

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 29 日

平成 21 年 11 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 財団法人仁風会京都南西病院 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>II 組織の運営管理 (通番9) 継続的な研修・OJTの実施 研修等日常的に学ぶことを推進され、継続的に学ぶ機会があります。 (通番13) 地域への情報公開 病院広報誌等地域への情報開示が積極的に行われており、施設利用者と地域の人と良好な関係が築かれています。 III 適切な介護サービスの実施 (通番22) 業務マニュアルの作成 (通番24) 職員間の情報共有 各種マニュアルが整備され日々の業務の中で見直し・改正がなされています。サービス提供に係わる各種会議が開催され、業務に生かされています。契約書等は利用者や家族が見やすいような字体、文字の大きさを工夫がみられます。 IV 利用者保護の観点 (通番37) 質の向上に対する検討体制 サービス向上委員会には各部門の全職種の職員が参加されており、毎月開催されています。組織が一体となってより良いサービスに取り組まれていました。</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3) 事業計画の策定 施設全体としての単年度の事業計画書が確認できませんでした。 II 組織の運営管理 (通番10) 実習生の受け入れ リハビリ等実習生の受け入れはされておりますが、全体の受け入れ体制が明文化されていませんでした。 IV 利用者保護の観点 (通番35) 第三者への相談機会の確保 利用者の相談窓口の設置や対応の明確な仕組みが確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<ol style="list-style-type: none">1・変動が激しい医療情勢ですが、単年度の事業計画は必要と思われますので、作成されてはいかがでしょうか。2・施設全体としての実習生の受け入れ態勢を明文化されてはいかがでしょうか。3・事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置されてはいかがでしょうか。
-----------	---

※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	2610904431
事業所名	財団法人仁風会 京都南西病院
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、訪問看護、訪問リハビリテーション、 通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成21年12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	A	
	(評価機関コメント)		職員採用時オリエンテーションで周知されています。明文化され掲示もされています。職員全員、名札の裏に記載されていました。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		施設全体の単年度の事業計画が確認できませんでしたが、各部署においては課題の設定はされており問題点の分析、解決方法に関する計画もされていました。			
(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。	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)		法令遵守を正しく理解するための研修会がされていました。経営責任者は組織図で表明され、責任について文書化されていました。			

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)	スーパーバイズ体制が取れていて研修プログラムにより実施されています。リハビリ等実習生の受け入れは積極的にされておりますが、全体としての受け入れ体制を明文化されてはいかがでしょうか。			
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)	業務上の悩みや相談できる担当者があり、医師が専門職として確保されていますが、外部のカウンセラーに相談できる体制を整えられてはいかがでしょうか。職員が十分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所が確保されています。			
(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、利用者や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)	広報誌発行、健康教室、健康祭と地域との関わりを大切に積極的に活動されています。			

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
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により情報を提供しています。			
(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者に説明されています。利用者が判断能力に支障がある場合は代理人と契約を締結しています。			

(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	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)	事前にカンファレンスがされた後にサービス担当者会議が開催されています。会議には家族も参加され、利用者及び家族の希望を尊重されています。また、医師・PT・OT・ST・栄養士も参加されています。			

(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)	関係機関との連携体制が整っています。入退院の情報が提供されています。			

(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	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)	各種マニュアルが整備されています。特に苦情や事故防止対策については速やかにマニュアルに反映されています。また、カンファレンス、申し送りノート等により情報を共有化しています。			

(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)	院内感染対策マニュアルが作成され、職員の教育研修がなされています。院内の整理・整頓がされており、空気清浄機も取り付けられています。			

(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	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)	マニュアルがあり防災訓練が実施されています。事故・ヒヤリハット事例の報告がなされ、原因分析がされた記録があります。再発防止のためにマニュアルの見直しが行われています。			

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
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)		利用者保護に関しての研修で定期的なカンファレンスが、行われていることが記録にてよくわかりました。		
(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)		公的機関窓口の電話番号明記や院内掲示がされていましたが、明確な対応の仕組みが確認できませんでした。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		利用者満足度のアンケートやサービス向上委員会への各部署の参加もよくされており、老人専門医療を考える会で常に評価結果を分析、検討され次年度の事業計画に盛り込まれています。		