

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 1 月 29 日

平成 21 年 6 月 15 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>I (1) 1 理念の周知と実践 組織の理念及び運営方針を明確化、週に1度の朝礼で、理念や必要な事項は伝達され、引継ぎ、職員へのタイムリーな研修を実施、限られた時間を有効に使われている事は評価致します。</p> <p>II (2) 11 労働環境への配慮 職員の時間外労働も皆無で、有給休暇消化率も高く、福利厚生制度も確立され、常に職員への労働環境に配慮されている事は高く評価致します。</p> <p>III (6) 26 感染症の対策及び予防 感染症の対策及び予防はマニュアルで押さえ、委員会が主となり研修会の実施、二次感染への防止対策など講じられている事は、利用者が安心して利用出来る施設の条件の一つと云えます。</p> <p>IV (1) 31 プライバシー等の保護 利用者へのプライバシーの保護は必須であり、入職時にプライバシー保護の文章を配布、研修会や勉強会を開催し、病棟会議、介護職員ミーティング等で常に話し合いがされ、共通理解と共有化が図られていることは高く評価致します。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>I (2) 3 事業所計画等の策定 施設計画の策定や課題の明確化において、職員の意向が反映される仕組みが確認出来ません。</p> <p>II (3) 14 地域への貢献 専門職などの技術提供など、地域への積極的な働きかけがありません。</p> <p>III (5) 24 職員間の情報共有 利用者の状況等は共有化されていますが、その引き継ぎが口頭であり、欠席者に対する伝達する仕組みがありません。</p> <p>IV (3) 36 利用者満足度の向上の取組み 利用者満足度調査が今年度は、第三者評価のアンケートがあったとのことで実施されていません。</p>

具体的なアドバイス

「丁寧で優しく対応することを心掛け、利用者の人権を尊重し、日常の自立度の改善とサービス向上を図る」と理念で明示されていますように、意欲的に取組まれている姿勢は強く感じられました。今後、益々の質の向上を図って頂きたく、以下のアドバイスをさせていただきます。

1. 設置された委員会に運営管理者が委員長として活動され、トップダウンの意思決定となり易く、権限の移譲などにより、組織の活性化を図られては如何でしょうか。
 2. 「地域と共に」と理念に掲げられていますように、各職種には専門職が多く在籍されています。その専門性を、住民の生活に役立つ技術指導や講演会等開催され、又、オリジナルの広報誌を作成、配布されることで地域に根ざした施設へと邁進して頂きたいと提案致します。
 3. 申し送りや引き継ぎなどにより、利用者の変化がある場合の情報の共有を口頭だけでなく、文章化、押印方式などで、確実に共有化できる仕組みとされては如何でしょうか。
 4. 利用者満足度調査が、今年度はされていませんが、利用者やその家族の生の声は、サービスの改善に繋がり、分析、改善することで、よりサービスの質の向上へと役立てられるのではないかと考え、今後も継続して、利用者満足度調査を実施されることをお願い致します。
- 以上の事を検討され、常に介護の質の向上を図るには…と問いかけながら邁進して頂き、選ばれる施設へと歩んで頂きたいと祈念いたします。

※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	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)	
訪問調査実施日	平成21年9月17日
評価機関名	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
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	B
	(評価機関コメント)		設置されたほとんどの委員会に運営管理者が委員長として就いておられます。朝礼を行い、その後の研修会との接点を大切にされていますが、どうしてもトップダウンの意思決定となり易く、権限の委譲による組織の活性化が図りづらいと考えます。この点をご検討頂けると更に良いと思います。			
(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。		B	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)		病院機能評価の受診や過去の第三者評価の取り組みなど、積極的に介護サービスの改善に向け努力しておられますが、課題の明確化について職員の意向の収集が弱いと思われ、結実していません。少しの工夫で改善出来ると考えます。			
(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	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	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)		朝礼の実施で情報の共有について、かなり労力を払われています。時間的制約などから困難かも知れませんが、口頭ではなく会議録を整備され、職員全員に意見の交換がある事を提示、閲覧された方が良いと思います。			

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	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。	A	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		全体の研修計画は存在しますが、職責別教育研修がなく、又、採用後の資格取得についての支援には具体的な取り組みが弱く、事業所独自の講演会や講習会、実習生の受け入れなどを実施することにより、内部研修に繋がり人的基盤強化になると思います。		
(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、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)		職員の有給休暇消化率も高く、時間外労働がない状態とされていますし、休憩、仮眠室など労働環境に配慮されています。福利厚生制度も整い、非常に良好な労働環境だと思います。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		地域学区に対して、積極的に行事啓発に取り組んでいますが、専門的知識や技術などの講演・研修会などの実施がありません。住民の生活に役立つ講演会等の実施や広報誌など作成され配布することで、地域との関わりなど目線を変えての連携を図られては如何でしょうか。		

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
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)		ホームページやパンフレットを用いて、施設概要を分かりやすく情報提供され、施設内見学など希望者には、相談員が説明、案内、記録とされていますが、メモ的な記録ではなく、公的な記録用紙とされてはいかがでしょうか。		
(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)		申し込み時に相談員が説明、又、契約時には再度ケアマネジャーから重要事項説明書に基づき、詳細が説明され、同意が得られています。		

(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	B	
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	B	
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	B	
(評価機関コメント)		個別援助計画策定時には、担当の専門家が参加され、合議の計画書となっていますが、定期的な見直しや、サービス担当者会議に利用者又は家族の参加がなく、計画を変更する基準がない状況です。又、記録用紙が統一されていないことや、初回のみ家族の同意しかなく、今後、モニタリングに基づき説明、同意を得られ、記録の充実を図られてはいかがでしょうか。			
(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)		利用者の医師との連携や関係機関との連携は図られています。			
(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、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	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	B	
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。	B	B	
(評価機関コメント)		利用者の状況やサービスの提供状況が記録として残され、記録管理規定により管理され、マニュアルの見直しは定期的に行われていますが、苦情や顧客満足度調査の分析、事故防止対策など具体的にマニュアルに反映する仕組みが定まっていません。職員への情報の共有化、家族との情報交換などを密にすることで、より介護の質の向上に繋がるのではないのでしょうか。			
(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、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。	B	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)		感染症委員会が設置され、予防も含む二次感染防止の対策を構築され、施設内も整理整頓がされて、衛生管理は高く評価出来ます。			
(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	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	A	
(評価機関コメント)		事故報告書に基づき、集計、検討がされ事故防止に有効に活用されています。マニュアルの見直しの折に、地域との連携を意識されたマニュアルと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	B
		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)		利用者本位のサービス提供や利用者の尊厳について、勉強会や研修に参加、職員間の意識強化が図られています。高齢者虐待防止について具体策を明示し、虐待が起こっていないかを確認する仕組みを構築されては如何でしょうか。		
(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	B
		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	B
		第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口に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)		各フロアーに意見箱を設置し、利用者、家族の意見、要望、苦情を把握し、サービス評価委員会で検討されていますので、改善状況について、公開される事をお勧めします。又、第三者への相談機会の確保では、施設内に外部からの相談員等の受け入れ体制を整えるようにお願い致します。		
(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。	B	B
		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のスタッフが積極的に参加している。	B	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。	A	B
		(評価機関コメント)		平成19年度に病院機能評価を受けられ、その評価の結果、改善に取り組まれた事は高く評価出来ます。今回、利用者に対する満足度調査が行われていませんので、毎年実施されるようお願いします。自己評価についても、年1回以上実施し、課題を明確にされ、サービスの質の向上に取り組んで頂く事をお勧めします。		