

アドバイス・レポート

平成19年12月 3日

平成19年 8月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「医療法人栄仁会 宇治黄檗病院 介護療養型医療施設」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 ① ② ③ (2) 組織体制 ① ③ ④ (3) 労働環境 ① ② (4) 課題の設定 ② (5) 人材の確保・育成 ③ OJTの実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保 (2) 個別援助計画 ① ② ③ ④ ⑤ (3) 利用者の希望尊重 ① ② (4) 衛生管理 ① ②</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ① ② (2) 情報提供 ②</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(2) ② 質の向上に対する検討体制</p>
理由	<p>I 健全な医療体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ・介護療養型医療施設は、法人組織の中では「むつみ病棟」として病院の一病棟に位置付けられています。理念には「利用者のQOLの維持・向上、人権尊重、インフォームドコンセント、専門性の向上」を掲げています。</p> <p>(2) 組織体制 ・管理者は、職員とともに熱意を持ってサービスの質の向上に取り組み、事業所(むつみ病棟)を運営しています。法人の中間施設であり、病院部門と在宅部門の両サイドからアプローチとサポートを得ています。法人組織が確立し、組織内のボトムアップ・トップダウンの流れが明瞭で風通しの良い職場です。</p> <p>・管理者は現場の職員の声を集約し、病院の「担当者会議」で報告・提案しています。「担当者会議」議事録、受け持ちノート、申し送り</p>

ノートなどを介して、全職員が組織の決定事項などの情報を共有しています。利用者の援助がスムーズに行えるよう、伝達ルート进行明らかにしています。利用者個々の「生活ケア」の手順等を具体的に図式化し、ベットサイドに置くことで個別ケアの標準化に努めています。

- ・ 精神治療病棟と内科病棟の連携を強めてサービスの継続性を保障し、利用者や家族の安心に繋げています。

(3) 労働環境

- ・ 入居者の平均介護度が4.45と高く、また経管栄養、胃ろう等、医療依存度の高い利用者が多いため、介護職と看護職を規定以上に配置し、専門性の高いケアを行っています。

実際に、経口摂取できない方が食堂で昼食を楽しまれ、一部介助や見守りの必要な方が時間をかけてゆっくりと自立摂取されていました。

- ・ 筋力アップや腰痛対策として“ぶるぶるマシン”や“乗馬マシン”を休憩室に置き、また、“フットサル”や“ビートキャンプ”“職員旅行”などを行い、スタッフのストレス解消、リフレッシュと同時に部門間の交流も楽しめる運動療法や精神科作業療法を取り入れています。

(4) 課題の設定

- ・ 「業務見直し」、「記録」、「教育」、「着任者・新人指導」、「情報管理」業務を担当制にし、看護師と介護職がペアで各業務の課題に取り組んでいます。これにより、全職員が何らかの業務レベルの課題に取り組み、見直しを3か月毎に行うしくみとなっています。

(5) 人材の確保・育成

- ・ 新任教育にプリセプト制度を導入しています。教育担当者が、新人の力量に応じてプログラムやマニュアルを作成し、業務を介した教育指導を行っています。

II 適正なサービスの提供

(1) サービスの品質の確保

- ・ 利用者や家族の状況やサービスの提供状況を詳細に「連絡ノート」や「受け持ちノート」に記録し、職員への伝達をスムーズに行うしくみとなっています。個人に関する記録類は個人情報保護のために施錠戸に保管しています。

- ・ サービス担当者会議を毎週1回開催して複数の関係者が参加し利用者へのサービス提供方針を決定しています。また、会議の内容を議事録の閲覧によって全職員に周知させています。

(2) 個別援助計画

- ・ アセスメントやサービス計画策定に、MDS改良版や訪問看護財団方式「おもて参道」のパソコンソフトとセンター方式を活用し、利用者の置かれている状況、希望、専門家や家族、職員の意見を取り入れた個別援助計画を策定しています。

(3) 利用者などの希望尊重

- ・ 利用者アンケートの回答に応じて、施設内の汚れ・臭気対策に取り組んだ経験があり、利用者アンケートの回答をサービスの向上に役立てています。

(4) 衛生管理

- ・ 「感染症対策委員会」において、法人全体でギャッジベッドや手すりのパッチテストを行い、その結果を組織内に公表しています。また、感染症を理由に施設利用を拒否しないことを堅持し、徹底した

	<p>衛生管理による安全な環境サービスに努めています。</p> <p>(5) 危機管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの整備と研修を実施し、インシデントもアクシデントとして報告させ、報告には迅速に対応する体制を取っています。 <p>Ⅲ 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束は「しない」を宣言し、さまざまな工夫によって、身体拘束廃止に努めています。 <p>(2) 情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初回面会時で家族から聴取した有効な情報をもとに、残存機能を活かした個別ケアを実践しています。認知症ケア（パーソンセンタードケア）などの学習を深め、認知症の人が混乱することなく穏やかに日々を過ごされるよう支援しています。 <p>Ⅳ サービスの質の向上の取り組み</p> <p>(2) 質の向上に係る取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自主点検や自主評価、第三者評価の意義を職員に周知し、自主点検を規定以上に半年に1回実施しています。第三者評価受診に対して「評価検討委員会」を設置し、職場全体で自主評価に取り組み、第三者評価をサービス改善に役立てる良い機会と捉えています。
<p>改善努力を要する点</p>	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針 ① ② ③</p> <p>(5) 人材の確保・育成 ②</p> <p>Ⅱ 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保 ①</p> <p>Ⅲ 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護 ②</p> <p>Ⅳ サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決 ④</p>
<p>理由</p>	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念や運営方針、病棟目標を廊下などに掲示し、利用者や家族等の周知と理解を得ることに努めていますが、掲示物の文字が小さく、特に高齢者には読み取りにくいと考えます。 <p>(5) 人材の確保、育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の人材育成には、法人の「学習委員会」が取り組み、むつみ病棟から1名が参画して、現場の意見や要望を提案しています。「学習委員会」は個々職員の「教育履歴」を作成し、公費私費を問わず、研修参加の把握に努めています。現場では、3名の教育担当者が新人指導や着任指導に努めていますが、外部研修の参加が思わしくない、介護職の介護福祉士会の入会が進まない等の課題を抱えています。 <p>Ⅱ 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の「マニュアル検討委員会」が業務マニュアルの整備に係っています。各種の業務マニュアルの内容の確認や定期的な見直しは不十分と考えます。 <p>Ⅲ 利用者保護の観点</p>

	<p>(1) 利用者保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を行うには、全職員が日常的な看護・介護行為において、常に問題意識を持つことが必要であると考えます。具体的な援助方法等を習得するための学習会の定期的な実施が不十分と考えます。 <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法人は、全ての退院者・退所者に返信用封筒を添えて、入院・入所中の待遇などの苦情や意見を聴取し、これをサービス改善に役立てています。聴取した苦情や意見、また、改善に向けた取り組みの状況等を職員に公表していますが、利用者や家族等、広く一般への公表が不十分と考えます。
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 理念や運営方針及び病棟目標などを、広く利用者・家族、外来者や地域に周知し、理解いただくには、文字を大きくしたものを、廊下以外に食堂や玄関などにもスペースが許される範囲で掲示されることと、ホームページや広報誌（機関誌、施設紹介のパンフレット等）に掲載されることをお勧めいたします。そうすることで、法人への理解がより一層深まり、信頼や安心に繋がるものと考えます。同様に広報誌「むつみ新聞」を玄関前に掲示するだけでなく、家族や外来者に配布されることを望みます。 ・ 外部研修の参加や介護福祉士会の入会等は、外部の介護職等と相互研鑽や交流を図る良い機会となります。また、職員の意欲の向上にも繋がると考え、取り組みを期待いたします。 ・ 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供には、常に問題意識を持つことが必要と考えます。後日、認知症ケアの研修会で行うことが計画されています。これを機会に継続的な実践を望みます。 ・ 各種業務マニュアルは職員の業務遂行の基準になります。業務「マニュアル検討委員会」とともに病棟「むつみ」において、介護病棟の観点から、確認と見直しを定期的に行うことを望みます。 ・ 法人組織をあげて、継続的に実施している退所者のアンケートが業務改善の一助となっています。過去に、環境整備に対する利用者の意見を真摯な態度で受け止め、徹底した施設内清掃に取り組みられました。これらの取り組みの公表をお勧めします。法人が常に利用者の声に耳を傾け、それを基にサービスの質の向上に努めておられることが、家族や地域の方々から理解されることでより一層の信頼が得られるものと考えます。 <p>利用者の尊厳と自立を支えるケアに重点を置き、サービスを提供している施設です。介護職員が主体的に業務に携わり、介護行為に責任をもつ仕組みがつくられています。</p> <p>認知症ケアに特化した施設のモデルとして、今後も社会のニーズに応え、地域から期待される施設であり続けていただくことを願っています。次期の介護保険制度改革（案）では、介護療養型医療施設の存続が危ぶまれています。「むつみ」棟は、介護療養型医療施設の在るべき姿を実践を通して社会に啓蒙されている施設です。国が提示している廃止案には、地域の福祉ニーズを考えると賛成しかねるとのご意見をいただきました。</p>

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2611200284
事業所名	医療法人栄仁会 宇治黄檗病院
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19年10月30日
評価機関名	特定非営利活動法人京都府認知症グループホーム協議会

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熱意を持ち、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。	B	B
		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)				29	29

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。	B	B
		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り入れており、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、気掛かりなこと等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)				29	29

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。	B	B
		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。	A	A
		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行っている。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこど)				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。	A	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。	A	A
		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ど)				20	19

【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	29	29
II 適正なサービス提供体制	29	29
III 利用者保護の観点	19	19
IV サービスの質の向上の取組	20	19

【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	29/30	97%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	29/30	97%	29/30	97%
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	20/20	100%	19/20	95%

