

アドバイス・レポート

平成28年3月4日

平成28年2月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた御所南リハビリテーションクリニックにつきましては、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>通番1 法人として「リハビリテーション」を重視し、医療と介護が連携しながら「一気通貫」でリハビリテーションに力を入れているのが訪問リハビリテーションでも実践されています。</p> <p>通番4 「断らない」ことを重視し、どのようなご利用者でも対応できるようにPT・OT・STの三専門職を揃え、在宅リハビリテーションを展開されているところは、高く評価できます。</p> <p>通番8 事業所がどのような人材を求めているかが、グループのセラピスト求人用のパンフレットで明確にされており、目指すべき方向性が理解し易い仕組みになっています。</p> <p>通番9 社内ツールのメールでのやり取りが職員間で共有できており、相談等もし易い環境になっています。社外からの問い合わせやメールに対しても、Office365（オンラインソフト）でタイムリーに確認できる仕組みになっていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番2 グループ全体で取組みをされていることが事業所に十分活かされているとは言えませんでした。</p> <p>通番5・6 様々な取組みは事業所独自のツール「TLC」「Office365」を用いてされていますが、記録や統計としての分析がされていない等、具体的な取組みが不十分でした。</p> <p>通番12 職員はモチベーションも高く仕事に励んでおられました。しかし、職員が相談しにくい内容等があった時、守秘義務の上で話を聞いてくれる方を配置しているとは言えませんでした。</p> <p>通番22 マニュアルの作成はされていますが、その見直しに関する明確な規定がありませんでした。</p> <p>通番23 ご利用者の記録の保管・保存・持ち出し・破棄に関する規定や情報開示に関する規定がありませんでした。</p> <p>通番29 事故報告や事故対応はされていますが、統計的な分析・評価がされていませんでした。</p> <p>通番37 利用者満足度調査が実施されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>通番2 グループ全体で取組まれていることや、総務等で準備されているであろうものについて事業所でも共有・保管をされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番5・6 独自ツールを利用されていますが、膨大なデータの活用方法を検討されデータを事業運営に活かしていけるよう見直しをされることをお勧めします。また実施された取組みの記録を残すことは必要です。議事録や報告書の作成を徹底されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番12 職員のストレスに対して、第三者に相談できる機会を設けるなど、相談体制を検討していただくと良いのではないかと思います。</p> <p>通番22 業務マニュアルの定期的な見直し基準を策定され、改定を行った日時だけでなく、見直した日時についても分かるようにリストを作ることをお勧めします。</p> <p>通番23 サービス提供の記録は規定に基づいた管理を実施し、明文化してスタッフへ周知・確認されることをお勧めします。</p> <p>通番29 事故発生件数が少ないようですが、ヒヤリ・ハット報告を含め、その統計的な分析・評価の実施、新たな課題の設定を通し、サービス向上への取組みへと発展させてはいかがでしょうか。</p> <p>通番37 第三者評価「介護サービス利用者アンケート」調査においてはご利用者の満足度は高く、信頼関係の構築がなされていましたが、事業所として、ご利用者の声を聴き、より質の高い、安全で安心できるサービスへと繋げていけるように、利用者満足度調査を実施されることをお勧めします。</p>

※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	2610308559
事業所名	御所南リハビリテーションクリニック
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 2 月 17 日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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	B	
	(評価機関コメント)		1・2 理念が記載されている手帳を職員全員に配布し、また職員向けの機関紙「ひろば」やご利用者・他事業所向けの「和音」等も活用しながら理念等の周知を図っています。理事会や各種会議の議事録の確認はできませんでした。			
(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)		3 中長期計画の策定状況が不明で確認ができませんでした。 4 事業所独自に開発されたツール「TLC」「Office365」を活用して職員に周知されています。			
(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。	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)		5 法令等の研修会には参加されていますが、法令確認リストは未作成です。また、事業所でどの法令を適時確認するのかという視点は不十分でした。 6・7 運営管理者等の役割の文書はありましたが、ボトムアップ方式での方針決定への参加や運営責任者等が職員からどのようにみられているかの確認はされていません。事業所ツールを活用しての事業実施状況やマニュアルは整備されています。			

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		8 グループ内で170名を超えるセラピストの教育訓練について階層別の教育訓練の計画を検討されていました。組織で求めるセラピストについても、別に求人用パンフレットを作成される等、セラピストが将来目指すところも明確になっていました。 9 訪問リハのスタッフとして必要と思われる研修については事業所で決済をとり、出張扱いで参加されています。伝達した記録は月次の訪問リハミーティングで確認できました。日々の相談事は社内ツールを用いて、タイムリーに共有できていました。 10 実習生受け入れマニュアルも整備されており、訪問リハでも受け入れておられます。		
(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)		11 管理者が時間外労働や有給休暇の取得は管理されています。有給休暇を取得しても、代理者が訪問リハに行くようにされ支援できています。職員によるヒアリングでも事業所や管理者に対する満足度は高く、やりがいを感じておられました。 12 第三者による相談のシステムは、確認できませんでした。		
(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。	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・14 広報誌を作成され広報に努めておられます。しかし、前身である左京区の訪問看護ステーション時代からの引継ぎ活動が主であり、当事業所での新たな取組みの広報は、今後の課題との事でした。		

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
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・ホームページ・ひろばという広報誌にて情報提供されています。		
(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)		利用に際し、サービス内容や料金等が分かりやすく説明され、ご利用者アンケートにおいて満足度が高く、同意を得られています。権利擁護の為の成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活動推進や仕組みについての取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)		17 アセスメントの記録・ご利用者の意向・主治医との連携等を実施されており課題に沿った記録があります。 18 アセスメントに基づいた目標設定があり、ご利用者への説明と同意があります。 19 専門家への意見照会記録があり、サービス担当者会議への参加の記録があります。 20 実施記録やモニタリング記録があり計画策定、見直しをされています。		
(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)		情報提供書や報告書があり、関係機関との連携が取れています。		
(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、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。	B	B
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	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)		22 業務マニュアルは作成されていますが、見直し基準について明確な規定がありませんでした。また、事故報告に関する分析・改善策へと反映される仕組みが不十分でした。 23 サービス提供に関して実施記録で確認ができ管理体制もあります。情報開示についての実施や規定がありませんでした。 24 連絡メモ・トータルケアシステムで情報を共有されています。 25 自宅訪問や情報交換ノートを活用し情報交換されています。		
(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、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)		26 マニュアルを作成し、研修も実施されています。感染症であるご利用者受け入れについては、その都度の対応はされていますが、明確な体制作りには至っていませんでした。 27 事業者内の整理整頓がされ、清掃は、毎朝スタッフで実施されています。		
(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	B
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	B
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)	<p>28 事故対応マニュアルが作成され、随時研修に参加されています。指揮命令系統も明確化されていますが実践的な訓練には至っていませんでした。</p> <p>29 事故報告書により経過や対応策が記録され、ご利用者に説明をされています。ただ、統計的な事故分析、マニュアル見直しへと発展する展開が確認できませんでした。</p> <p>30 災害発生時のマニュアルは作成されていますが、地域連携には至っていませんでした。</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

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	B
(評価機関コメント)		<p>31 ご利用者を尊重したサービス提供を行う事がパンフレット等に記載されていますが、事業所としての取組みや検討する体制が不十分です。</p> <p>32 プライバシーに関する研修やご利用者への配慮がされています。しかし、具体的な方策や取組みについての工夫が不十分です。</p> <p>33 利用申し込みを断った事例はほとんどないようですが、受け入れ基準や他の事業所紹介に関する対応規定が不十分です。</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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>34 ご利用者の意向は聴取されていますが、広く汲み取る仕組みが不十分です。</p> <p>35 担当者個人の対応は迅速でご利用者の評価も高いようです。事業所としてのサービス向上への取組みへと繋がっていないように思います。</p> <p>36 実務者レベルでの対応はされています。その改善状況についての公開・開示ができていませんでした。</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。	B	C
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。	B	B
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。	C	B
(評価機関コメント)		<p>37 利用者満足度調査がなされていません。</p> <p>38 サービス向上に関しては、ミーティング等で個々の事例には取組まれていますが、体制づくりには至っていませんでした。</p> <p>39 実務者レベルでの個人的評価や対応はされていますが、統計的な調査・分析・評価には至っていませんでした。</p>		