介護サービス第三者評価事業

様式７

# アドバイス・レポート

平成２８年９月２３日

平成２８年５月２５日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「公益社団法人信和会　東山診療所通所リハビリ」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（※） | 通番８）質の高い人材の確保<br>有資格者の割合が高く、離職者がほとんどありませんでした。職員の満足度の高さを感じました。<br><br>通番１８）利用者・家族の希望尊重<br>しっかりと家族の希望等を聴取され、また専門家より直接説明を行うなど、利用者・家族にとって安心して利用できる体制となっています。<br><br>通番２４）職員間の情報共有<br>毎日利用者が変わり、利用者の状態変化等は送迎時等でないと気付けない通所リハビリテーションにおいて、送迎時に気付いたこと、聴取されたことをボードに記載し、送迎の終った１０時半頃に出勤者全員がボードを確認するというシステムは安心できると感じました。 |
| 特に改善が望まれる点とその理由（※） | 通番３）事業計画の策定<br>中長期計画が明文化されていませんでした。<br><br>通番９）継続的な研修・ＯＪＴの実施<br>一部の研修が実施されていませんでした。<br><br>通番２３）サービス提供に係る記録と情報の保護<br>記録の管理や個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対する教育、研修が行われていませんでした。<br><br>通番２６）感染症の予防及び対策<br>感染症に対しての教育、研修が行われていませんでした。<br><br>通番31）人権等の尊重<br>利用者の人権やプライバシー等について常に問題意識を持ってサービスの提供が行われていますが、勉強会や研修会が開催されていませんでした。 |

| | |
|---|---|
| 具体的なアドバイス | ・中長期の計画を明文化されてはいかがでしょうか。<br>未来を見据えた計画は、職員の意欲向上につながるものと思われます。<br><br>・研修・勉強会を計画に沿って確実に実施し、その実施記録も残されてはいかがでしょうか。<br><br>・項目ごとの研修や勉強会を、スケジュールに組み込んで、ミーティングや運営会議の時間内に開催されてはいかがでしょうか。テーマ・項目を絞り、内容を分けて実施すれば、会議において短時間で行うことが可能と思われます。 |

※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 | 2610803013 |
| 事業所名 | 東山診療所通所リハビリ |
| 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) | 介護予防通所リハビリテーション |
| 訪問調査実施日 | 平成28年6月17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） | | 高い理念のもと、運営方針が職員や利用者に周知され、運営方針に基づくサービスが提供されています。運営会議等が適時開催され、管理体制が構築されています。 | | |
| | (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。 | 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 | A |
| | | （評価機関コメント） | | 利用者・職員から情報収集を行い、課題を設定し計画を策定されています。単年度計画はありますが、中長期計画が明文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） | | 法令は、運営会議やミーティングで伝達し、リストが作成され、職員が見やすいように配置されています。責任者が管理会議に参加し、意見具申されています。状況把握および緊急時の体制は明文化されています。 | | |

| 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 | 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） | | 有資格者を優先して採用されています。ミーティング等にて研修を実施し、学びを行う体制がありますが、一部の研修が実施されていませんでした。また、実習生の受け入れマニュアルはありますが、実習指導者への研修が行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、職員の労働環境に配慮している。 | A | 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） | | 休憩場所を完備、リフト付きの車両を導入される等労働環境に配慮されています。ストレス対策としてカウンセラーによる２４時間対応の相談体制があります。 | | |
| | (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 | 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） | | 理念や事業所情報を東山だより・リハビリだより・ホームページ等を使用して広報されています。家族会、東山健康友の会の勉強会を、地域の方にも広報し実施しています。 | | |

| 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） | | 診療所のホームページにより情報を提供されています。来所された方にはパンフレットを配布し、説明されています。見学希望には随時対応され、対応記録も日誌に記載されています。パンフレットは文字が大きく見やすくなっています。 | | |
| | (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 | B |
| | | （評価機関コメント） | | 重要事項説明書により、説明し同意を得られていることを確認できました。後見人制度等については、「すこやか進行中」を利用者が閲覧できる場所に設置し、推進されています。しかし、後見人等と契約を結ぶ際の仕組みが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 | A |
| （評価機関コメント） | | ３ヶ月に１回アセスメントを実施されています。また、計画書作成時には、本人等の希望も聴取され、計画を立案されています。なお、専門家等に対する意見照会については、医師等と連携されています。計画書の見直しについては、厚生労働省の「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」に則り適正に実施されています。 | | |

## (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） | | 診療所の医師が３ヶ月に１回診察しています。連携する事業所等はリストにて確認できました。また、地域包括支援センターとは、地域包括ケアシステムの懇談会への出席等により連携しています。 | | |

## (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 | 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「業務手順書（介護職）」等により整備されています。記録等もしっかり作成され、わかりやすい記録となっています。職員間の情報共有は、終礼時のミーティングで問題がなかったか確認されています。記録の保管・保存等廃棄に関する規定は「文書レビューチェックリスト」により定められています。利用者・家族等との情報交換も連絡帳で実施される他、月に１回「通所リハビリだより」で情報を提供されています。しかし、職員に対して個人情報保護等に関する研修等が実施さ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、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） | | マニュアルは「業務手順書（感染症、食中毒予防）」が整備されており、更新もされています。しかし、職員に対する研修が実施されていませんでした。 | | |

## (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 | 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 | B |
| （評価機関コメント） | | マニュアルは「業務手順書（緊急時対応、災害時対応マニュアル）」が整備され、年に１回以上訓練が実施されていました。事故に関しては、「インシデント・アクシデント報告書（介護事業版）」に記載し、管理委員会に提出し、職員間で周知できる仕組みがありました。ただ、地域との連携を意識したマニュアルはなく、訓練等も実施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 |
| **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。 | B | 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。 | B | 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） | | 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供について、介護・福祉の理念に明記し、日々のミーティング等で話し合い、日常業務の振り返りも行っています。今後は人権や身体拘束、プライバシー保護に関する勉強会や研修会を開催することにより、職員の理解が更に深まるのではないでしょうか。 | | |
| | (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てている。 | A | A |
| | | 第三者への相談機会の確保 | 36 | 公的機関等の窓口に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） | | 満足度調査は、利用者が使いやすいように工夫され、意向を収集されています。また、苦情対応手順書を整備し、意見・要望・苦情には迅速に対応し、記録にしっかりと残し、サービスの提供に活かされています。公的機関の窓口を明記・掲示されていますが、事業所内に介護相談員等外部の人材の受け入れがありませんので、透明性を確保する観点から是非受け入れを検討されてはいかがでしょうか。 | | |
| | (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てている。 | 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。 | A | B |
| | | （評価機関コメント） | | 年１回満足度調査を行い、その結果を部会で分析・検討することでサービスの提供に活かしています。また、サービスの質の向上のために、毎日のミーティングや月に１度の部会等を開催し、サービスの改善に繋げています。他の事業所との会議にも積極的に参加して情報収集を行い、自事業所に持ち帰り検討されています。ISOの品質管理方法に沿って年２回の評価を行い、課題を明確にし、次年度の事業計画に反映させています。今後は第三者評価も３年ごとに受診されることをお勧めします。 | | |