

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 7 月 20 日

平成 22 年 3 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社団法人信和会 京都民医連第二中央病院 通所リハビリテーションなの花 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 2）組織体制 （通番 4）業務レベルにおける課題の設定 病院、部門、事業所単位で種々の会議が設置されており、それぞれの会議が十分に事業運営に反映される仕組みとなっています。また、職員に目標管理面接を行い、課題の設定、取り組み状況の把握、解決に向けての検討を実行されています。 ■（通番 8）質の高い人材の確保 職員が手厚く配置されておられ、かつ有資格率が 80% を超え、質の高い人材を確保されています。 資格取得に向けての支援システムも整っておられ、職員が【日常的に学ぶ】ことを推進されています。有資格者採用の事業計画もあり、高く評価できます。 ■（通番 12）ストレス管理 日々のミーティング、部長会議、年 2 回の 3 者面談等、スタッフの意見が反映される場が多くあり、内部のコミュニケーションが図られています。福利厚生制度の充実と休暇も充分とれ、働きやすい環境であるといえます。職員のサポート体制も整っています。 ■（通番 24）職員間の情報共有 （通番 25）利用者家族等との情報交換 利用者家族会の実施を行い、職員との意見交換の場を持たれています。連絡帳を活用し、積極的に、利用者＝事業所間の双方向での要望・伝達が実践されています。また利用者についての状況把握や望まれる支援について毎日申し送りを確実に実施されている点は高く評価できます。
-----------------------------	--

特に改善が 望まれる点と その理由（※）	■（通番１３）地域への情報公開 質の高いリハビリが実践されているにもかかわらず、地域へのアピールが十分行えていません。 ■（通番３５）第三者への相談機会の確保 ボランティアの受け入れができており、利用者が相談しやすい環境を整えられていますが、第三者の立場から、相談・苦情等を聴ける体制が未整備です。
具体的なアドバイス	1. 情報公開について、パンフレットはとても見やすく特色もわかるものになっています。 見学に来られた方や関係機関の一部に対するパンフレット配布に留めるのではなく、グループ 病院受付・リハビリ施設・診療所・居宅介護支援事務所等に設置をして頂き、具体的活動内容を広く周知できるよう検討されてはいかがでしょうか。また【通所リハの花】単独のHPを立ち上げられ、広報誌の掲載や事業所の特色等、情報公開されてはいかがでしょうか。 2. さらに地域に信頼される事業所となるよう、事業所の有する経験・知識・取り組みを是非、法人内に留まらず、地域へアプローチして頂くことで、ネットワークの構築、しいては事業所のアピールにもつながるのではないのでしょうか。 3. 従来よりボランティアの受け入れを実施されておられますので、そういった方を通じ、相談・苦情等を聴ける体制を目指されることも良いと思います。 回復期リハ病棟に併設されている通所リハ事業所として、今後もし是非、社会復帰・自立支援を目指し、さらにきめ細かな個別リハビリの実施・看護・介護を実践され、住み慣れた地域でいつまでも健康で暮らせるためのサポートをされることを期待しております。

※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	2610601342
事業所名	京都民医連第二中央病院 通所リハビリテーションの花
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22年3月24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	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)		1:理念は事業所に掲示され、運営方針は契約書への記載及び事業所に掲示されています。職員会議、役責会議で検討する内容が理念、運営方針に添ってなされています。毎月発行の「なの花便り」に理念等を掲載しています。 2:機構図、運営図、会議要項、職務権限規程が定められています。各会議は規定どおり開催され、全職員が参加する職員会議、責任者による役責会議、運営会議で協議されたことが事業計画等に反映されています。			
(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	A
	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)		3:毎年6月に開催される日常医療総括会議で予算、事業計画が決定され、それに基づく年次計画が立てられています。・法律改正等については法人内の通所事業担当者会議で共有され、各事業所の役責会議、職員会議で検討されます。・利用者満足度調査も毎年実施され、分析結果をサービスに生かすように検討されています。 4:今年度、「6～8時間の長時間プログラムへの内容充実」が課題に設定され、役責会議や職員会議で話し合いを行い、具体的に取り組んでいます。また、職員に目標管理面接を行い、課題の設定、取り組み状況の把握、解決に向けての検討を促しています。			
(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)		5:法人からの通達、通所事業担当者会議等で法令等の情報を入手し、職員会議等で読み合せなどを行っています。・資料も常備しており、「法令遵守規程」等は毎年見直しを行うことで再度の確認を行っています。・ただ、法令等の明文化は行っていませんでした。 6:経営責任者、運営管理者は職務規程、運営規程により役割と責任は明文化されています。・管理者、責任者、スタッフの三者面談がおこなわれ職員の意見を聞く機会を持ち、職員からも信頼を得ています。 7:PHSを携帯し、所在は明らかにしています。・業務日誌は管理者が記載しており、報告書類は全て管理者が確認しています。・緊急事態発生への対応手順がありますが、フローチャートはありません。			

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	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。	B	A	
		(評価機関コメント)		8:リハビリスタッフを多く配置され、有資格者率も非常に高く、有資格者の退職時は有資格者で補充という定数を決めた質の高い人材確保は高く評価できます。 9:年度始めの教育計画・個別・OJT等、詳細に計画ができており、経験年数・職位別の教育プログラムも同様です。実施及び部署会議等での報告伝達が出来ています。 10:医学生や管理栄養士・地域の中学生等、色々な実習生を積極的に受け入れておられます。また受け入れ方法のマニュアルも詳細なものが整備されていました。			
(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。	B	A	
		(評価機関コメント)		11:有給は月1～2回取得できており、生理休暇も取得できています。職員の就業状況や意向の把握は年2回の3者面談で実施されており、分析・検討は、グループ本部で行われています。施設環境も、電動ベッド・リフト付き送迎車等負担軽減の配慮が施設見学で確認できました。 12:ストレス管理においても、副部長・管理者・本人の3者面談が行われ、「話を聞いてもらえます」とスタッフからも聴取及び記録にて確認しました。母体病院の臨床心理士によるメンタル相談窓口があり、直通電話で相談出来る体制が整っています。内部コミュニケーションが充実している事も、ストレス管理の役割を果たしていることと感じます。福利厚生制度も、共済会として山の家・海の家・スポーツ施設等の利用が可能であり充実しています。休憩時間も十分に確保され、スペースも広く、ゆっくり出来る環境でした。			
(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)		13:利用者・家族の方への機関紙「なのはな」3ヶ月毎「わくわく便り」1ヶ月に1回発行されています。パンフレットは見やすいものですが、施設見学等にいられた方のみに配布され、グループ併設の病院等受付、居宅サービス部門に置かれていません。地域に対する活動内容の情報提供が出来ておらず、事業所単独のホームページの開設、掲示板の利用での情報提供等が望まれます。 14:併設病院開催の転倒予防教室・家族教室に、セラピストとして協力し、リハビリ・介護相談等を実施されています。			

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)		パンフレットはカラーで写真を上手に取り入れ、リハビリ・訓練・1日の流れ等が良くわかる内容でした。ホームページから事業所情報を入手することができませんので、トップページに表示があれば分かりやすいと感じました。		

(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)	重要事項説明書・契約書にて説明をされています。単身・独居等の方の場合、ケアマネジャーと随時相談をしながら対応をされています。			
(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)	17:リハビリについての希望は特に傾聴されています。状態に変化があった際、再アセスメントを実施し見直しを行っています。 18:計画については、利用者・家族のニーズを元に、個々に合ったプログラムに結び付けています。 19:併設病院の医師・リハビリ部門等、相談できる体制があり意見交換がなされています。 20:リハビリ実施計画を1回/3ヶ月毎に見直しています。短期3ヶ月、長期6ヶ月で評価されています。			
(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。	B	A
(評価機関コメント)	実績報告を兼ねて、関連のある相談機関である包括等に、訪問するよう心がけています。区の事業者連絡会・通所部会等に積極的に参加し、顔の見える関係作りを心がけています。			
(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)	22:業務マニュアルを確認しました。清掃マニュアル・チェック表も有り、見直しも行われています。 23:個人情報保護の規定はありますが、情報開示に関する教育・研修は実施されていません。 24:毎日、申し送りの時間を設け、情報共有の意見交換がされています。申し送りノートに記載し、職員全員に伝達するようにしています。 25:連絡帳を用いて、家族との意見交換がされています。家族会を年1回実施し要望を聴く機会があります。			
(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)	26:研修が実施されており、知識は全職員に伝達されています。併設病院の医師によるアドバイスの上、感染症である方の受け入れは可能です。 27:事業所内は清潔で整理されています。			

(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	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
(評価機関コメント)	28:年2回防火訓練を実施し、緊急時に備えたコール体制が事業所・併設病院内で徹底されています。 29:報告書を確認しました。再発防止に向けた評価が法人内の通所部門と協同で意見交換されています。			

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	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。	B	B	
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	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	A	
(評価機関コメント)	30:理念・基本方針に利用者の人権を尊重し、安全で質の高いサービスの提供が明記されています。・介護事業マニュアルを教材に読み合せ等をおこない、日常業務を振り返っています。・虐待防止についての取り組みはおこなわれていません。 31:相談援助が必要な場合は別室で対応しています。・プライバシー保護等のマニュアルの読み合せをおこない、年1回は見直しをおこなっています。 32:申込や相談時の対応手順があります。手順に従って運用しており、定員超過でなければ受け入れています。				
(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てている。	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)	33:相談窓口について重要事項説明書に記載し、掲示もしています。・ふれあいアンケート用紙を窓口置き、投書箱も設置しています。・苦情や要望があれば月1回の運営会議で話し合い、お返しています。・利用者満足度調査や家族教室での家族と触れ合うなかで要望等を聴取しています。 34:苦情対応マニュアルが整備されており、対応の記録もあります。・満足度調査の結果は利用者に配布していますが、改善状況について公開はされていません。外出プログラムは利用者の意向に沿って植物園など遠方へも出かけています。 35:法人の介護事業部を相談窓口として設置しています。公的機関等の相談窓口について契約書や重要事項説明書に記載しています。・相談があれば苦情対応マニュアルに従って対応します。・施設内に外部の相談者は受け入れていません。				
(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てている。	A	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。	B	B	
(評価機関コメント)	36:満足度調査は年1回おこなっており、結果は広報誌に掲載しています。・調査に基づくサービス内容の検討は、運営会議、職員会議でおこなっています。 37:サービスの向上について運営会議や全職員が参加する職員会議を毎月開催し、検討をおこなっています。・法人の通所系サービス会議や左京通所ブロック会議等に参加し、情報の収集等をおこなっています。 38:日常医療総括会議において本年度の総括ならびに次年度の課題、計画をあきらかにしています。・第三者評価は今回初めての受診となります。				