

## アドバイス・レポート

令和元年 5 月 1 0 日

平成 3 0 年 1 1 月 2 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた木津屋橋武田病院 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 1) 理念の周知と実践 理念及び運営方針等について、職員には携帯カード、入院患者・家族等にはホームページ上や機関紙への記載等により周知しています。理念や運営方針等にもとづき質の高いサービスの提供を実践しています。</p> <p>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施 看護職員や介護職員等に対し、テーマや階層別の研修を行っています。内部研修は、多職種で行うとともに、自分たちが学びたいことを学べる内容になっています。また、准看護師の正看護師の資格取得のための進学への支援や、介護職員の介護福祉士の資格取得支援のための研修体制等が整備されています。職員ヒアリングで研修体制が充実していることについて満足しているという声がありました。</p> <p>(通番 20) 個別援助計画等の見直し 個別援助計画について、多職種が密に連携して計画を立案し、しっかり見直しを行っていることを記録で確認しました。言語聴覚士の提案により家族も交えて食前体操を実施されており、素晴らしいと感じました。今後も家族も交えた取り組み等を継続していただくことを期待します。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 各種マニュアルについて、武田病院グループ本部の規程に則り、毎年 1 回見直しを行っているとのことでしたが、見直しを行った時期が確認できないマニュアルがありました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>・マニュアルの内容の見直しを行った日付や見直しの具体的な内容、決裁欄等を記載した来歴表等の作成を検討されてはいかがでしょうか。 また、マニュアルに施設独自の内容を追加されるとより良くなると思われます。</p>

※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	2610404325
事業所名	木津屋橋武田病院
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30年12月19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)		理念及び運営方針を、院内に掲示や運営規程等への明記、ホームページ上や機関紙への掲載等により入院患者・家族等に周知しています。また、理念及び運営方針等を記載した携帯カードを職員に配布して周知を図っています。定期的開催する運営会議で、各部会での意見を集約する仕組みがあります。			
<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)		単年度及び中長期の事業計画を策定し、6ヶ月ごとに計画に対する中間評価を行い、目標達成に向けて取り組んでおられます。各部署で行動目標や数値目標を設定し、月単位で目標の達成状況を運営会議で報告し、情報共有を図っています。			
<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	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)		内部及び外部の法令遵守に係る研修に積極的に参加しています。各種関係法令等必要な情報についてリスト化するとともに、インターネット等を利用していつでも調べることのできる環境を整備しています。職員を対象にした意見箱を設置し、投書された意見や要望等は各部会で協議する等、職場環境の向上に向けて取り組んでおられます。緊急時の対応基準及び指示命令システムを明確にし、緊急時等にしっかり対応できる体制が整備されています。			

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
<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。	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)		看護職員や介護職員等の配置状況について人員配置表等を用いて毎日しっかり管理しています。また、武田病院グループ全体で定期的に人員配置の見直しを行い、見直しを行った内容を次年度の職員採用計画に反映する仕組みがあります。職員ヒアリングで、准看護師や介護職員に対する資格（正看護師、介護福祉士等）の取得を支援するための研修制度が充実していたり、勤務への配慮があること等について、満足しているという声がありました。院内研修については多職種で行うとともに、自分たちが学びたいことを学ぶことのできる内容になっています。		
<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)		就労時間管理システムを用いて残業時間の管理を行っています。業務効率の向上に努め、残業時間の減少を図っています。職員の負担軽減を図るためおむつカートや食器洗浄機等を導入しています。横になって休むことのできる広い休憩場所が確保されています。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		院内で地域住民や外来患者を対象にした健康まつりを行っています。地域の事業に医師や管理栄養士を派遣しています。また、町内会からの依頼を受け、子供パトロールや安全サポート事業を行っています。		

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
<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)		地域連携室で相談や見学希望等にしっかり対応していることを記録で確認しました。また、家族ヒアリングで「入所時の面接で丁寧に説明してもらっている」等の声がありました。		
<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)		入院患者・家族に対しサービスの内容や料金等についてしっかりと説明し、同意を得ていることを確認しました。状況に応じて後見人制度を活用するなど柔軟に支援を行っておられ、素晴らしいと感じました。		

(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)		個別援助計画は多職種で作成するとともに、計画通りサービスを提供できているかを毎日確認しています。家族ヒアリングで「毎日、理学療法士や言語聴覚士にしっかりリハビリをしてもらっている」「微熱が出なくなった」「良く食べるようになった」等の声がありました。細やかな計画を立て、計画にもとづき個別に丁寧に対応されています。		
(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)		入院前の情報把握をしっかり行っています。また、在宅復帰が可能な患者の退院支援を円滑に行うために公団住宅等と密に連携するなど、関係機関との連携強化を図っています。		
(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、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。	A	A
(評価機関コメント)		業務マニュアル（看護手順や介護手順等）は、事故発生等を防止するため、実際のインシデント事例等の内容を踏まえて定期的に見直しを行っていますが、見直しを行った時期が確認できないマニュアルがありました。また、職員間の情報共有を図るため、カルテの必要な箇所にシグナルサインをつけたり、申し送りノートを記入後3日以内に全員が確認する仕組み等を整備しています。看護職員から「皆で話し合いながらケアを進めていける。医師にもすぐに相談に乗ってもらえる。皆でサービス提供を行うという実感がある。」等の声があり、多職種連携でサービス提供を実践しています。		
(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、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	A
(評価機関コメント)		日頃より京都府等の発信する感染症の情報を収集しています。感染症の対策及び予防に関する研修を毎年テーマを設定して実施しています。また、武田病院グループの他の病院の感染管理認定看護師と連携し、感染症の患者の受け入れを行っています。おむつカートの新規や消臭スプレーの使用など臭気対策に努力されています。		

<b>(7) 危機管理</b>				
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	A
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	A
(評価機関コメント)	マニュアルの整備や避難訓練の実施について記録等で確認しました。実際に院内で発生したインシデントの事例を踏まえてベッドのサイドレールに緩衝材をつける等、インシデント等を分析し、対応する仕組みがあります。また、今後は対応した後の効果についても検討する予定とのことで、素晴らしいと感じました。			

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
<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。	A	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)	人権の尊重について、研修や身体拘束に係るカンファレンス等で職員に周知しています。また、プライバシー保護や羞恥心、虐待を発見した際の対応手順等について、研修等で職員に周知しています。				
<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。	A	A	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)	各病棟に意見箱の設置や退院後アンケートの実施等により、入院患者・家族からの意見や要望、苦情等を把握する仕組みがあります。把握した内容は、サービス向上委員会で分析・検討し対応することで、サービスの質の向上を図っています。				
<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	A	
	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。	A	A	
	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)	個別援助計画の見直しを行う際、入院患者・家族から要望等を聞き取り、聞き取った内容についてサービス向上委員会等で検討し対応しています。入院患者・家族の満足度を把握するための調査を実施しています。第三者評価の前回の受診は平成26年でした。				