

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 3 月 21 日

平成 24 年 10 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 通所
リハビリテーション小野 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>(通番19) 専門家等に対する意見照会 計画策定にあたっては利用者の主治医より情報を取得し、多職種協同でのカンファレンスを行っていました。同席が難しい場合には、理学療法士等にアドバイスを受けて、計画を策定されている点が評価できました。</p> <p>(通番30) 人権等の尊重 高齢者の人権尊重の認識については、職員に対して意識調査やアンケートを実施し、合同カンファレンス等で職員全員に周知されています。</p> <p>(通番33) 意見・要望・苦情の受付 利用者の意見・要望・苦情等は、意見箱の設置や苦情処理委員会・サービス評価委員会の開催等により対応・改善されていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番1) 理念の周知と実践 職員が携帯している理念と事業所に掲示されている理念の内容が一致していませんでした。</p> <p>(通番4) 業務レベルにおける課題の設定 介護サービスセンターとしての事業計画は策定していますが、通所リハビリテーション事業所としての課題を設定し、見直しを行う仕組みがありませんでした。</p> <p>(通番31) プライバシー等の保護 静養室のベッド間の仕切りが無く、簡易な物で代用されています。安全性・プライバシー保護の観点からも改善が必要と思われます。</p> <p>(通番36・37・38) 質の向上に係る取り組み 利用者の満足に関する検討会は実施されていますが、個々の満足度調査は実施されていません。自己評価の取り組みもありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none">・理念・運営方針は、サービスを提供する上で基本となるものであり、職員全員が理解しているだけでなく、利用者及び家族等に知っていただくことが大切です。掲示はもちろんのこと、ホームページや機関紙等を活用されてはいかがでしょうか。・通所リハビリテーション事業所としての課題を設定し、具体的な計画を策定することで、職員全員が具体的な目標意識を持って業務を行うことが可能となります。そして、計画・実施・評価・改善のサイクルを実行することで、サービスの質の継続的な改善が可能になると思います。・静養室の仕切りは、プライバシーや安全性に配慮し、パーティションやカーテンへの変更が望ましいのではないのでしょうか。・利用者への優しい環境や信頼関係、幹部職員のリーダーシップや職員からは働きやすい職場であるとの声があること等、事業所の質向上につながる基本姿勢は整っていると思います。しかし、利用者の満足度調査や自己評価がなされていません。満足度調査の中からは利用者の思いや要望、そして、事業所に対する評価等が汲み取ることができ、自己評価では新しい気付きも生まれ、利用者サービスにつながっていくと考えます。第三者評価のガイドラインを参考にサービス内容を検討されてはいかがでしょうか。
------------------	--

※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	2614102172
事業所名	通所リハビリテーション小野
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成24年12月18日
評価機関名	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	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	A
		(評価機関コメント)		職員が携帯している理念・運営方針が事業所に掲示しているものと一致していませんでした。組織の意志決定については、合同カンファレンスや運営委員会などで職員の意見を集約できる仕組みがあります。		
(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。	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。	B	C
		(評価機関コメント)		介護サービスセンターとしての事業計画は策定されていますが、中・長期的な目標がありませんでした。また、通所リハビリテーションとして具体的な課題を設定し、見直しを行う仕組みが確認できませんでした。		
(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。	B	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。	B	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)		管理者等によるリーダーシップについて、管理者を中心にチームワークを発揮されています。把握すべき法令について理解はされていますが、明文化されたもの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。	B	B
		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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		採用後の資格取得支援の取り組みが充分ではありませんでした。研修については、新規採用者に対する仕組みは確認できましたが、1年間を通じての研修計画が確認できず、体系的な研修が行われていませんでした。実習の受け入れに関する基本姿勢が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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	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)		超過勤務も少なく、ヒヤリングにおいて働きやすい雰囲気を感じられました。産業医の配置がありますが、その仕組みの周知ができていませんでした。		
(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。	B	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)		介護サービスセンターの1階に壁新聞を掲示されていますが、家族や地域への情報の発信は充分でないように思われます。地域への貢献については、健康フェアを3ヶ月に1回開催し、法人の持つ機能を地域に還元されています。		

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
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)		運営規程・重要事項説明書・利用料金表等の掲示もされていました。また、パンフレットはわかりやすい内容となっていました。体験希望者への対応も適切に行っておられました。		
		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)		権利擁護のための成年後見人制度等の推進・仕組みはありましたが、今後どのように活用すればよいかもう少し知識を深められると良いと思われます。		

(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	定期的又は必要に応じて、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)		サービスの利用開始に当たり、通所判定会議にて課題を明確にし、理学療法士等のアドバイスを受け、個別援助計画を作成されています。ご本人や家族の方の同意も得ていました。また、三か月ごとにリハビリカンファレンス（多職種協働）にて見直しが行われています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		緊急時には隣接する同系列病院との連携が取れる体制を整えています。行政・関係機関等との有機的な連携が課題と感じられました。		
(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	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)		マニュアル等は一年に一度見直す基準があり、見直されたことも確認できました。顧客満足度調査を行っていないなど苦情が反映されるような仕組みがなく、今後はカンファレンス時などに検討できる体制を取られたらいいかでしょうか。個人情報と情報開示についての教育・研修が行われていませんでした。		
(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。	B	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)		感染症である利用者に対してのマニュアル・受け入れ体制が整っていませんでした。今後受け入れられる体制を整えていただきたいと思います。		
(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)		非常時の呼集連絡網や緊急時マニュアルを作成し、避難訓練等も行ってはいますが、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。今後災害時にはどのように地域の方と連携を取っていくか等を検討されることを望みます。		

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
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。	B	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)		高齢者の人権尊重の認識については、職員に対して意識調査やアンケートを実施し、合同カンファレンス等を開催することで周知しています。プライバシーへの配慮として、静養室において必要時にはベッド間にスクリーンを立てて対応していますが、安全面での心配があるため、改善の必要があると思われます。また、利用者の決定においては、多職種による判定会議で公正・公平に行われています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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。	A	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。	B	B
		(評価機関コメント)		利用者の意見・要望・苦情等は意見箱の設置や苦情処理委員会の開催により対応し、改善もされていますが、改善に結びついた結果の公開はされていません。また、事業所以外の第三者の相談窓口も設置されていません。		
(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	B
		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	B
		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)		利用者の満足に関する検討会は実施されていますが、個々の満足度調査は実施されていません。サービス評価委員会を設置し、改善に向けての取り組みはされてきましたが、定期的な自己評価の取り組みがされていません。		