

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 5 月 17 日

平成 28 年 2 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（第二久野病院介護支援センター）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(※)	<p>【通番9】継続的な研修・OJTの実施 外部研修への参加後は、丁寧な研修報告書を作成し、研修資料と共に職員間で閲覧できるよう、ファイリングされています。 また、持ち回り担当制で事例検討会を開催する等、一人一人の気づきや学びを集団で共有する実践がなされています。</p> <p>【通番20】個別援助計画等の見直し 7ヶ月の間に4回ケアプランを変更する事例が見られました。利用者をしっかりとアセスメントし、今利用されているサービスが妥当か否かの検討のプロセスが記録の中に見て取れました。利用者の医療機関の受診に同行されたり、専門家から細やかに情報収集されたり、それらがケアプランに活かされていると思われました。記録やケアプランを確認する中で、当該事業所のきめの細かいケアプランの作成が見て取れました。</p> <p>【通番34】意見・要望・苦情の受付 月1回の定期訪問時に、利用者等の要望等を聞かれました。また、苦情があった際には、苦情報告書が作成され、朝礼時に事業所内での情報共有を周知徹底されていました。</p>
-----------------	--

<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 部門別目標シートを使用されていますが、課題達成に向けて、達成すべき内容や期日の設定がなく、評価や見直しも実施されていませんでした。</p> <p>【通番13】地域への情報公開 病院・法人で広報誌を発行されていますが、介護支援センターを紹介する記事が少ないので、地域への発信や資源の還元がより必要であると感じました。</p> <p>【通番22】業務マニュアルの作成 毎年4月にマニュアルを見直し、新しいマニュアルも実際の事例を反映して作成されています。一方で変更がない場合、見直しの有無を記す記録を確認できませんでした。 また、利用者宅を訪問して冷蔵庫等のプライベート空間を評価する際は、「人間関係を築いてから実施」「家族の部屋は見ない」等の配慮をされていましたが、それらを明記したマニュアルは確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>【通番4】業務レベルにおける課題の設定 ケアプラン作成のスキルを活かし、業務レベルでも具体性のある目標の設定、目標達成に向けた実践内容、モニタリング、評価、見直し等のプロセスを盛り込んではいかがでしょうか。</p> <p>【通番13】地域への情報公開 広報誌に介護支援センターの投稿を増やす、クリスマス会や秋祭り等のイベント時に介護支援センターをアピールする場面を作る等されてはいかがでしょうか。</p> <p>【通番22】業務マニュアルの作成 マニュアル見直し時は来歴表等を作成し、変更無しにはその経過を、変更有りには変更箇所を記録されてはいかがでしょうか。来歴表には起案者、管理者、承認者等の押印欄を設け、組織全体で実施していることを明確にするのもよいと思います。 利用者の居宅訪問時の留意点等、プライバシー保護の視点を盛り込んだマニュアルを作成されてはいかがでしょうか。現在、経験豊富な職員が日常的に実践されている細やかな配慮を文書化すると、新たな職員が配置されても、質の高いサービスを提供し続けることができると考えます。</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	2670800081
事業所名	第二久野病院介護支援センター
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)	なし
訪問調査実施日	平成28年2月29日
評価機関名	一般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	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)		事業所内に法人理念・運営方針を掲示し、職員は理念カードを携帯されています。契約時に、理念と運営方針を記載した説明書を用いて、利用者に説明されています。院内管理者会議（病院長・事務長参加）や法人介護施設合同連絡会（理事長参加）に管理者が出席されています。会議の議事録は確認できましたが、会議の目的や権限等を定めた規程類は確認できませんでした。			
(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)		法人・病院の事業計画（短期・中長期）における介護支援センターの位置付けを記載したもの、財務諸表は確認できませんでした。単年度の事業計画は介護支援センターとしても作成されていますが、より具体的な内容（達成すべき内容や期日）を盛り込まれると良くなると思われます。部門別目標シートを用いて、より具体的な課題を設定されることが課題になると思われます。また、定期的な確認や見直しは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	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、いつでも職員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)		病院内で実施される法令遵守関連の研修会（病院事務長が講師）に参加されています。少数職場のメリットを活かし、管理者・職員間のコミュニケーションは良好で、困り事等も随時管理者に相談しながら解決が図られています。利用者の急変時・行方不明時・職員にかかわる事故発生時のフローチャートに基づき、管理者に速やかに報告・対応されています。			

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
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)		法人で人事方針を持ち、適時人事異動が実施されています。主任ケアマネジャーの取得時は勤務保障がなされています。各種の外部研修に参加（勤務保障、費用補助あり）し、丁寧な研修報告書を作成し、研修に使用した資料も含め、職員間で共有されています。持ち回りの担当制で事例検討会を隔月で実施して、職員の気づきを促しています。法人内のケアマネジャー試験合格者の実習を受け入れています。実習指導者に対する研修は未実施です。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	A
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		病院内で定めた有給休暇票を用いて消化率を管理し取得を奨励されています。腰痛予防の一環で実施する病院内のラジオ体操に参加されています。カウンセラーや産業医等の専門家による相談体制は未整備です。病院内で管理者対象にコミュニケーションギャップ研修を実施し、ハラスメント規程も設けられています。		
(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	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)		病院・法人の広報誌が発行されていますが、介護支援センターを紹介する記事はほとんど掲載されていませんでした。病院で地域住民も参加できる企画に取り組みされていますが、介護支援センターの職員による講習や啓蒙活動は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)		ホームページを確認しました。組織の理念や運営方針はラミネートされ、訪問時に携行されていました。		
(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)		実際に契約書及び重要事項説明書を確認しました。具体的に権利擁護事業について説明されていることを記録で確認しました。		

(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)		ケアプラン作成については、きっちり専門家と連携されており、一連の流れが細やかでした。変更時についても確実に利用者の状態に応じた計画を作成されていました。		
(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)		医療機関の受診の際に職員が同行されていました。また、地域の専門機関の会合にも積極的に参加されていました。		
(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)		各種マニュアルは整備されており、アクシデントやインシデントが発生した後は、それらの対策をマニュアル化され、実用性の高いものになっていました。一方で、見直し時期を記した規程はありましたが、見直しの必要のない場合の記録がありませんでした。業務日誌や朝礼時に、利用者の情報共有が行われていました。		
(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	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)		居宅訪問時は手指消毒用ジェルを携行されていました。事業所内は整理整頓がされており、清潔でした。		
(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	A
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)		研修にも参加され、事業所内で事故や緊急時の机上訓練が行われていました。また、災害発生時に利用者の安否を確認するために連絡先一覧を作成し、地域連携を意識した利用者にかかわる関係機関等の連絡先も整備されていました。		

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	A
		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	A
		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)		運営規程に利用者の人権や意思を尊重することが明記されていました。また、実際に居室を訪問される際には、プライバシーの保護に注意されています。		
(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。	B	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	公的機関等の窓口で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)		月1回の訪問時に意見等を拾い上げられ、朝礼等で情報を共有されていました。法人の介護施設合同会議に出席され、苦情等について検討されていました。第三者の相談窓口が設置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	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	A
		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。	A	A
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		事業所独自の満足度調査を年1回実施され、それをサービスの質の向上に活かされていました。地域の専門家の会合に積極的に参加されていました。自身の業務の評価も実施されましたが、それが事業計画には反映されていませんでした。		