

## アドバイス・レポート

平成19年12月18日

お申込みいただいた洛和会音羽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

評価が高かった点	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1)組織の理念、運営方針</p> <p>①理念の周知と実践</p> <p>②運営方針の周知と実践</p> <p>(2)組織体制</p> <p>④支援体制の充実</p> <p>(3)労働環境</p> <p>②ストレス管理</p> <p>(4)課題の設定</p> <p>①重点課題の設定</p> <p>②業務レベルにおける課題の設定</p> <p>(5)人材の確保、育成</p> <p>①質の高い人材の確保</p> <p>②継続的な研修の実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(5)危機管理</p> <p>①事故、緊急時等の対応</p> <p>②事故の再発防止等</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(2)情報提供</p> <p>④地域への情報の公開</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(2)質の向上に係る取組</p> <p>②質の向上に対する検討体制</p> <p>③評価の意義についての周知</p>
----------	---

<p>理 由</p>	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1)組織の理念・運営体制</p> <p>①②法人としての「理念、運営方針」が明文化され、洛和会音羽病院内の事業所での掲示、ホームページへの掲載などで、広く周知されるべく取り組んでいる。職員の社員証の裏側には「理念カード」が貼付されており、理念の実践に向けて日々の業務に繋げていけるような工夫がなされている。</p> <p>(2)組織体制</p> <p>④法人として、医療、介護、健康保育、教育研究の4部門を整備し、充実した総合的なネットワークにより、医療、介護の連携が確立されている。音羽病院内に事業所があり、同室の地域連携課や医療ソーシャルワーカーと緊密な連携が取りやすく、院内の地域包括支援センターとも積極的な意見交換がなされることで、法人内外を問わず事業所との情報の共有が図られている。</p> <p>(3)労働環境</p> <p>②法人の組織が細分化されて各自の業務分担が明確にされており、業務の効率化に繋がっている。マニュアルも整備され、スーパバイズや随時のミーティングが出来る体制がある。外部委託のカウンセリングシステム、1週間のリフレッシュ休暇制度などがあり、ストレス管理に努めている。また、福利厚生も充実している。</p> <p>(4)課題の設定</p> <p>①年度初めに課題が設定され、月に一回開催される代表者会議、責任者会議、ケアマネ会議にて達成状況の確認、課題設定の見直しが行われている。各サービスにおいてもそれぞれ課題が設定されており、定期的に評価、検討され職員全員が課題の達成にむけて取り組んでいる。</p> <p>②職員ごとに年単位で目標、課題の設定がなされ、年2回の所属長との個人面接において達成状況の確認、助言がなされている。</p> <p>(5)人材の確保・育成</p> <p>①職員の採用は法人の人事部で行われ、広く優秀な人材を求めている。採用後の新人教育プログラムや資格取得のための休職制度があり、職員を段階的に育成するシステムが構築されている。一人一人が向上心を持って取り組んでおり、職員のサービスの質に対する熱意、意欲も感じ取られた。</p> <p>②年間の内部研修計画も体系的に定められ、職員の知識、技能の向上に積極的に取り組んでいる。外部研修についても積極的な参加を推奨している。年に2回法人内の学会で研究発表会を行い、改善事例などを通じて職員の学びの機会が設けられている。</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(5)危機管理</p> <p>①②事故対応マニュアルがあり、職員に周知されている。緊急連絡網も整備され、緊急時の指揮命令系統も整備されている。職員全員が普通救命講習を受講し、人工呼吸用マスクを携帯している。年2回交通安全講習も受講し、地元警察署と協力して無事故無違反のモデル事業所を設定するセーフティラリーという取り組みも行っている。また、法人内にリスク管理委員会が設置され、事故発生件数の軽減、再発防止に取り組んでいる。</p>
------------	---

	<p>III利用者保護の観点 (2)情報提供 ④地域に根ざしたサービスの提供に積極的に取り組んでおり、月1回発行される機関紙「おとまるくん」のインターネットでの発信、リハビリ部門での月1回の交流会実施等、積極的に地域交流に努めている。</p> <p>IVサービスの質の向上の取組 (2)質の向上に係る取組 ②サービスの質の向上に向けて、居宅支援、訪問リハビリ、介護療養型病床等さまざまな部門から構成されたメンバーによる評価委員会を開催され、現状の把握、及びサービスの改善に向けて取組む体制が作られている。 ③平成17年に第三者評価を受審している。今回の受審にあたり、委員会を設置し、サービス評価の意義について職員に説明している。今回の第三者評価結果についても、サービスの質の向上に繋がりたいと前向きに取り組んでいる。</p>
改善努力を要する点	<p>IVサービスの質の向上の取組 (1)苦情解決 ④苦情に基づくサービスの改善 (2)質の向上に係る取組 ①利用者満足度の把握</p>
理由	<p>IVサービスの質の向上の取組 (1)苦情解決 ④苦情の受付、対応手順に関しては、法人としてマニュアル化し、適正に処理していたが、その改善状況は公表されていなかった。 (2)質の向上に係る取組 ①定期的にアンケートを実施し、結果の分析も行われているが、原則として公表はされていなかった。 ご意見箱の置き場所が少し分かりにくく、またご意見カードも切れていた。</p>
具体的なアドバイス	<p>IVサービスの質の向上の取組 (1)(2)苦情や満足度調査をサービスの質の把握、向上、改善の機会ととらえ、職員間で深く検討がなされている。更に、法人内外のサービス提供現場から意見を吸い上げて検討を行い、その結果を公表することで、より一層事業所の透明性を高めることが出来ると考える。</p>

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2674100256
事業所名	医療法人社団洛和会 洛和会音羽病院
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	訪問リハビリステーション 介護療養型医療施設
訪問調査実施日	平成19年11月29日
評価機関名	福祉総合調査研究機関株式会社ヤトウ

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
I 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等(以下、「責任者等」という。)を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A	
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熟意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A	
		② 管理者による状況把握	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	
		③ 透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	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	
		② ストレス管理	スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い、業務の効率を高めている。	A	A	
		③ 休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	A	A	
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	A	
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A	
		② 継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A	
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ(指導・助言)を行う体制がある。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				30	30

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A	
		② サービス提供に係る記録	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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A	
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A	
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス(介護検討会)が開催され、意見交換が行われている。	A	A	
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A	
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	A	
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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	
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を採用しており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	A	A	
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	A	
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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	
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなどをスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	A	
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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	
		② 事業所内の衛生管理等	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	
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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	
		② 事故の再発防止等	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	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				30	30

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、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
		② プライバシー等の保護	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
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	B	B
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				19	19

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	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	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	B	B
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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。	B	B
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	A	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	A	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	A	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				18	18

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	30	30
II 適正なサービス提供体制	30	30
Ⅲ利用者保護の観点	19	19
Ⅳサービスの質の向上の取組	18	18

【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	30/30	100%	30/30	100%
II 適正なサービス提供体制	30/30	100%	30/30	100%
Ⅲ利用者保護の観点	19/20	95%	19/20	95%
Ⅳサービスの質の向上の取組	18/20	90%	18/20	90%

