に目標設定し業務に当たっておられます。		