

アドバイス・レポート

平成28年 5月 8日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成28年2月25日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた洛和会丸太町病院 訪問リハビリテーションにつきましては、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 (※)	<p>洛和会ヘルスケアシステムの「リハビリテーション部門」には、当事業所の他に、急性期・回復期・通所リハビリ・通所介護等があり、利用者一人ひとりのリハビリニーズに応じた支援が法人全体で提供されています。事業所はそれらと連携を取り、訪問リハビリの役割が明確化されています。事業所(訪問リハビリテーション)の役割は、利用者の社会復帰を目標に、手助けとなる道具類を使い、利用者の日常生活動作の自立に向けた支援を行っています。過介助になりがちな介護者には介助テクニック等をアドバイスしています。</p> <p>通番6 管理者によるリーダーシップの発揮 法人内インターネットや携帯から現場の職員が上席者の評価(250項目)を行う仕組みがあり、管理者は組織をリードする立場としてチームケアの推進に努めています。管理者は人事考課や業務力量評価、自己申告等の取り組みで把握した職員の意見や要望を事業所の運営に反映しています。職員ヒヤリングで確認できました。</p> <p>通番8・通番9 人材の確保と継続的な研修の・0JTの実施 法人のリハビリテーション部門(病院・施設・在宅)には、二百数十名のリハビリ職員が所属しています。法人のスケールメリットを活かし、事業所職員の採用条件は、整形・心臓・脳等の疾病領域や急性期・回復期リハビリ領域等の基礎技能を身に付け、リハビリ部門の他の施設・事業所で3年間の経験を積んだ者となっています。採用後は、プリセプト制度の下で業務・技術研修を行い、訪問リハビリ研修計画に沿った階層別・個人のレベルに合わせたスキルアップ研修やケーススタディ等を持続的に実施しています。</p> <p>通番17~20 適切なアセスメントの実施・援助計画策定のための体制の確立 暮らしの中に活かすリハビリテーションの考え方から、本人や家族等が日頃、興味・関心を持っている事柄に着目し、「興味関心チェックシート・アセスメント」を使った独自のアセスメント手法を確立させています。このアセスメントを基に、利用者の生活行為の“自立”と利用者の“QOL”の維持・向上に視点を置いた個別援助計画を作成しています。また、生活行為が安全に行われるよう生活圏域の環境整備に努め、支援終了(目標達成)後も定期的に経過(生活の様子)を確認し継続支援に努めています。「訪問リハビリテーションマニュアル」に基づいて、アセスメントから計画の作成、実施、評価・見直しに至るまでのプロセスが着実に実行されています。</p> <p>通番34 サービスの質の向上への取り組み 今回の利用者(家族等を含む)アンケート調査(回収率80%)や事業所の「顧客アンケート」の結果から、利用者のサービスに対する満足度の高さがうかがわれました。アンケート調査の結果を「患者サービス向上委員会」で分析・検討し、質の向上に役立てています。法人の品質目標・部門目標、事業所の単年度計画「教育計画」、事業所の目標「在宅ADLの質を向上させる」に基づいて、職員一人ひとりが個人目標を定め、「自己評価表」で達成度を確認しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>通番32 利用者のプライバシーや羞恥心に対する職員周知のための勉強会・研修が実施されていませんでした。</p> <p>通番35 利用者の意見や要望・苦情等への対応について 利用者の意向をさまざまな方法で丁寧に拾い上げ、迅速に対応され、提案された個人にフィードバックされていますが、公開までにはいたっていませんでした。</p> <p>通番37 「利用者アンケート」で把握した結果を「患者サービス委員会」で分析・検討し、サービス改善に反映しておられますが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>通番39 自己評価が4年前の第三者評価以後に実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

通番32 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮する取り組みについては、職員一人ひとりの人権意識が問われる内容ですので、職員対象に勉強会や研修会を定期的で開催されてはいかがでしょうか。

通番35 利用者の意見・要望・苦情に対して、事業所がどのように取り組まれたかを、匿名性を確保した上で、ホームページへや広報誌に掲載したり、事業所の見える場所に掲示される等、公開されてはいかがでしょうか。利用者・家族等の意向が事業所でどのように受け止められ、どのように改善されたかを多くの人に知っていただくことは、事業所への理解と信頼感に繋がると思います。

通番37 事業所内の顧客アンケートの分析・検討結果に基づいて、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認するしくみとして、取り組みのプロセス／PDCAサイクルが一目で理解できる様な表の作成はいかがでしょうか。

通番39 第三者評価の受診時に取り組まれた「自己評価」を毎年実施し、次回の第三者評価の受診に対応されてはいかがでしょうか。自己評価のシートは、独自で策定される方法と今回のシートを継続活用される方法があります。

※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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2610308625
事業所名	洛和会丸太町病院
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問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)	介護予防訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	平成28年4月21日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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)			1. 組織の理念及び運営方針(品質方針)を定め、理念・方針に基づく活動内容を運営規定に明示し、事務所に掲示している。理念を重要事項説明書に明記し利用者に周知している。職員周知は「教育計画」の実施の中で努めている。 2. 組織の運営システムが確立している。組織図を基に、各種の委員会や検討会議を設置し、案件別の意思決定を公正・適切なプロセスで行い、組織としての透明性が確保されている。議事録で確認できた。		
(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	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. 4. 法人の中長期計画を基に事業所の単年度計画(教育計画)を策定している。「患者サービス委員会」を中心に、母体の病院リハビリテーション部門の品質目標に添って、教育計画に医療技術の向上と確実なサービスの提供、在宅ADLの質の向上を定めている。進捗評価表を使い、職員個々に定めた目標の達成度を確認している。		

(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)		<p>5. 行政の集団指導や所属の理学療法士協会や職能団体等に参加し、「自主点検表」のチェック等で介護保険法等の遵守すべき法令の把握に努めている。又、幅広く事業の運営に必要な法令をリスト化し「訪問リハビリテーションマニュアル」に整備し、法人内ネットワークシステムで職員全員に周知している。</p> <p>6. 法人全体で現場職員による上席者（運営管理者）の評価を制度化している。匿名性を確保の上で、法人内ネットワーク（パソコン 携帯）から250項目について、現場の職員が上位者に対して意見や要望を伝えることが出来、それを受けた管理者が自らの役割と責任を確認し、事業の運営にリーダーシップを発揮している。</p> <p>7. 管理者は、日報・月報、報告書等で事業の実施状況を随時把握している。緊急時対応マニュアルに基づいて、職員は事故等の緊急事態が発生した場合はいつでも指示を仰げる体制となっている。利用者のカルテ内に対応マニュアルを整備している。</p>		

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	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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 職員の採用基準は、高い専門性が求められる為、法人系列の病院の整形・心臓・脳等の領域のリハビリを急性期・回復期等のリハビリ業務で3年経験した者と規程している。採用後も基礎資格以外に、認知症ケア・住環境コーディネーター・2級ヘルパーの資格取得を奨励している。</p> <p>9. 法人職員に対する研修の実施計画・方法が体系的に定められている。職員は、法人全体・法人リハビリ部門・地域エリアや事業所の研修プログラムに参加している。研修は全て勤務扱いとなっている。職員は法人のリハビリ部署目標に沿って個人目標を定め、到達度を「方針・目標に対する自己評価表」で確認している。プリセプター制度に基づいて、新任職員は業務を通じて先輩からの知識・技術の教育的指導を受けている。定期的にエリア部門や事業所でケーススタディを開催し、ケースの課題解決に他職種の意見を反映している。研修報告書や伝達研修で研修の成果を職員間で共有している。</p> <p>10. 「実習生受け入れマニュアル」に基づいて、母体の病院の新任研修プログラムで実習生を受け入れている。実習指導者に対する研修は行っていない。</p>		

(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)		<p>11. 法人規定の就業規則に基づいて、有給休暇の消化率や時間外労働のデータを組織的に管理している。法人全体で職員の労働環境を把握する取組みを行っている。職員の労働環境への配慮がある法人であることが職員ヒヤリングから確認できた。</p> <p>12. 法人全体で職員の業務の悩みやストレス解消に対する取組みを行っている。外部の心の相談室「ヒューマン・フロンティア」の専門スタッフ（カウンセラー）が、職場や私生活で生じた悩み事の相談に応じ、法人に設置した「ES対策部会」が、職場のハラスメントに関する相談に応じている。職員が十分に休憩できる場所が確保されている。</p>		

(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)		13. 事業所の概要や運営理念をホームページやパンフレット、法人発行の広報誌等で公開している。地域住民や利用者・家族等との関わりを大切にしていることが、様々な情報を満載した各種の広報誌から読み取れる。 14. 事業所が有する機能を地域に還元している。「健康教室」を地域主催の年1回の「地域ふれあい祭り」で開催し、定期的に事業所主催でも開催している。他に、法人内に開設した「認知症サポート養成講座」に丸太町病院の全職員（150人）が受講している。法人全体で認知症理解の啓蒙活動を行っている。母体の医療機関が、地域を対象に「医療メディエーター検査」を実施し、介護予防に役立てている。AEDを設置し、地域にも開放している。		

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)		15. 事業所の情報をホームページ・パンフレット・広報誌等で利用者・家族等に提供している。問い合わせには直接面談で応じている。見学はサービスの特性から応じることが出来ないが、口頭で説明し理解が得られる様に努めている。			
(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)		16. サービスの利用に際して、サービス内容を契約書・重要事項説明書（料金表を別に添付）・運営規程等で本人、家族・後見人等に説明し、同意を書面で得ている。			
(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)		17. 所定のアセスメントシートを使って、本人のセルフケア・排泄コントロール・移乗・移動・コミュニケーション・社会的認知等の心身の状況や生活状況を踏まえたアセスメントを実施している。さらに、「興味関心シートアセスメント」を活用し、利用者・家族等から、トイレ・入浴・脱衣・歯磨き・身だしなみ等（126項目）について、項目別に「している、してみたい、興味がある」を聴き取り、本人のリハビリに向けた興味・関心度を把握し、利用者一人ひとりの自立支援に向けた取り組みを行っている。 18. アセスメントに基づいて、利用者の自立支援に向けた個別援助計画を作成し、3ヶ月毎に見直しを行っている。サービス担当者会議は利用者本人・家族等が同席している。サービスが過介助にならない様に家族へ助言を行っている。歩行障害のある利用者が閉じこもりから電動車椅子でスーパーや映画館に出かけるまでに回復された事例があった。 19. 個別援助計画の策定にあたり、必要に応じて利用者の主治医・介護支援専門員等の意見を照会している。主治医の指示書やケアプラン等との整合性が図られていることが確認できた。 20. 3ヶ月毎にモニタリングを実施し、目標（長期・短期）の達成度の確認と必要に応じて計画の変更を行っている。			

(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)		21. 主治医、担当ケアマネ等と随時連絡をとり、利用者情報を共有している。退院前カンファレンスに参加する等、利用者の入退院時の情報を把握している。電話連絡網を作成し、関係する他事業所との連携が図れるようにしている。		
(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。	A	A
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)		22. 「訪問リハビリテーションマニュアル・手順書」を作成し、フロー図でサービスの開始から実施に至るまでの流れが一目で解るように整備している。マニュアル・手順書は定期的に見直し、必要に応じて更新している。訪問リハビリの終了基準も定めている。マニュアル・手順書には、支援内容・寝たきり予防・ADLレベルの持続・住環境・福祉用具・介助方法の習得等の項目を整備している。 23. 個人記録は訪問後に記録し、カルテ等の記録類は鍵のかかる場所に保管し、個人情報保護に努めている。個人情報の開示について、重要事項説明書に記載している。個人情報保護の周知に向けた研修を実施している。文書管理規定に利用者の記録の保管・保存・持ち出し・廃棄についての規定を定めている。 24. 利用者の情報は個人記録に掲載している。毎朝の会議や、毎週土曜日のカンファレンスで困難ケースや目標達成が近づいた利用者の情報を職員間で共有している。 25. 3ヶ月毎のモニタリング訪問や連絡帳で家族と情報交換を行っている。利用者の自立に向けて、家族には過介助への注意や適切な介助方法を伝えている。		
(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	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. 「感染症マニュアル」を作成し、毎年、更新している。マニュアルに基づいて、感染症予防の研修を実施し、訪問時はマスクの着用と手洗いを励行している。 27. 事業所内の清掃・整理整頓は業務終了時に行っている。		
(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)		28. 「事故・緊急時対応マニュアル」を作成し、いつでも活用できる様に個人ファイルの後方に常備している。また、「事故時の対応マニュアル」を複数の車両に常備している。「事故・緊急時対応マニュアル」を基に職員研修を実施し、マニュアルは定期的に見直し、必要時に更新している。 29. 車両事故について、事故報告書を基に原因分析・検討を行い、対応経過を記録し、再発防止に役立てている。事故報告書やヒヤリハット事例を再発防止とマニュアルの定期的な見直しに活用している。 30. 法人に災害対策本部を設置し、法人全体で研修及び実質的な訓練を年1回実施し、3日分の備蓄を用意している。		

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。	A	A	
	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)		<p>31. 利用者の尊厳の保持に関する規程を理念・品質方針に明記している。身体拘束の廃止や虐待防止法に関する研修を実施し、職員の人権意識の向上に努めている。利用者の意思(自己決定権)を尊重し、利用者一人ひとりの自立に向けたサービスを各種のマニュアルと個別援助計画に基づいて提供している。</p> <p>32. 訪問によるサービスは利用者のプライバシー空間に入る為、訪問の開始時に必ず、利用者・家族等から個人のプライバシー保護に関する要望等を聴き取り、マニュアルを作成している。職員に対して高齢者のプライバシーや羞恥心に関する研修は行っていない。</p> <p>33. 法人全体で利用者のリハビリニーズに応じたサービス(施設・事業所)を提供し、訪問リハビリでは社会復帰に向けて、主に、地域活動への参加や自宅内での役割を獲得したい人等を優先的に受け入れている。訪問指定区域外からの利用相談には受け入れ可能な他事業所を紹介している。</p>			
(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。	B	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。	B	B	
	第三者への相談機会の確保	36	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 年1回「利用者アンケート」を実施し、3ヶ月に1回、モニタリング訪問を行い、本人・家族等の意向を収集する仕組みを整備している。居宅支援事業所(ケアマネ)にも訪問し、現状報告とともに本人・家族等の思いを確認している。</p> <p>35. 利用者の意向の把握に努め、対応は迅速に行っている。運動量や自主トレーニング等で満足が得られていないと判断した利用者には、要望に応じたリハビリの提供に努めている。苦情や意見には提案された個人にフィードバックしているが、提案内容や改善状況について個人情報に配慮した上で公開するまでには至っていない。</p> <p>36. 利用者が自由に外部の機関に苦情を訴えたり相談できる環境を整備し、重要事項説明書に事業所や公的機関への相談方法を記載している。事業所及び公的機関以外の第三者を相談窓口を設置していない。</p>			
(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	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 「利用者アンケート」を実施し、調査の結果を「患者サービス委員会」で分析・検討し、サービス改善に反映している。調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか確認する仕組みがない。リハビリ終了1か月後に電話で改善状況を聴き取っている。</p> <p>38. サービスの質の向上について、毎月、「患者サービス委員会」で検討し、結果をサービス改善の具体的な取組につなげている。</p> <p>39. 平成24年の開業時に第三者評価を受診している。また、法人全体で各種の施設や事業所が第三者評価を受診し、質の向上に役立っている。行政の自主点検を毎年実施し、関係法令の遵守とサービスの向上に努めているが、第三者評価が求める自己評価を事業所独自で行っていない。</p>			