

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 2 月 27 日

平成 28 年 8 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた  
 京都南病院（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

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点と<br/>その理由(※)</p> | <p><b>通番 1 理念の周知と実践</b><br/>                 法人の理念及び運営方針を事業所に掲示されています。職員の名札にも理念が記載され、職員が常時携帯し、新人オリエンテーションでも周知されています。また、管理者は経営会議等に参加され、運営方針を確認しています。組織として透明性が確保されています。</p> <p><b>通番 8 質の高い人材の確保</b><br/>                 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等、有資格者が優先して採用されています。職員の資格取得支援制度があり、職員用のホームページで、制度に関する情報をいつでも閲覧できる仕組みがあります。また、職員へのヒヤリングにて職員の満足度が高いことが確認できました。良い人材を確保することで、質の高いサービスの提供につなげておられます。</p> <p><b>通番 17 アセスメントの実施</b><br/>                 利用者個々に応じたサービスは非常に素晴らしく、日々の丁寧な取り組みを確認できました。アセスメントは、生活期リハビリテーション評価表を用いて行われ、日々の記録はSOAPを用いて詳細に記載されていました。利用者個々の希望を取り入れてサービスを実施し、再度アセスメントする仕組みがありました。関係事業所への情報伝達についても、毎月報告書に丁寧に記載し、情報提供されていました。</p> |
|-----------------------------|---|

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p><b>通番 1 0 実習生の受け入れ</b><br/>法人で実習生を受け入れていますが、実習マニュアルは学校の教本を利用されており、訪問リハビリテーション事業所独自の実習マニュアルは作成されていませんでした。</p> <p><b>通番 1 2 ストレス管理</b><br/>法人に臨床心理士が雇用されており相談できる体制があります。また、職員各自がメールアドレスを持っており、上司等に相談できます。しかし、臨床心理士は法人の職員であるため、より個人情報等に配慮した相談窓口の設置等が課題と思われれます。</p> <p><b>通番 3 7 利用者満足の上の取り組み</b><br/>平成 2 4 年度以降利用者満足度調査は実施されていませんでした。また、第三者評価は今回が初めての受診でした。</p>                                    |
| <p>具体的なアドバイス</p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後実習の希望があった場合のために、実状に応じた訪問リハビリテーション事業所独自の実習受入れマニュアルを策定されてはいかがでしょうか。</li> <li>・ 法人の職員ではない相談窓口の設置を検討するなど、より個人情報に配慮した相談体制を整備されること等により、職員の更なる安心につながると考えます。</li> <li>・ 在宅サービスであり、特に利用者との個別のかかわりが強いいため、利用者満足度調査の実施によって、客観的に自らのサービスを評価・分析し、利用者にフィードバックしていくことが今後重要と思われれます。<br/>また、今後も第三者評価を受診して頂き、第三者評価を自らのサービス内容を再確認する契機とし、サービスの更なる質の向上につなげられることを望みます。</li> </ul> |

※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                    | 2610402832     |
| 事業所名                     | 京都南病院          |
| 受診メインサービス<br>(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<br>(複数記入可) | 訪問看護           |
| 訪問調査実施日                  | 平成28年10月25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 |  |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>    |                   |   |  |      |      |       |  |
| <b>(1) 組織の理念・運営方針</b>      |                   |   |  |      |      |       |  |
|                            | 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)        | 理念は事業所内に掲示され、ホームページにも明示されています。職員名札の裏にも記載し、常時携帯されています。管理者は理事会や介護事業管理会議に出席して運営方針を確認し、リハビリ部会にて職員と共有し、質の高いサービスの提供に努められています。 |  |      |      |       |  |
| <b>(2) 計画の策定</b>           |                   |   |  |      |      |       |  |
|                            | 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)        | 法人および訪問リハビリテーション事業所の事業計画が作成され、法人として事業所の意見を取り上げる体制があります。今後は訪問リハビリテーション事業所独自で中長期の目標を設定されると更に良いと思われれます。                    |  |      |      |       |  |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |   |  |      |      |       |  |
|                            | 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    | 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)        | 管理者は理事会、管理者会議、経営会議に参加されています。介護事業管理会議にて意見交換を行っています。また、職員用のホームページにて職員規程（職員の心得）を閲覧でき、緊急時の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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>   |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 有資格者を優先して採用しています。理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等を確保されています。職員の資格取得支援制度について職員用ホームページで公表されています。実習は法人として受け入れています。  |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 法人の人事部が有給休暇・時間外勤務の状況をデータで管理されていることを確認しました。職員へのヒアリングにて休みは希望通り取れていることが確認できました。育児・介護休業法等に関する就業規則は職員用ホームページで閲覧できます。ストレス管理については、全職員がメールアドレスをもち、職員や法人の臨床心理士等と相談が可能です。 |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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)    |    | ホームページや広報紙「みなみ」で事業所の情報を提供しています。みなみ健康教室を毎月開催しています。訪問リハビリテーションについての講演や相談会を行うなど、地域に密着された活動をされています。   |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)  |    | 病院のホームページや、パンフレットで情報提供されていました。パンフレットはQ&A方式でわかりやすく、工夫されていました。   |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)  |    | 重要事項説明書に内容・料金が記載されています。利用者アンケートの結果から丁寧な説明を行っていることが確認できました。同意のサインを得ていることも確認できました。代理人・後見人等との契約は現在はありませんが、必要時には適切に行えることを確認しました。 |      |       |

### (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)   |    | 計画書は利用者の個別の状況に応じて作成され、状況が変わった時にはしっかりと変更されていることを確認しました。また、計画書には利用者本人・家族の希望を反映し、主治医・ケアマネジャー等の意見を取り入れて作成していることが確認できました。 |   |   |

### (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。  | B | A |
| (評価機関コメント) |    | サービス担当者会議へ出席し、サービスの方針の確認や他サービスの意見等を聴取しています。事業所からは月間報告書を関係機関に提供する等、連携がとられていることが確認できました。 |   |   |

### (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)        |    | 業務マニュアルは年1回更新されています。新人向けの研修マニュアルもあり、業務の標準化に努めておられることが確認できました。記録管理に関する規程が定められていることを確認しました。利用者の情報は詳細に記録されており、ケースカンファレンス等を通じて情報共有を行う体制もあることを確認できました。 |   |   |

### (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、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) |    | マニュアルの作成、研修会の実施を確認しました。事業所内は整理整頓されており、清掃もしっかり行われていることを確認できました。 |   |   |

### (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) |    | 法人全体の災害マニュアルがあり、訓練も実施されていることが確認できました。また、介護部門として勉強会が実施されていることも確認できました。地域との連携体制については法人レベルで整備されていました。事業所としては防災マップを常備し、責任者の指揮系統が確認できました。 |   |   |

| 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 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>      |     |                       |   |   |      |       |
| <b>(1)利用者保護</b>        |     |                       |   |   |      |       |
|                        |     | 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。             | 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)            | 介護部門主催の研修へ参加し、参加できない時には伝達講習や、資料により研修内容を周知する仕組みが確認できました。利用申し込みについて、やむを得ずお断りするケースの詳細はしっかりと記録されていることが確認できました。  |   |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |   |   |      |       |
|                        |     | 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。            | A    | B     |
|                        |     | 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    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)            | 担当のケアマネジャーから利用者の意見を汲み取っていることが確認できました。懇談会等の取り組みは、訪問看護事業所が行う「めぐみ会」や、病院が行う「みなみ会」に利用者が参加でき、事業所の職員は担当制で参画しています。利用者からの苦情等を検討する仕組みがあります。しかし、匿名性を確保し改善状況を報告する（利用者に公開する）仕組みについては、病院としてはありますが、事業所としてはありませんでした。また、苦情の受付窓口は公的機関のみでした。公的機関を通じての苦情の事例はありませんでした。 |   |      |       |
| <b>(3)質の向上に係る取組</b>    |     |                       |   |   |      |       |
|                        |     | 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。                           | C    | 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。     | 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)            | 平成24年度以降満足度調査は行われていませんでした。また、第三者評価は今回初めての受診でした。サービスの質の向上においては、法人・介護部門レベルで検討されています。リハビリテーション事業所からもそれらの会議に参加し、その内容は全職員に資料を配布し周知されていること等が確認できました。  |   |      |       |