

アドバイス・レポート

2012 年 4 月 6 日

平成 24 年 2 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人社団 淀さんせん会 金井病院 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9 継続的な研修・OJTの実施) 各部署に教育委員を配置し、年間研修プログラムを作成し、院内研修会を開催していました。新入職員研修や現任職員研修(部署学習会、看護研修会、看護補助者の学習会等)を積極的に開催し、職員教育に力を入れて取り組まれていました。また、毎年部署ごとに数人の職員でテーマを決め、研究発表会を開催して、職員の問題意識を引き出す取り組みが行われていました。</p> <p>(通番14 地域への貢献) 毎年、健康広場や健康教室、クリスマスコンサートを開催し、地域への専門技術の提供や地域住民との交流を図っていました。校区社協会長や自治会長、地域包括支援センターなどが出席する地域懇談会を開催し、地域内の新しい介護事業の計画を確認し合っていました。</p> <p>(通番21 多職種協働) 医療病棟での個別連携が適時行われています。特にリハビリの成果は顕著で、要介護5の方が4から3に改善された事例を伺いました。言語療法士(ST)が3名おられ、胃ろうの方も経口摂取が出来るように訓練されていました。栄養・調理面での指示も行き届いています。</p> <p>(通番26 感染症の対策及び予防) 感染症全般と高齢者を介護するにあたって特に必要と考えられる個別のマニュアルが整備されています。更に、感染症対策委員会を月1回開催して最新の情報を入手し、マニュアルを更新することで周知徹底するという体制が構築されています。また、各感染症の流行期にはその感染症に特化した予防・対策の手順を要所に掲示し、職員の注意を喚起しています。</p> <p>(通番29 事故の再発防止等) ヒヤリハット事例を発生から経過まで詳細に記録し、月1回のリスクマネジメント部会で分析検証して、再発防止に積極的に取り組んでいます。特にヒヤリハットの事例を実際に再現検証し、写真撮影したものを大きく引き伸ばして、記録と共にファイルしています。それによって全職員の注意が喚起され、更に大きな事故を抑制する手段となっています。</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) 法令遵守の研修会や集団指導等への参加は実施されていましたが、現場責任者の各法令の明文化や職員に対しての遵守すべき法令の周知はできていませんでした。</p> <p>(通番11 労働環境への配慮) 育児休業等の取得実績はありましたが、職員の有給休暇の取得率や時間外労働のデータは作成していませんでした。</p> <p>(通番22 業務マニュアルの作成) 業務マニュアルは整備されていましたが、見直しの基準が文書化されていませんでした。 苦情やアンケート調査による満足度に対して、今後の改善策、及び事故防止策等の具体案が明確に記されていませんでした。</p> <p>(通番30 人権等の尊重) 「高齢者虐待防止法」に特化した勉強会、あるいは研修については確認できず、必要である意識は持ちながら実現には至っていませんでした。</p>
-------------------------------------	---

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>金井病院は1984年京都市伏見区に、地域医療の充実を目的として開院されました。「この町の病院」として地域に支えられ、地域とともに歩んで来られました。「地域住民に安心と生きがいを提供したい」という前理事長の理念を継承するとともに超高齢化社会を迎える新時代のニーズに応えるべく、「在宅医療」「救急医療」「予防医療」の3本柱を重点項目として取り組まれています。離床を目指す療養型病棟は、木目調の落ち着いた雰囲気、利用者が快適に過ごせるような空間になっていました。</p> <p>あらゆる健康相談の窓口として、併設病院には20以上の診療科があります。その中でもリハビリ機能を強化し、10数名の理学療法士と3名の言語療法士が配置されています。看護・介護職員が協力して、胃ろうの方に嚥下リハビリを実施し、経口摂取に改善された事例がありました。療養が必要な高齢者にとって、安心して介護を受ける環境が整備されています。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 法令遵守をより徹底するために、現場責任者はそれぞれの部署や職種に関係する各法令のリスト化を行い、職員に対しての遵守すべき法令の周知を行っては如何でしょうか。 ・ 職員の労働状況を把握するためにも、有給休暇の取得率や時間外労働のデータを作成され、適切な労働環境の整備に役立てられては如何でしょうか。 ・ 業務マニュアルは適宜見直しをされているようですが、見直しの基準について、文書にて整理されては如何でしょうか。1年に1回は見直しを行い、改訂が必要でない場合も年月が確認出来るようにされては如何でしょうか。 ・ 利用者アンケートにより満足度を把握されていますので、分析を行ない、改善策を明確にしてマニュアルに反映できるようにされては如何でしょうか。見直しの際には自立支援に繋がり、事故防止や安全確保を踏まえたマニュアルになっているかどうか確認されることをお勧めします。 ・ 高齢者虐待・拘束については、法律を正しく学んで正確な知識を持つことにより、どこまでを虐待や拘束と捉えるかが理解できます。直接的な拘束（身体的なもの）だけでなく間接的に拘束とみなされるもの（例えばセンサーマット、徘徊センサー、言葉での拘束など）があります。やむを得ず使用する場合でも拘束にあたることを意識しておくことは大切です。通番31のプライバシーも含めて虐待・拘束についての研修を受講されることをお勧めします。
------------------	---

※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	2610906766
事業所名	医療法人社団 淀さんせん会 金井病院
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)	訪問リハビリテーション 介護予防訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	Monday, February 20, 2012
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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。	B	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思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	A	
	(評価機関コメント)		1)法人の理念及び運営方針が明文化され、病院玄関やエレベーター内、各フロアーにも掲示され、職員及び利用者や家族職員に周知されていた。 2)運営会議、管理会議、責任者会議職などの階層別の会議で意思決定がなされている。法人独自の職員ハンドブックを職員に配布し、それぞれの業務内容を明確に定めている。			
(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。	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		3)法人の中長期計画が策定されるとともに、単年度の事業計画も策定されていた。計画作成に際し、各職場会議や階層別会議の中での職員の意向を反映している。 4)毎月、業務実績報告会を開催し、計画の進捗状況を達成率として確認している。課題の達成状況を勘案し、次年度の計画に反映させている。			
(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。	B	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。	B	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)		5)法令遵守の研修会や集団指導等への参加は実施されていたが、各法令の明文化、職員に対するの遵守すべき法令の周知ができていなかった。 6)職員ハンドブックでそれぞれの職務の役割と責任が明確にされている。責任者会議に看護師長が参加し、現場職員の意見が反映されている。 7)業務日誌や会議録、直接の報告で常に状況を把握されていた。管理職は専用の携帯電話を所持し、常に緊急連絡が取れる体制にある。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 医療資格従事者を優先的に採用している。ヘルパー、介護福祉士、ケアマネジャーなどの資格取得のための研修参加や勤務調整への配慮をしている。 9) 各部署に教育委員を配置し、年間研修プログラムを作成し、院内研修会を開催している。新入職員研修や現任職員研修(部署学習会、看護研修会、看護補助者の学習会等)を開催している。毎年、部署ごとに、数人の職員でテーマを決め、研究発表会を開催している。 10) ヘルパーと看護師の実習生を受け入れており、受入れ手順書や要綱も整備している。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		11) 育児休業等の取得実績はあるが、職員の有給休暇の取得率や時間外労働のデータを作成していなかった。 12) 年3回の個人面談を実施し、意見や要望等の聞き取りを行っている。精神的不調が感じられる職員に対して、外部のメンタルクリニックへの受診紹介を行っている。		
(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。	B	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)		13) 院内掲示板に事業所の概要や運営理念を掲示している。機関紙「こころあい」を定期的に発行して、地域の関係機関や来院者に配布している。 14) 毎年、健康広場や健康教室、クリスマスコンサートを開催し、地域への専門技術の提供、地域住民との交流を図っている。		

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)		15) 理念が玄関やエレベーター内に大きく目に付きやすいように掲示されている。パンフレットは新規作成中のため、ホームページで病院案内を行い、問合せや受入は地域連携室を通して対応している。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		16) 契約時に重要事項説明書を用いて説明しており、成年後見人制度を活用する仕組みもある。		

(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)		17) 病院から蓄積された情報を元にアセスメントが行われており、書式も統一されている。 18) 重度の利用者が多い為、家族の意見を十分に聴きとり本人の意向に沿う努力をされていることが、担当者会議の記録より確認できた。 19) 主治医の指示箋や診療情報提供書を活用して意見照会を行っている。 20) 3ヶ月に1回モニタリングを行っており、見直しが確認できた。		
(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)		21) 週に2回入院カンファレンスの時間を設置しており、診療所や他事業所と連携を図っている。退院時には受け入れ先となる特養、老健、他の療養型施設等への申し送りを適宜行っている。		
(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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	A
(評価機関コメント)		22) 業務マニュアルはファイルに整備されている。業務改善委員会が見直しを行っているが、見直しの基準が具体的には定められていない。 23) 利用者の記録は電子カルテに保存されており、廃棄処分はしていない。管理運用については、入職時を始め個人情報保護の研修時に職員に周知している。 24) 電子カルテ患者メモの伝言等、及びカンファレンスにてスタッフ間で情報を共有している。 25) 利用者の家族が週に1回洗濯物を取りに来られる時、又は3ヶ月に1回のモニタリング時に面接を実施している。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		26) 感染症のマニュアルは全体的なもの、個別にインフルエンザ、ノロ、疥癬、MRSA、VREを整備し、予防対応を図っている。月1回感染症対策委員会を開催、最新の情報を共有し、流行に応じて写真入の対策手順を目に付く所に掲示している。 27) 清掃記録をつけており、掃除が行き届いている。自動的に脱臭できるシステムや消臭スプレーにより、臭気対策もできている。		
(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)		28) 事故緊急時対応マニュアルが整備され安全管理委員会主導で災害対応の研修や夜間想定訓練も含む訓練を年に2回実施している。その際地域との連携を重視した訓練とし、病院独自の自衛消防隊を組織して連携を図っている。 29) 事故報告書に発生からその後の経過を詳細に記入し、リスクマネジメント部会等で事例検討を行い、再発防止に向けての分析検討がされている。		

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。	B	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。	B	B
		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)		30)人権尊重を基本理念として明確にし、実際の業務においても意識している。「高齢者虐待防止法」に関する勉強会や研修については確認できなかった。 31)常に利用者のプライバシーと羞恥心に配慮することを心がけ、業務手順でも明確にしている。勉強会や研修については確認できなかった。 32)入院は入院判定会議で検討するが、利用できない場合は他院紹介又は入院の調整を行なっている。		
(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。	B	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。	B	A
		第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口にご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)		33)ご意見箱を「キクスケ」とネーミングしてわかりやすい場所に設置し、投かんしやすい状況を作っている。面会に来られる機会を利用して、利用者や家族との意思疎通を図っている。 34)苦情対応マニュアルが整備され、記名がある場合はメールで返答する等、企画広報課が迅速に対応している。必要な場合は、内容を広報紙で公表している。 35)相談窓口を重要事項説明書に記載しているが、市民オンブスマンや介護相談員の受け入れは出来ていない。		
(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。	C	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	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		36)利用者の満足度を分析検討する仕組みはあるが、サービス改善を確認する仕組みは確認できなかった。 37)サービス検討委員会を月に1回開き、記録を回覧して全職員への周知徹底に努めている。外部研修に参加した職員は他の職員に伝達し、サービス改善につなげている。他の事業所の評価や取り組みとの比較検討までには至っていない。 38)自己評価については、その具体的な方法、仕組み作りのノウハウを模索中である。		