

様式 7

アドバイス・レポート

平成 3 1 年 4 月 2 4 日

平成 3 0 年 1 1 月 2 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 一般財団法人仁風会 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>(通番7) 管理者等による状況把握 院長が職員全員と面談を行い、意見を聞くなど、働きやすい職場環境を推進しています。また、院長が施設運営委員会や居宅運営委員会等に参加し、各事業の問題点等を検討し、改善につなげています。</p> <p>(通番11) 労働環境への配慮 有給休暇を取得しやすく、時間外労働も少なく、雇用形態や職種に関係なく院内保育所や学童保育所を利用することができ、育児休業や短時間正社員制度がある等、職員にとって働きやすい環境と思われます。労働環境への配慮を高く評価いたします。</p> <p>(通番27) 事業所内の衛生管理等 空気清浄機や消臭剤を各部屋に配置したり、使用済みおむつの処理の方法を工夫する等、臭気対策を徹底しています。</p> <p>(通番30) 災害発生時の対応 災害発生時に効率良く避難誘導ができる体制を整備していることを高く評価いたします。また、災害発生時の確認パネルの導入は良い取り組みです。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 中長期計画を含む病院全体の事業計画について口頭で確認できましたが、文書で確認できませんでした。</p> <p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを定期的に把握・評価する仕組みが確認できませんでした。</p> <p>(通番12) ストレス管理 ハラスメントに関する規程の整備および職員への周知について、より積極的に取り組むことが課題と思われれます。また、雇用管理責任者の選任及び明示について確認できませんでした。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 意見箱に投書された内容についてサービス向上委員会で検討し、対応しておられますが、改善状況について公表されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画（単年度計画および中長期計画）を書面で明確に作成されてはいかがでしょうか。 ・管理者自らを評価する仕組みとして、例えば「京都府福祉現場組織活性化プログラム」等の活用を検討されてはいかがでしょうか。 ・ハラスメントに関する規程を整備するとともに、当該規程を休憩室に掲示する等して職員に周知されてはいかがでしょうか。 ・意見・要望・苦情等の改善状況について公開する方法（ホームページや広報紙への掲載、院内掲示等）の導入を検討され、サービスの更なる質の向上につなげら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	一般財団法人仁風会 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)	訪問介護、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、短期入所療養介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成30年12月12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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		年1回の仁風会活動発表会は理念や運営方針等が職員により浸透する機会となり、大変良い取り組みです。また、月1回の定例幹部会議において、運営に関してしっかりと協議されています。			
(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)		事業計画については、部門ごとに目標設定シートを用いて課題を設定し、四半期ごとに進捗状況が確認され、随時見直しが行われています。中長期計画を含む病院全体の事業計画について口頭で確認できましたが、文書で確認できませんでした。			
(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	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)		法令遵守に関する研修を行っています。院長は、働きやすい職場環境を推進するために、職員全員と面談を行い、意見を聞いています。また、自ら積極的に各種委員会に参加し、各事業の運営状況を把握し、問題点等について検討を行い、改善につなげています。リーダーシップをより発揮するための取り組みとして、管理者自らを評価するための職員アンケートの実施等を検討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
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)		人員基準を上回る職員体制となっています。職員のキャリアレベルを判断する指標として、到達度チェックリストを整備しています。職員が自己評価を行い、その結果を上司が評価する仕組みは大変良い取り組みです。		
(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、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。	B	B
		(評価機関コメント)		有給休暇や時間外労働についてしっかり管理されています。職員ヒアリングで、有給休暇が取得しやすく、時間外労働が少ないことを確認できました。また、雇用形態や職種に関係なく利用できる院内保育所及び学童保育所が設置されています。ハラスメント防止に関する規程の整備及び職員への周知についてより工夫されてはいかげでしょうか。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		毎年地域で開催する「健康教室」や「健康まつり」には100名を超える参加があります。また、地域の運動会への救護班の派遣や、地域でリハビリテーションに関する研修会を開催する等、地域との交流を大切にしています。		

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)		院内の各所に運営規程等が掲示されています。ホームページやパンフレットは見やすく、わかりやすい内容になっています。入院相談ファイルの記録等から、入院患者・家族に対し必要な情報を提供していることを確認しました。		
(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)		重要事項説明書は、文字が大きく記載され、わかりやすい内容になっています。成年後見制度についてもパンフレット等でしっかり周知しています。		

(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)		アセスメントシートを用いて入院患者のニーズや課題を抽出し、個別具体的な計画を作成しています。サービス担当者会議には必ず主治医が参加し、入院患者本人の参加が難しい場合は家族に参加して頂き計画の内容等について同意を得ています。月1回モニタリングを実施し、必要に応じて個別援助計画等の見直しを行っています。		

(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)		入退院時には家族、ケアマネジャー、地域包括支援センター、病院、医院等を交えたカンファレンスを開催し、診療情報やADL表、サマリー等を用いて情報共有及び連携を図っています。		

(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。	B	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)		業務マニュアルを整備し、サービス向上委員会等で年1回内容の見直しを行っています。見直しを行った内容について掲載した委員会だよりを全職員に回覧し周知しています。また、業務において必要なことをすぐに確認できるように、現場にマニュアルの内容を掲示しています。		

(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)		感染症対策や医療安全対策に関する研修について、院内で年2回開催するとともに、職員は外部の研修にも積極的に参加しています。空気清浄機や消臭剤を各部屋に設置したり使用済のおむつの処理方法を工夫するなど臭気対策等がしっかりとなされ、院内は常に清潔が保たれています。		

(7) 危機管理

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。	B	A
(評価機関コメント)		ヒヤリハット報告書は対応策を含めて記載し、報告書の内容は全職員に周知しています。また、災害発生時の地域の避難場所に指定されており、地域の防災訓練に年1回参加しています。災害発生時に備えて食料等をしっかりと備蓄していることを確認しました。		

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
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
	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)		人権等の尊重に関して、法人の理念や基本方針等に記載し、その内容を入院患者・家族に説明しています。職員には、マニュアルや研修会等で意識付けを行っています。			
(2)意見・要望・苦情への対応						
	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。	B	B	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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)		入院患者・家族の意見や要望、苦情等に対して、サービス向上委員会等で多職種で検討し対応していますが、改善した結果について公表する仕組みが確認できませんでした。また、外部の人材を受け入れ、入院患者の相談機会を確保する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	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。	B	B	
	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)		退院時アンケートを実施し、サービス向上委員会でアンケート結果や入院患者・家族からの意見等に対する分析・検討を行っています。患者の満足度を把握するための調査の実施が確認できませんでした。			