

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28年 5月 13日

平成28年1月29日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた大宅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>	<p>通番12：ストレス管理 24時間対応の電話相談窓口を設置し、専門職としてのカウンセラーを配置され、職員の健康管理に努力されています。</p> <p>通番14：地域への貢献 地域を重視されており、数多くの懇談会・相談会などを開催されています。</p> <p>通番21：多職種協働 利用者が入院された際、入院先に必ず情報提供を行い、また退院時には、退院前カンファレンスに参加され、外部との連携が密になされています。</p> <p>通番37：利用者満足度の向上の取組み 満足度調査や苦情に対し、迅速に検討し具体的な改善を図り、リハビリニュース等でその情報を公開されています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番9：継続的な研修・OJTの実施 中堅研修やスタッフ会議での学びをされておられますが、新人に対する年間研修計画がありませんでした。</p> <p>通番26：感染症の対策及び予防 インフルエンザ・ノロウイルス等、事業所では必須となる感染症対策について、具体的な対策やマニュアルが確認できませんでした。</p> <p>通番31：人権等の尊重 人権についての勉強会が開催されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・新人職員の知識や技能の向上等を目的とした研修を、年間研修計画に盛り込まれてはいかがでしょうか。 ・感染症対策については、どのような方が来られてもすぐに誰でも対応できるよう、具体的なマニュアルの整備、教育・研修等を実践されることが望まれます。 ・より利用者本位及び高齢者の尊厳保持に配慮したサービス提供につなげるべく、人権に関する勉強会の開催が望まれます。

※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	2614102230
事業所名	公益社団法人信和会 大宅診療所
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)	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2月20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思決定を行い、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)		公益社団法人としての高い理念を掲げ、職員にその意識を伝えています。利用者や家族には友の会やパンフレット等で広報されていました。また、組織としての透明性を確保するために、職員から提案された具体的な目標や数値等を施設でまとめ、公正な意思決定がなされていました。			
(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	A	
	(評価機関コメント)		顧客満足度調査を実施し、調査結果について討議されていました。討議内容をサービスの向上に向けた取組に反映させることが課題です。また、単年度の事業計画については、職員の意向が反映されており、年2回開催の日常医療介護総括会議にて確認されていましたが、中長期の達成目標の記載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。	B	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)		組織全体としてISO9001の基準に基づき、法令集等の書類管理が行われていましたが、管理者の法令遵守に関する外部研修等への参加が確認できませんでした。職員とのヒアリングや会議録から管理者との関係は良好に感じましたが、職員からの信頼を獲得する仕組み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
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)		職員の負担軽減については、送迎をボランティアで賄う、平均残業時間も少なくなるよう配慮するなど努力されています。キャリアアップについては職員からの申し出によりその都度配慮されていますが、新人に対する年間研修計画に該当する資料が確認できませんでした。また、実習は受け入れています。実習指導者に対する研修は実施さ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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		法人として職員のストレス解消のための24時間対応の専門カウンセラー体制があります。また、職員ヒアリングから労働環境に配慮されていることがわかりました。育児・介護休業法についても就業規則に記載されていることを確認しました。		
(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)		地域に密着した診療所として発足された事業所であり、山科健康会や友の会の支援を受け、地域へのパンフレット、広報誌、友の会祭り、年間16回開催する地域懇談会や何でも相談会等に積極的に取り組んでおられます。		

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)		併設されている大宅診療所と同一のパンフレットにて、今までの歴史を含め、事業所概要もわかりやすく掲載されていました。なお、ホームページは現在修正中ということなので、今後は内容の更なる充実が期待できると思います。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		利用者に説明し同意も得られていますが、アンケートでは説明内容がわかりやすいかどうかの回答は7割程度でした。なお、権利擁護の活用を促進する仕組みが確認できませんでした。地域包括支援センターとも連携され仕組みを構築されることで利用者も安心されると思います。		

(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)		アセスメントシートにより適切なアセスメントがなされ、ご利用者・家族等の希望も尊重されていました。また、関係者の意見も照会されていました。必要に応じて計画が変更され、その基準も手順書により明確にされています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		利用者の入院時及び退院時の連携はしっかりなされており、退院時のカンファレンス等へも参加されています。		
(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、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)		業務は、「通所リハビリテーション手順書」に基づき実施され、見直し基準等はISO2001の「文書管理規定」により定められています。また利用者の家族との情報交換は申し送りノートや朝の申し送り等で実施されています。記録の管理体制についてISOによるマニュアルはありますが、改定されていない部分もあり、職員に対しての教育研修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、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	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)		京都市が発信している「感染症対策のすすめ方」を基に職員に対して研修が実施されています。感染症マニュアルは年に一回更新されています。事業所内の整理・整頓・衛生管理はできています。しかし感染症（インフルエンザ、ノロウイルス）の具体的な対策を確認することができませんでした。		
(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	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)		「意識消失時」「転倒時」等の対応マニュアルが整備され、定期的に研修が実施されています。また、発生したインシデント等は、法人の「インシデント・アクシデント医療安全指針」に整備され、インシデント等の検討は管理者会議で実施されています。災害対応マニュアルも整備されています。		

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
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。	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)		理念に基づき申込みは断らず、医療必要度の高い場合や認知症等にも、個別性に配慮して対応されています。平成27年度は人権についての勉強会が実施されていませんでした。人権に関する勉強会を開催し、より理解を深めることで、日々の支援にも活かすことができると考えます。			
(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)		目安箱や満足度調査・懇談会や日々の介護の中で意見聴取に努められ、意見や苦情をスタッフ会議で検討し、迅速に対応され、リハビリニュース等で公開されています。相談窓口として公的機関・友の会を紹介し、周知に努めておられます。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		満足度調査等で得られた意見や職員の意見を毎週のスタッフ会議で検討して、サービス内容や手順を変更しています。別事業所を積極的に見学したり、ISO認証に基づいた取組み等により、サービスの質の向上に努められています。			