

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 5 月 8 日

平成 25 年 2 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人三幸会 北山病院 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 その理由(※)</p>	<p>I : 介護サービスの基本方針と組織 II : 組織の運営管理 (通番 3) 事業計画等の策定 ・職員からの意見等を反映した、アクション計画(事業計画)を作成しています。上意下達ではなく、職員で目標を立案され、目標達成に向けて、各種委員会や病棟ごとで話し合いが頻繁に行われています。半期ごとに見直しが行なわれ、職員全員が積極的に参加していました。</p> <p>III : 適切な介護サービスの実施 (通番 21) 多職種協働 ・全職種でカンファレンスを開催し、2ヶ月に1回個別援助計画等の見直しが行われていました。また、専門職(特に医師)が地域の勉強会や講習会等に積極的に参加される等、地域から強く信頼されていることがうかがえました。</p> <p>IV : 利用者保護の観点 (通番 30) 人権の尊重 ・重度の認知症利用者の施設として、精神保健福祉法、高齢者虐待法等を遵守され、身体拘束者に関しては1日2回の診療、週1回のカンファレンス等を開催し、家族等へ理解を促す等、個人の尊厳を保持しようとする姿が、全職種・事業所全体から感じました。</p>
-----------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>I：介護サービスの基本方針と組織 (通番5) 法令遵守の取り組み ・自主点検を年に2回実施していますが、上位で実施されているため、より多くの職員で実施されると良いと思われ れます。</p> <p>IV：利用者保護の観点 (通番35) 第三者への相談機会の確保 ・第三者の相談窓口がありませんでした。第三者のオンブ ズマンを配置することで、さらに意見が入りやすくなり ます。事業所として意見を受け入れることが、サービス の質向上につながると考えます。</p> <p>(通番38) 評価の実施と課題の明確化 ・今回の第三者評価受診は、平成18年以来であったため、 第三者の意見を取り入れるためにも、受診されてはいか がでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・多くのスタッフで情報を共有するためにも、一般職を交えて 実施されるとさらに有効と考えます。 ・第三者のオンブズマンを導入されることをお勧めします。 ・第三者評価を受診し、3年に1回は、外部からの違う評価や 刺激を受けられ、サービスの質向上につなげることをお勧め します。

※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	10601631
事業所名	医療法人三幸会 北山病院
受診メインサービス (1種類のみ)	介護療養型医療施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成25年3月13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)		理念及び運営方針は明文化され、入院時にも患者に説明されています。8つの委員会（病院全体）と2つの委員会（看護部）で意思決定がなされ、その内容を責任者に報告しています。運営方針の決定は透明性があります。			
	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)		部署毎に事業計画（アクションプラン）を作成し、半期毎に達成度の評価がしっかり行われています。病棟においても課題について2ヵ月毎に目標設定し、取り組んでいる姿がうかがえました。			
(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	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。	B	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)		自主点検を年2回、法人監査を年1回受診し、評価を受け、課題を明確にして取り組まれています。自主点検は上位で実施されています。今後はより多くのスタッフで実施されると更に情報の共有ができると思います。なお、地形上、土砂災害警戒地域であるため、災害発生対策の取り組みを行い、緊急事態に備えていました。			

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
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)		法人全体で人材育成の内容が明文化されています。なお、看護においては、プリセプターを施行され、OJTもしっかりされていました。また、実習指導者のフォローアップ研修も参加され、マニュアルも整備されており、積極的に実習生を受け入れ、養成されていました。		
(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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		法人の外部顧問に精神科医がおり、相談対応がしやすい環境が整備されていました。また、有給休暇の消化率も高く、働きやすい環境がうかがえました。休憩場所をより広く確保されるとさらに良いと考えます。		
(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)		年1回「三幸会ふれあいまつり」を実施され、地域と交流されています。また地域の講習会にも積極的に参加され、法人内の事業所と連携を取るだけでなく、岩倉地域のケア会議にも出席されていました。		

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
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)		ホームページ、パンフレットはわかりやすく作成され、問い合わせ・見学等は、見学記録に記載されています。なお、問い合わせ等は北山病院総合受付で統括され、個々人の希望・適性に基づき、的確な事業所対応していました。		
(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)		重要事項説明書により利用料金の説明がなされ、成年後見制度、福祉サービス利用援助事業の案内等についても相談員等により説明が行われていました。		

(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)		MDS方式により、アセスメントが行われていました。なお、家族等の希望も聴取され、患者とかかわる職種がカンファレンスに出席し、意見を出し合い、計画書に反映されていました。その後も2ヶ月に一回、多職種によりモニタリングを行い、しっかりと見直しが行われていることから、手厚いプランと感じました。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		医師が地域で講習会や勉強会の講師をされる等、積極的に活躍されています。他の関係機関からも信用され、連携している姿が印象的でした。		

(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、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。	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)		業務マニュアル等は多種に渡り整備され、そのマニュアルについても業務検討委員会で協議される等、日々サービスの向上に努めています。また、家族ともなるべく会って説明される等、常に利用者・家族目線でのサービスを提供する姿勢がうかがえました。		

(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、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)		院内感染防止対策マニュアルが整備され、職員に周知されています。なお、その時々での病院の状況に合わせて、頻回に委員会を開催される等、二次感染予防についての心構えが真剣な様子がうかがえました。		

(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)		医療安全管理マニュアル、災害防止マニュアルが作成されています。なお、地域とも消防訓練を実施される等、地域とともに積極的に事業運営している様子がうかがえました。なお、インシデント等は報告書にて情報を共有されていますが、患者本人・家族に対する説明内容や、理解の度合い等を記載する欄がありませんでした。報告書にその欄を追加されることで事業所運営がより安定すると考えられますので、修正されてはいかがでしょうか。		

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。	A	A
		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。	A	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)		人権等を尊重し、患者・家族本位で、プライバシーにも配慮したサービス提供が行われていることがうかがえました。精神科適応にならないケースではその理由を説明し、個々人に見合った施設を紹介していました。		
(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っている。	A	A
		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)		6ヶ月に1回家族面接を行い、意見・要望・苦情を聴取し丁寧に対応しています。苦情等は1ヶ月間院内に掲示され公開されていました。しかし、第三者の相談窓口は設置されていませんでした。		
(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っている。	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)		利用者満足度調査は年1回実施されていました。全職種参加のサービス向上委員会を月1回開催し、職員全体でサービスの質向上に努めるため、会議の内容を職員全体に周知されていました。なお、第三者評価は平成18年度以来の受診でした。		