

アドバイス・レポート

平成 20 年 2 月 13 日

平成 19 年 9 月 14 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた医療法人医全会渡辺医院通所リハビリテーションすこやか倶楽部につきましては、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

評価が高かった点	I 健全な組織体制 (1) 組織の理念・運営方針 (2) 組織体制 ①責任者等の協働 (5) 人材の確保・育成 ①質の高い人材の確保 II 適正なサービス提供体制 (1) サービスの品質の確保 ①業務マニュアルの作成 (2) 個別援助計画 (3) 利用者等の希望尊重 (5) 危機管理 III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 ①人権等の尊重 ④利用者の決定方法 (3) 利用契約 ①料金の明示と説明 IV サービスの質の向上の取組 (1) 苦情解決 ①苦情・相談窓口の明示 ④苦情に基づくサービスの改善
理由	I 健全な組織体制 (1)、(2) ①規模の利点を生かされ、毎週の院長主催のミーティング、月一の定例会議に非常勤職員も参加でき、参加できない方は議事録・CMボードに記載され周知徹底がなされていました。またボトムアップ的に意見の集約もされているように感じました。 (5) ①資格も重視されていますが『如何に人に優しくなるか』を採用基準に複数回面接を実施、資格取得に向けた主任のアドバイスも確認できました。 II 適正なサービス提供体制 (1) ①各マニュアルが目的にあわせ、安全や事故防止、個人情報保護などの配慮の上作成されていました。 (2) 個別のアセスメントが定期的に通所リハビリテーションの計画書で行われ見直しもできていました。 (3) 利用開始1ヵ月後のアンケート調査を行い、利用者および家人の意向をより深く確認しようとされています。 (5) 法人全体として安全対策に取り組み、統計分析し、再発防止に努めておられます。

	<p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) ①毎週おこなわれる院長主宰のミーティングにて人権に配慮した関わり方の意思統一がおこなわれ、掲示にて再確認されています。 ④利用者の決定方法も複数での審査がおこなわれており丁寧な対応がされています。</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) ①システムがしっかりと確立されており掲示されています。 ④毎月の会議で論議され、改善内容が定期発行のニュースで報告されていました。</p>
改善努力を要する点	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(3) 労働環境 ②ストレス管理 (5) 人材の確保・育成 ③OJTの実務</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(3) 利用者等の希望尊重 ②希望を引き出す働きかけ</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(2) 情報提供 ④地域への情報公開</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(2) 質の向上に係る取組 ①利用者満足度の把握</p>
理由	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(3) ②忘年会と上司の声かけによる飲み会などインフォーマルな会合はされているようですが、規模的に福利厚生制度がそぐわない様ならリフレッシュできる制度を考えられてはどうでしょうか。 (5) ③人材の育成を重視して、内容の濃い職員用サービスチェックシートを実施されていますが、上司に報告されフィードバックされているか、改善結果までフォローされているかが確認できませんでした。</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(3) ②アンケート調査を定期的に、全員に行うことでサービスの見直しができるのではないか。また意見箱の設置を望みます。</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(2) ④地域への発信、地域からの評価の確認、ボランティアの受け入れ、更に一步踏み出した関りが今後の課題だと思われました。</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(2) ①利用者の評価を客観的に把握分析し、今後の改善策や職員の自信や意欲に繋げる取組みが必要と思われます。</p>
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ・重点課題の設定についてA評価とさせて頂いていますが、課題を明文化して頂き、記録を残されることをお勧めします。 ・マニュアルの見直しや点検を定期的あるいは状況や情報に応じてスタッフ間で行い、来歴表を作成されるとスタッフの関心も高まり、これまで以上に職員の意見集約やサービス向上への意欲にもなるのではないかでしょうか。 ・医療施設と併設されているという、特色あるメリットを生かした地域への発信の方法(ボランティア・実習生受入れ、懇談会、学習会講師等々)を検討されてはいかがでしょうか。 ・常にサービス提供の見直しにつなげる点で継続した満足度等のアンケート実施、意見箱の設置等またその情報を公開される仕組を検討されては如何でしょうか。 ・ご家族と職員間の情報交換も十分に行われていると思われますが、送迎の場を情報交換・収集の場と位置づけられることで、一層の効果が期待でき、職員の関わり方もより深くなるのではないかでしょうか。いつもできていることを今後も意識的に行って頂ければと思います。 ・サービスの質の向上のために、月一回定例会議で検討されていますが、職員全員が参加するシステムの確立、(部会、委員会、小グループ、

検討チーム)などの工夫を行ない、非常勤職員も含めてモチベーションを高め、さらにスキルアップできるよう工夫をされてはいかがでしょうか。

- ・衛生管理には十分注意されていますが、ペーパーホルダーを設置されることは如何でしょうか。
- ・リハビリ機能という点で地域からの期待も大きいのではないかと思われます。今後の展開を検討中との事ですがぜひ積極的な展開を、また地域での活躍を期待しています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2610705796
事業所名	医療法人医全会 渡辺医院通所リハビリテーションすこやか俱楽部
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・居宅介護支援・訪問看護・訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	平成19年11月9日
評価機関名	社団法人京都私立病院協会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	B	A
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	B	A
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	B	A
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	B	A
		② 管理者による状況把握	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
		③ 透明性の確保	責任者等は、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
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	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
		② ストレス管理	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。	B	B
		③ 休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	A	A
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	B	A
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	B	A
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A
		② 繙続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	B	B
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				22	28

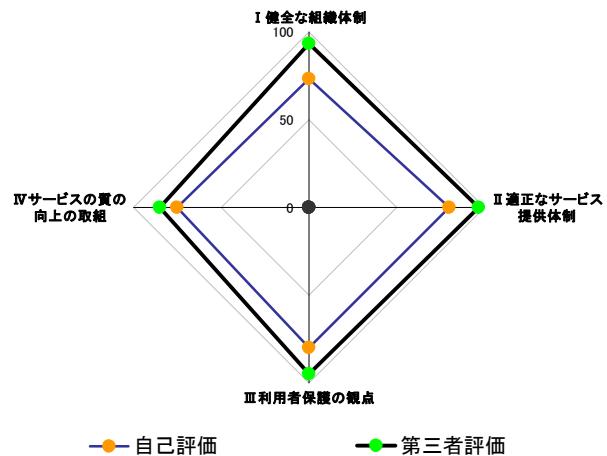
大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A
		② サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	B	A
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	B	A
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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。	B	A
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	B	B
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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
		② 事業所内の衛生管理等	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
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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。	B	A
		② 事故の再発防止等	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
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				24	29

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
III 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	B	A
		② プライバシー等の保護	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	A
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	B	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	B	B
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				16	19

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
IV サービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	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。	A	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	A	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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。	B	B
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	B	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	B	B
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	A	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	B
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	B	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				15	17

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価 結果
I 健全な組織体制	22	28
II 適正なサービス提供体制	24	29
III 利用者保護の観点	16	19
IV サービスの質の向上の取組	15	17



【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	22/30	73%	28/30	93%
II 適正なサービス提供体制	24/30	80%	29/30	97%
III 利用者保護の観点	16/20	80%	19/20	95%
IV サービスの質の向上の取組	15/20	75%	17/20	85%