

アドバイス・レポート

令和7年1月6日

令和6年7月25日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（向日回生病院介護医療院）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

| | |
|-----------------------------|--|
| <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 ・緊急時マニュアル・BCPが作成され、アクシデントレポートやヒヤリハットを会議にて検討し改善点もカンファレンスされています。</p> <p>(通番33) 災害発生時の対応 ・災害時対応のために、行政・消防・警察等の団体と合同で行われる乙訓地域災害医療救護訓練に参加しています。</p> <p>(通番40) 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 ・要望、苦情などヒヤリハットorグットを記入され、改善対策などのカンファレンスが行われています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>(通番3) 事業計画の策定 ・事業計画は作成していますが、利用者や家族等に公開されていませんでした。</p> <p>(通番26) サービス提供に係る記録と情報の保護 ・記録管理規定の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する一貫したマニュアルが確認できませんでした。</p> <p>(通番41) 第三者への相談機会の確保 ・「事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置している」相談窓口が事業所職員で構成され記載し掲示されていました。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>(通番3) 事業計画の策定 ・事業計画を広報誌やホームページにて公表することで、施設の今後の目標や活動計画にて地域住民や利用者の選択肢に繋がると思います。</p> <p>(通番26) サービス提供に係る記録と情報の保護 ・文書管理マニュアルに基づき管理・記録を残されることが望ましいと考えます。</p> <p>(通番41) 第三者への相談機会の確保 ・第三者を相談窓口として設置されていませんでした。相談窓口が事業所関係者で構成されていると利用者が意見を言いにくいので、地域の民生委員や自治会長等の第三者に依頼される事でサービスの質の向上に繋がると思います。</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 | 26B3100019 |
| 事業所名 | 医療法人真生会向日回生病院介護医療院 |
| 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) | |
| 訪問調査実施日 | 令和6年 9月19日 |
| 評価機関名 | 京都私立病院協会 |

| 大項目 | (通番?) | 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) | | 理念及び運営方針は重要事項及び施設内に明示され、職員には名札の裏面に記載して周知されています。運営責任者及び各職種の権限は職務権限規程で明確にされており、業務委員会や関連部署会議にて職員の意見や要望を収集して、幹部会議で運営方針を決定しています。 | | |
| (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質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把握と目標の設定 | 4 | 各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 法人目標を基に利用者満足度調査を参考して介護医療院の目標を設定して、目標や課題については病棟会議やカンファレンスで職員が検討し共有されています。事業計画は作成していますが、利用者や家族等に公開されていませんでした。各職種では目標管理シートを提出して半期ごとに所属長と面談し進捗状況を確認して評価もされています。 | | |
| (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 | 運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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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) | | 運営責任者は法令研修に参加され、全体集会で伝達講習されており、入職時のオリエンテーション・真生会基本理念の冊子にて理念や倫理について説明されています。またカンファレンスや業務委員会にて目標の達成についての課題を検討し情報を共有されています。運営管理者や上司を評価する制度はなく、今後作成される事を期待します。 | | |

| 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 | | | | | | |
| | | 総合的な人事管理 | 8 | 人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。 | A | A |
| | | 質の高い人材の確保 | 9 | 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 |
| | | 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 | 10 | 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 |
| | | 実習の受け入れ | 11 | 実習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) | | 有資格者を積極的に採用して、年間研修計画により研修をされています。eラーニング研修を導入し施設が費用補助して研修を受講できる体制が整備されています。目標管理シートから研修も参加されています。人材を育てるために指導者研修も積極的に参加しており、実習マニュアルも作成されています。 | | |
| (2) 労働環境の整備 | | | | | | |
| | | 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） | 12 | 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 | 13 | 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、職員が充分に休むことができ、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) | | 残業及び有給休暇消化率の労務管理もされており、産業心理臨床家養成プログラムを受講した看護師及び産業医に相談できる体制があり、年2回個人面談を行い職員の意見・要望を収集しています。職場環境は休憩室も清潔にされており、職員の業務負担軽減の為にとろみサーバーを設置し、今後インカム導入も検討されています。 | | |
| (3) 地域との交流 | | | | | | |
| | | 地域との連携・情報発信 | 14 | 事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。 | A | A |
| | | 地域との交流（入所系・通所系サービスのみ） | 15 | ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。 | A | A |
| | | 地域への貢献 | 16 | 事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 広報誌向日回生にて情報を公開しています。地域小学校のボランティア活動へ参加して心肺蘇生法の指導されています。毎年健康まつりを開催されており、地域住民も参加されています。広報誌にも記載されていますが、ホームページの更新頻度を上げることなどで施設内の情報を更に発信頂くことを期待します。 | | |

| 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 | 17 | 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) | | 法人のHPで事業所を紹介し、事務所に概要やレクリエーションの写真・作品を掲示しています。一般病棟から転棟で入所される為見学希望は少ないですが、感染症対策による面会制限解除に伴い必要に応じて説明・案内しています。 | | |

| | | | | |
|-------------------------|---|--|---|---|
| (2) 利用契約 | | | | |
| 内容・料金の明示と説明 | 18 | 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) | 契約時に利用料金(自費サービス含む)等を契約書・重要事項説明書等で説明し、本人・家族・後見人の同意・署名を貰います。遠方のご家族とは電話対応します。必要な場合には成年後見人制度が活用できるよう、マニュアルを整備しています。 | | | |
| (3) 個別状況に応じた計画策定 | | | | |
| アセスメントの実施 | 19 | 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 | 20 | 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 |
| 専門職種を含めた意見集約 | 21 | 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・リハビリ職(OT/PT/ST等)・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 | 22 | 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) | 所定の様式で利用者の状態・ニーズに合わせて計画を立案して実施し評価・見直しています。担当国会議前にケースカンファレンスを開催し、状態変化に応じて計画を見直されています。会議にはできるだけご家族にも参加いただいています。 | | | |
| (4) 関係者との連携 | | | | |
| 多職種協働 | 23 | 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 |
| サービス移行時の連携・相談対応 | 24 | 利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | 一般病棟から同じ主治医が担当され、病棟間でも情報共有し、状態変化時に転棟される場合もスムーズに連携しています。施設入所希望時はケアマネジャーが調整し、退所時には医療情報提供書や看護サマリー送付等で連携しています。 | | | |
| (5) サービスの提供 | | | | |
| 業務マニュアルの作成 | 25 | 事業所業務について、標準的な実施方法(業務マニュアル)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。 | A | A |
| サービス提供に係る記録と情報の保護 | 26 | 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 | 27 | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | A | A |
| 利用者の家族等との情報交換 | 28 | 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) | 各業務マニュアルを整備し更新し活用しておられますが、文書管理(保管・保存・持ち出し・廃棄)の一貫したマニュアルと文書破棄の記録が確認できませんでした。サービス実施記録は個人・病棟単位で記録されています。 | | | |
| (6) 衛生管理 | | | | |
| 感染症の対策及び予防 | 29 | 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 | 30 | 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) | 感染対策マニュアルを更新し、シミュレーション等の研修を行い感染対策を講じて支援しています。所内は職員や委託業者が毎日清掃・点検して清潔を保ち、必要な物を綺麗に整理整頓され、臭気対策等も工夫していました。 | | | |

| (7) 危機管理 | | | | |
|---------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時の対応 | 31 | 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 | 32 | 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 | 33 | 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 |
| 事業の維持・継続の取り組み | 34 | 大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 医療安全委員会を中心に事故発生時や緊急時のマニュアルを整備し、研修・訓練を定期的に行ったりヒヤリハットを推進して予防に努めています。BCPマニュアルを策定・改定し、初動対応や職員への連絡体制・備蓄等を整えています。「乙訓地域災害医療救護訓練」に参加して地域・関係機関との連携に努めています。 | | |

| 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 |

IV 利用者保護の観点

| | | | | | | |
|---------------------------|----|--|---|---|--|--|
| (1) 利用者保護 | | | | | | |
| 人権等の尊重 | 35 | 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 | | |
| 利用者の権利擁護 | 36 | 虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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 | 37 | 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 | 38 | 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) | | 接遇マニュアルに基づき、全職員が接遇自己評価を実施され、日常のケアについて振り返りを行っておられます。虐待防止マニュアル、身体拘束廃止マニュアル、プライバシー保護マニュアル等利用者保護に関する各種マニュアルが整備され、研修も実施されました。選択食、おやつバイキング等、利用者自ら決定できるよう取り組んでいます。 | | | | |
| (2) 意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| 意見・要望・苦情の受付 | 39 | 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、利用者等に周知されている。 | A | A | | |
| 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 | 40 | 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 | 41 | 公的機関等の窓口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) | | 利用者の意向等を収集する方法として、意見箱を設置されています。事業所以外の第三者の相談窓口は設置されていませんでした。 | | | | |
| (3) 質の向上に係る取組 | | | | | | |
| 利用者満足度の向上の取組み | 42 | 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 | 43 | 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 | 44 | 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) | | 年1回満足度調査を実施され、その結果を施設通信を通じて利用者等でフィードバックするとともに、施設内掲示をされています。統括会議、合同カンファレンスを通じて自ら改善を行う体制もあるとともに、法人内別事業所によるカルテチェックを行い、質の改善に取り組んでおられます。介護医療院へ転換後、初めて第三者評価を受診されました。 | | | | |