

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 28 年 6 月 28 日

平成 28 年 3 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人五木田病院 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>(通番 4) 業務レベルにおける課題設定 各部門に課題を設定し、その課題に取り組み、中間評価を経て最終評価を行い、フィードバックされ、必要に応じて適切に見直しがなされています。</p> <p>(通番 26) 感染症の対策及び予防 感染症の対策及び予防に力を入れておられます。常に新しい情報収集に努められ、研修も年に数回行われていました。</p> <p>(通番 32) プライバシー等の保護 プライバシー保護・高齢者虐待に関する勉強会や研修会が開催されています。院長自ら講義をされるなど職員への周知が図られサービス提供に活かされています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 5) 法令遵守の取り組み 管理者等が、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会へ参加されていることは確認できましたが、把握すべき法令をリスト化等により明確にし、職員も含めすぐに調べられる体制が確認できませんでした。</p> <p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 マニュアルは完備されていましたが、見直しの基準がなく、満足度調査で出された意見を反映されていること等が確認できませんでした。</p> <p>(通番 37) 利用者満足度向上の取り組み (通番 38) 質の向上に対する検討体制 (通番 39) 評価の実施と課題の明確化 平成 27 年度の満足度調査は実施されていましたが、具体的な改善の計画や実績が確認できませんでした。</p>

<b>具体的なアドバイス</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>・遵守すべき法令等を職員が正しく理解するための取り組みとして、把握すべき法令等のリスト化や、図書目録を作成するなど、明確にされると更に良いと思います。</li><li>・見直しの基準を定め、各委員会の中で、毎年検討する手順を決められてはいかがでしょうか。また、1年に1回の満足度調査で良い意見も出されていますので、満足度調査を要望等について検討・見直しを行う契機にされると更に良いと思います。</li><li>・自己評価は、組織全体で取り組まれ、実施されるのが良いかと思います。その中から課題の明確化を図り、改善につなげて頂き、更なる質の向上に取り組んで頂くと更に良いと思います。</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	2610905156
事業所名	医療法人 五木田病院
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)	なし
訪問調査実施日	平成28年4月14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)		組織の理念・運営方針が明確化され、周知されています。理事会や医局会、部署代表者会議等を中心に意思決定を行い、組織として介護サービスの質の向上に向けた計画が適切に策定されています。			
<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	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)		理事会や医局会、部署代表者会議等を中心に意思決定を行い、単年度・中・長期事業計画が策定されています。業務レベルにおける課題の設定および評価が行われています。			
<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	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。	A	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)		法令遵守の取り組みでは、把握すべき法令をリスト化等により明確にし、職員も含めすぐに調べられる体制を整えると共に、職員に対して遵守すべき法令等を周知するなどの具体的な取り組みが確認できませんでした。また、経営責任者や運営管理者が自らの行動が職員から信頼を得ているかを把握・評価・見直しするための方法をもたれることが望まれます。			

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。	B	B
		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。	B	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)		人材の確保・育成については、組織として具体的方針や管理・整備体制を整えており、採用後の資格取得支援の仕組みは確認できましたが、今後はより具体的な取り組みが期待されます。継続的な研修・OJTの実施においては職員の「気づき」を促し、学ぶことにつながるような助言が行なわれる仕組みや、職員が互いに学びあうための勉強会の開催も確認できました。実習受け入れの体制も整備されています。		
<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)		労働環境の整備において、職員の労働環境に配慮されていることが確認できました。ストレス管理においては、就業規則の項目にセクシャルハラスメントに関する規定に加え、今後はパワーハラスメントに関する規定も盛り込んで頂けると更に良くなると思います。		
<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。	B	B
		(評価機関コメント)		地域との交流では、地域への機関誌の配布やホームページなどで事業所の情報発信を行っています。また、老人会などを対象にゲートボール大会を主催されているほか、地域住民に対して介護相談事業等を実施するなど、積極的に地域に対して施設が有する機能を還元されています。しかし、介護や医療・福祉について専門的な技術講習会や研修会が一昨年は開催されていましたが、昨年は開催できなかったとのことなので、年1回程度研修会等を開催し、施設が有する専門的な技術や情報を地域に提供して頂くことが望まれます。		

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)		ホームページやパンフレットの内容は詳しく、見やすいものでした。見学や入院問い合わせにも丁寧に対応され、詳しく記録されていました。		
<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)		重要事項説明書や保険外料金表に記載がありました。成年後見制度の資料も完備されていました。		

(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)		アセスメントを6ヶ月ごとに行い、専門家への意見照会も定期的に行われていました。担当国会議に出席できる利用者は少ないとのことですが、事前にベットサイドを訪問し、要望や希望の把握に努めておられました。ニーズや目標をより具体的に設定することが望まれます。		
(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)		関係機関のリストもあり、医師との連携も行われています。入退院の際の情報も、照会文書、情報提供書、サマリーで把握されています。在宅への退院の際も地域包括支援センターや訪問看護師等と担当国会議等で連携が取られていました。		
(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	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	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。	B	B
(評価機関コメント)		サービス提供の記録や職員間の情報共有は書面で確認できましたが、業務マニュアルの見直しの基準がなく、見直しがなされていないものがありました。また、利用者家族との情報交換の基準もなく、必ずしも全ての家族への面接が行われていませんでした。面接以外の方法も考えられてははいかがでしょうか。		
(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	B
(評価機関コメント)		感染症に対する意識や対策は素晴らしく、研修会も行われていました。整理整頓はきちんとされていましたが、少し臭気が感じられました。おむつ交換時に窓を開けるなど工夫されているようですが、換気扇での消臭対策など更なる対策が必要と思われるます。		
(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	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	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)		事故、緊急時のマニュアルや指揮命令系統図、備蓄は確認できましたが、地域を意識した災害発生時の対策マニュアルが確認できませんでした。		

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
<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。	B	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)		高齢者の尊厳や人権等の尊重・プライバシー保護・高齢者虐待に関する勉強会や研修会が開催され院長先生が自ら講義をされるなど職員への周知が図られ、サービス提供に活かされています。利用者の決定については原則断らないという基本姿勢が守られ、受け入れられない利用者には医療機関等の連携先への紹介が行われています。今後も継続した利用者本位のサービス提供にご尽力されることを期待します。			
<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	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。	A	A	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		利用者、ご家族の意向は面会時やご意見箱等の設置により随時拾い上げるシステムが構築されており、個別の相談面接に努められていますが、計画的に定期的の実施することが望まれます。また、苦情の受付から解決までは担当者による一連の流れが苦情解決マニュアルに沿って対応、サービス評価委員会で協議され、結果は朝礼や申し送り等で職員への周知等によりサービスの改善・向上に活かされています。しかし、外部からの第三者である相談員の受け入れ体制がありませんでしたので施設外からの第三者の相談員等の受け入れを検討されることをお勧めします。			
<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。	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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		平成27年度の満足度調査は実施されていましたが、具体的な改善の計画や実績が確認できませんでした。病院機能評価も受審されていますが、介護サービス第三者評価の受診は、前回の受診から5年間受診されていませんでした。双方の評価は内容が異なるため、第三者評価については3年毎の受診をお勧めします。また、評価結果についての改善への取り組みが今後の課題とされます。課題の明確化を図り、改善の強化につなげていただきたいと思います。また、自己評価については医務部のみでなく組織全体として実施されるようお願いします。			