

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 23 日

令和元年 7 月 27 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 嵯峨野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 11) 労働環境への配慮 院内保育を設置しています。また、浴室が広く、ベッドごと患者を搬送することができる等、患者、職員双方の負担軽減を図っています。</p> <p>(通番 18) 利用者・家族の希望尊重 家族の意見等を十分に取り入れ、個別具体的な援助計画が策定され、同計画をもとに、更に詳細な看護・介護計画が策定され、計画の内容は職員間でしっかりと共有されています。</p> <p>(通番 30) 災害発生時の対応 災害時を想定した訓練や研修が行われ、備蓄も十分に用意されています。各フロアは整理整頓され、避難経路が確保されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 マニュアルが整備され、見直しも行っておられるとのことですが、見直しを行った年月日や見直しを行った内容等が記録で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 院内に苦情ボックスが設置され、患者・家族が相談できる体制もありますが、苦情・要望等の内容は公開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"> <li>・マニュアルの見直しに関する規程を作成され、改訂を行った年月日や改訂内容を記録に残されることをお勧めします。</li> <li>・苦情・意見等について、広報誌や掲示板等に、個人情報に配慮して公開することを検討されてはいかがでしょうか。</li> </ul>

※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	10700235
事業所名	一般財団法人仁風会 嵯峨野病院
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、訪問リハビリテーション、訪問看護、居宅療養管理指導
訪問調査実施日	令和元年10月8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)		法人の理念及び運営方針を職員に周知し、理念及び運営方針に沿ったサービス提供を実践しています。組織の役割を、組織図や職務権限規程で明確にしています。各種委員会等の活動内容を記録で確認しました。			
<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)		法人の中・長期事業計画に基づき、単年度の事業計画を各部署で検討、策定しています。目標管理シートを用いて計画の進捗状況や課題について職員間で共有し、チャレンジシートを用いて職員個人の目標設定を行い、部署会議等で評価を行っています。			
<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	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。	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)		遵守すべき法令等に関する資料はありますが、リスト化が確認できませんでした。運営管理者は法令遵守の研修会に参加し、研修内容は職員に回覧しています。また、職務権限規程で自らの役割と責任を明確にするとともに、緊急時のマニュアルの整備や職員面談も実施しています。運営管理者の自らの行動について、把握、評価・見直しをするための仕組みの整備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
<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)		積極的に有資格者を採用しておられます。外部研修に希望すれば参加できる体制があり、外部研修に参加する場合の勤務に対する配慮もされています。言語聴覚士の実習の受け入れを行っておられます。		
<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)		育児休業、介護休業制度が整備されています。有給休暇や時間外労働等がしっかり管理され、職員の勤務負担軽減が図られています。職員の休憩室や当直室が確保され、産業医と相談できる体制もあります。		
<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)		ホームページや広報誌を用いて地域に情報公開しています。ボランティアの受け入れを行っています。また、宇多野社会福祉協議会の行事に看護師を派遣したり、地域健康教室を月1回開催しています。		

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
<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)		パンフレット、ホームページともに、必要な内容がわかりやすく記載されています。運営規程等はエントランスや病棟に見やすく掲示されています。サービス利用に関する問い合わせがあった場合は、対応した内容をしっかりと記録されています。入院時も丁寧に説明されています。		
<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)		重要事項説明書には必要な事項がしっかりと記載されています。事務長、事務課長、ケースワーカーの内2名が患者・家族に丁寧に説明を行い、書面で同意を得ておられます。成年後見制度に関する資料も整備されています。		

(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)		アセスメント表を用いて、ADLや病状、生活歴等を踏まえ課題を抽出しています。患者家族、主治医等多職種が集まりサービス担当者会議を開催しています。会議に参加できなかった場合の照会録も確認しました。また、ケアプランは個別具体的な内容になっており、ケアプランをもとに詳細な看護・介護計画を作成し、定期的に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)		歯科医師が月に1回診察を行い、歯科医師から指示を受けた歯科衛生士が看護師や言語聴覚士、介護職員等と連携して日々の口腔ケアを実践するなど、多職種協働がしっかりとなされています。また、他の医療機関との連携も円滑に行われています。		
(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、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)		会議に出席できなかった職員に対して会議の内容を申し送りノート等で周知する仕組みを確認しました。家族が面会に来られた際、患者の状況を報告するとともに、家族の意見を聞いておられます。業務マニュアルに見直しを行った年月日や見直しの内容も記載されると更に良くなると思われます。		
(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)		感染症対策に係る研修は、定期的な研修以外にインフルエンザやノロウイルス等タイムリーなテーマを取り入れた研修も行っています。出席できなかった職員にはDVDを用いて研修を行う等、職員全員が研修内容を把握できる体制が整備されています。清掃等の実施状況は、チェックシートを使用して事務長が確認しておられました。院内に空気清浄機が設置され、臭気はなく、清潔な状態が保たれています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		事故や緊急時における対応について、マニュアルが整備され、指揮命令系統や緊急時連絡先も明確になっており、定期的な研修や訓練も行われています。月1回の医療事故安全対策委員会で事故等の原因の分析や対策が検討されています。		

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>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)		法人の理念に個人の意向と人権を尊重することが明示され、日頃よりプライバシーの保護を意識しながらサービス提供を実践しています。プライバシー保護に係る研修も実施しています。入院の申し込みを断ったケースはないとのことでした。		
<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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		意見・要望・苦情の内容は、サービス向上委員会で報告され、全職員に申し送りノート等で開示し、共有されていますが、入院患者や家族へ公開されていませんでした。法人関係者以外の第三者委員を2名配置し、患者・家族の相談機会を確保されています。		
<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	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。	A	B
		(評価機関コメント)		定期的に食事に関する嗜好調査を行い、栄養管理会議で集計・分析・検討を行うことで、喫食率が向上しています。ただ、入院患者や家族に対するサービス全般についての満足度調査の実施について確認できませんでした。満足度調査を実施することで、職員のモチベーションやサービスの質がより向上すると思われます。また、所定の評価様式を用いて、サービス内容を分析・検討し、次年度の計画へつなげるシステムがありますが、第三者評価は定期的に受診されていませんでした。		