

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 4 月 2 6 日

令和 3 年 1 0 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 医療法人栄仁会 宇治おうばく病院介護医療院 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

特に良かった点とその理由(※)	<p>【通番 1 2】ストレス管理 看護部長等との年 2 回の職員面談を活用し、職員のストレスや不安を聞き取るように努めておられます。また、産業医に相談ができるよう産業医の連絡先を休憩室に掲示されていました。クラブ活動の資金援助の福利厚生制度もあります。ハラスメントに関する規程を明記されています。職員の休憩場所は十分な広さになっており、働きやすい環境を整備しておられると感じました。</p> <p>【通番 2 1】多職種協働 定期的なカンファレンスやサービス担当者会議には、医師をはじめ院内の全ての職種が関わり、入所者にとって最良のサービス提供を行えるように意見を出し合っています。また、地域の病院や施設と常に連携し、退所や治療のための転院に備えています。</p> <p>【通番 3 1】人権等の尊重 訪問調査での聞き取りを通して、介護医療院が生活の場として、本人の出来ることに着目して支援を行うという姿勢を感じました。また、どのような行為が虐待に該当するかということについて、具体的な内容を詰所内に掲示するなど、本人の権利を擁護する取組みがなされていました。</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 単年度の事業計画は作成されていましたが、中・長期計画が作成されていませんでした。</p> <p>【通番 20】 個別援助計画等の見直し 1年に1回見直しを実施されていますが、一部、実施した年月日の記載がなく、見直しの時期や基準が不明確でした。</p> <p>【通番 37】 利用者満足度の向上の取組み コロナ禍の影響で、2年間満足度調査が実施できていませんでした。</p> <p>【通番 39】 評価の実施と課題の明確化 事業所が提供しているサービスについて自己評価を行う仕組みが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業目標、事業計画を具体的な内容で作成され、振り返りもしっかり行っておられますので、今後、地域の福祉ニーズや制度の動向等に応じて3年後、5年後にどういった事業運営を求められるのかという視点や、サービスの質を段階的に高めていくための取組みの長期的な到達目標を数値化するなど、時期を定めた中・長期計画の策定を検討されると更に良いと思われれます。 ・個別援助計画の内容は具体的で、入所者の状況の変化とともに見直しを行っておられることを記録で確認しましたが、マニュアルに見直しの時期や基準を定めることで職員全員が共通認識を持つことができると考えます。ひいては看取り等のケアの更なる充実に繋がるのではないのでしょうか。 ・コロナ禍による面会制限のため、有益な回答が見込めないことから、2年間満足度調査を実施されていないとのことでしたが、郵送やWEBを活用した満足度調査の実施を検討されてはいかがでしょうか。 ・施設の年間計画や目標の評価だけでなく、施設が提供しているサービスの体制、内容、質について評価する仕組みの創設を検討されてはいかがでしょうか。施設が提供するサービス全体を俯瞰できる仕組みを作ることは、事業所の強み、弱みを知り、より良いサービスを提供するために有益ではないでしょうか。

※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	26B1200019
事業所名	宇治おうばく病院介護医療院
受診メインサービス (1種類のみ)	介護医療院
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
訪問調査実施日	令和3年11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

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
(評価機関コメント)		理念はスタッフルームに掲示したり、ホームページに掲載されていました。年度初めに病棟会議で看護部目標とともに理念の周知を行っていました。理事会は毎月開催されています。病棟会議で出た意見を運営委員会及び経営管理会議で取り上げ、職員の意見を反映する仕組みがあります。各職種の職務権限については、職制と権限と任務を明記されていました。		

(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	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)		単年度の事業計画を作成されていましたが、中・長期計画が作成されていませんでした。病棟会議で課題設定に関する話し合いを行い、事業計画の現状分析は運営委員会において実施されていました。業務レベルにおける課題設定については、病棟会議で看護部目標を設定し、年度末に見直しを行っています。		

(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)		把握すべき法令についてはリスト化され、調べられる体制を整備されていました。また、施設内で法令遵守研修を実施していました。ただ、院長の法令遵守に関する研修への参加について確認できませんでした。院長の役割と責任は、運営規程及び職制と権限と任務において明文化されています。院長は経営会議に参加する他、毎週病棟に上がり職員とのコミュニケーションを取っておられます。しかし、院長自らの行動等に対する評価・見直しを行うための方法が確認できませんでした。院長は携帯電話を所持し、常に連絡の取れる体制があり、緊急時にもしっかり対応されています。日常の運営状況については管理日誌で確認されています。		

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
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)		人員体制に関する考えや人事管理に関する方針を明確にされていました。資格取得支援は看護学校へ進学する場合の奨学金制度を設けておられます。年間研修計画に基づいて研修を実施されていました。必要な外部研修については勤務調整や参加費を負担する仕組みがあり、必要な研修として今年度は嚙下体操の研修を実施されたことを確認しました。実習生受け入れマニュアルを整備し、実習指導者に対して臨床指導者会議を実施されています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		有給休暇の消化率や時間外労働の分析を安全衛生委員会で行っていました。また、スライディングボードを使用して職員の負担軽減を図っています。看護部長等との年2回の職員面談を通じて、ストレスや不安を聞き取るように努めておられます。また、産業医に相談ができるように産業医の連絡先を休憩室に掲示していました。クラブ活動に対する資金援助等の福利厚生制度もありました。ハラスメントの規程を明記されていました。職員の休憩場所は十分な広さでした。		
(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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		広報紙をホームページに掲載して周知されていますが、情報の公表制度等について開示されていませんでした。毎年おうばくフェスタを開催し、地域交流の場を設けることで地域の福祉ニーズを共有する仕組みがありました。しかし、専門的な技術講習会等への参加が確認できませんでした。		

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
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)		介護医療院独自のわかりやすい冊子を作成され、丁寧に説明されています。外部からの問い合わせや見学等には地域連携室の職員が丁寧に対応されています。		
(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)		重要事項説明書以外に、カラーでわかりやすい「入所のご案内」を作成し、高い評価を得られていることを確認しました。		

(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	B
(評価機関コメント)		医師、看護職、介護職、栄養士、薬剤師、理学療法士、作業療法士等、全ての職種の意見をケアマネジャーが集約して個別援助計画を作成され、日々計画通り実施されています。面会制限がある中、家族に定期的に電話で状況を報告し、同意をとられています。3か月ごと、または状況の変化（看取り等）があった時に適正に見直しを行っておられますが、見直しの時期や基準を明記したマニュアルが確認できませんでした。		
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)		担当医師には毎日入所者の状況を報告して情報共有されています。また、身体的な治療が必要となった場合には母体病院の地域連携室を通して速やかに情報提供を行っておられます。退所を見越して、地域包括支援センターや他施設と積極的に情報交換を行っておられます。		
(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	B
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)		主任を中心としたマニュアル委員会が開催され、職種別の業務マニュアルが整備されています。実際に発生した事故のケースを検証し、適宜見直しを行っておられますが、一部のマニュアルで見直しを行った年月日の記載が確認できませんでした。個人情報保護に関しては、定期的に研修を行い職員に周知されていますが、紙媒体以外の廃棄に関する規程が確認できませんでした。電子カルテに個別のサービス計画と実施記録及び、入所者の状況を詳細に記録されています。より重要な内容は申し送りや紙媒体等で確実に周知しておられます。家族にも電話等で丁寧に報告しておられます。		
(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)		感染症対策に関するマニュアルは、母体の病院から提供された内容を基に、感染症発生時でも事業継続が可能な内容に更新されています。施設内での感染者の発生状況がテロップで流れ、即時に状況を把握できるシステムになっています。また、居室を含め、施設内は物品が整理整頓され、衛生的な環境が保たれていました。		

(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)		マニュアルに事故発生時の対応及び、連絡・報告等の指示命令について明確に示されています。入所者の急変時に備え、常に家族と連絡をとり、延命処置等の希望の有無を確認されています。アクシデントレポートを活用し、詰所会議で情報共有、分析を行い再発防止策を講じています。事故による骨折等については宇治市に速やかに報告されています。法人の災害時事業継続計画に則りマニュアルを整備され、職員の意識が高いと感じました。		

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

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。	B	A
(評価機関コメント)		人権尊重を、理念、パンフレット及び運営規程に明記されています。詰所内には「どのような行為が虐待にあたるのか」について掲示され、職員にわかりやすく周知されています。プライバシーに配慮した居室になっており、羞恥心に配慮したサービス提供を行うための手順をマニュアルに明記されています。利用者の受け入れについて、希望者の心身の状態を踏まえ、介護医療院への入所対象でない場合は、他の医療機関や施設を紹介されています。		
(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。	A	A
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	B
(評価機関コメント)		病棟の入口に設置されている意見箱は、投書しやすい場所に設置され、書きやすい用紙が用意されていました。意見・要望・苦情等は病棟会議、朝礼、連絡ノートで周知され、投書に対する回答は病院1階の掲示板に掲示される仕組みを確認しました。ただ、事業所関係者以外の第三者の相談窓口がなく、介護相談員等の受け入れを行っていただけませんでした。公的機関等を経由した苦情の実績に関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。	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スタッフが積極的に参加している。	A	B
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	C
(評価機関コメント)		例年、施設行事等を行った際にアンケート調査を実施されていますが、コロナ禍のため2年間実施できていませんでした。サービスの質の向上に関する検討体制について、病棟での委員会や病院全体での各種会議において検討されていますが、他の事業所の評価や取り組みなどについて情報収集を行う仕組みが確認できませんでした。施設が提供しているサービスについての自己評価の仕組みが確認できませんでした。第三者評価は今回が初めての受診でした。		