

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 2 月 22 日

平成 25 年 1 月 21 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 洛和会丸太町病院（訪問リハビリテーション）様につきましては、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>専門家等に対する意見照会</p> <ul style="list-style-type: none"> サービス担当者会議で専門家の意見を反映させることで、生活に即したリハビリに努めておられました。 <p>人権等の尊重</p> <ul style="list-style-type: none"> 人権や自尊心を尊重したサービス提供のため、研修会を行い、また自己申告書を用いて人権に対する意識を高めておられました。 マニュアルは、わかりやすく人権、個人情報保護等について記載し、月1回のミーティングでも話し合いが行なわれていました。
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者数等の年度目標は設定されていましたが、サービスの質の向上等に関する具体的な課題設定はありませんでした。 <p>法令遵守の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 把握すべき法令等を明記した文書がありませんでした。 <p>実習の受け入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリテーション事業所としての実習受け入れに関する基本方針・受け入れマニュアルがなく、実習指導者研修も行なわれていませんでした。 <p>事故・緊急時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 緊急時マニュアルは整備されていましたが、訪問時の実践的な訓練が不十分でした。

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> サービスの質の向上等に関する具体的な課題を設定し、その達成状況を定期的に把握・検討する体制を作られてはいるかがでしょうか。 <p>法令遵守の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 労働関係法令等を含めた把握すべき法令を明記した文書を作成し、それらが即座に検索できる体制（パソコンの法令検索にアクセスできる体制等）を整備されてはいるかがでしょうか。 <p>実習の受け入れ</p> <ul style="list-style-type: none"> 実習受け入れに関する基本方針・受け入れマニュアルを整備し、実習指導者研修も行なうことにより、事業所としての社会的責任に対する評価も高まるのではないのでしょうか。 <p>事故・緊急時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 訪問時を想定した実践的な訓練を行うことにより、マニュアルの実効性が確認でき、迅速かつ的確な動きができるのではないのでしょうか。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 第三者評価初受診、事業部門専従職員が少数ということですが、法人の組織力を活かした今後の発展を期待します。

※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	2610304384
事業所名	洛和会丸太町病院
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問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)	
訪問調査実施日	平成25年2月7日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・組織の理念を玄関等に掲示し、また法人パンフレットに明記して周知を図っておられました。 ・組織図を整備し、職務権限を明記した「業務基準」がありました。 			
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスの質の向上に向けた計画策定はありませんでした。 ・予算書に報酬の収入目標の記載がありましたが、具体的な課題設定はありませんでした。 			
(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	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・把握すべき法令等を明記した文書がありませんでした。またそれらをすぐに検索できる体制が不十分でした。 ・毎年、管理者は職員からの自己評価票に基づいて面談し、職員からの意見を聞く機会を確保していました。 ・状況把握のため、携帯電話による連絡網（緊急管理システム）がありました。 			

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
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。	C	C
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・個人別研修台帳(個人教育訓練記録)を整備され、段階的・系統的な研修が行なわれていました。 ・事業所としての実習生受け入れの基本方針・マニュアルがなく、実習指導者の研修も行なわれていませんでした。 		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	B
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・毎月、有給休暇の消化・残日数をコンピュータで記録しておられましたが、有給休暇の消化率の把握はされていませんでした。 ・メンタルヘルス対策として、外部の専門機関に相談できる体制があり、ストレス管理として連続休暇制度や誕生日半休制度がありました。 		
(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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・地域への情報公開のために、パンフレット・広報誌(おとまるくん)、ホームページを通じて事業所情報が発信されていました。 ・区民祭りの健康チェック(指腹つまみ力測定)行事に参加し、事業所が有する技術・情報を地域に提供されていました。 		

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
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	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、広報誌(おとまるくん)により、事業所情報を発信されていましたが、利用者の問い合わせ等に対する記録がありませんでした。 		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・契約書・重要事項説明書は、行間が広めで読みやすいものでした。 ・成年後見制度の利用について紹介する仕組みがありました。 		

(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	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・所定のアセスメント様式に加え、数種の評価表も使用し、利用者の状況・課題把握に努めておられました。 ・利用者及び家族の希望意見を反映させ、自立に向けた居宅サービス計画書が作成されました。 ・入退院時には、情報提供や退院前の検討会の出席に努めておられました。 ・計画変更をする基準を定めたものがありませんでした。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・病院医師等と連携し、医療情報を共有しておられました。 		
(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、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。	B	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの見直しについては、年1回実施し満足度調査に基づく変更も行なわれていました。 ・事業所としての個人情報保護に関するマニュアルがありませんでした。 ・スタッフ間の情報共有は、訪問リハ・ミーティング記録で行われていました。 ・家族との初回面接を実施し、計画書の変更については家族と面談し了解を得ておられました。 		
(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、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)		<ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策について、病院主催の研修に参加し研修報告を通じて職員への周知がされていきました。 ・清掃については、点検表(外部業者評価表)を記録されていました。 		
(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	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時マニュアルは整備されていましたが、訪問時の実践的な訓練が不十分でした。 ・事故時の対応については、法人の中央連絡センター(トランスポート)で一元管理する仕組みがありました。 		

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	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	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の尊厳や身体拘束廃止、プライバシー保護についての人権や倫理等の研修が行われていました。 ・利用申し込みが受けられない基準が明記されていませんでした。 		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・契約書に意見・要望・苦情の相談窓口が明記されていました。 ・苦情・要望等の改善状況についての公開がされていませんでした。 ・重要事項説明書に公的機関の相談窓口の記載がありました。 		
(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。	B	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・年1回、利用者アンケートにより利用者の満足度を把握し、調査前と調査後の改善状況を訪問リハ・ミーティングで検討されていました。 ・患者サービス委員会でグループ内の他事業所の情報を収集する仕組みがありました。 ・病院全体でISOを受診されサービスの質の向上を目指しておられました。 		