

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 4 年 4 月 1 5 日

令和 3 年 9 月 2 5 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><b>通番 6 : 管理者等によるリーダーシップの発揮</b><br/>組織の規定で、管理者等の役割を明確にされています。各部署の方針展開表の内容を管理者がしっかり把握しておられます。また、看護部が中心となり、施設全体を牽引して、勤務環境改善に取り組んでおられます。</p> <p><b>通番 2 7 : 事業所内の衛生管理等</b><br/>施設内は清潔で臭気もありませんでした。紙オムツへの変更や、空気清浄器の設置、室内換気の徹底など、積極的に環境改善やサービス向上に向けて取り組んでおられます。</p> <p><b>通番 3 8 : 質の向上に対する検討体制</b><br/>各部署のカンファレンス等であがった課題を多職種の委員会で検討し、検討した結果を利用者の意向に沿ったケアや業務改善に活かしておられます。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由 (※) | <p><b>通番 3 6 : 第三者への相談機会の確保</b><br/>公的機関の相談窓口は重要事項説明書に記載し、施設内に掲示もしておられますが、第三者の苦情相談窓口が設置されていませんでした。</p>  |
| 具体的なアドバイス           | <p>利用者がより安心して相談できるよう、地域等の協力を得て、外部の人材による苦情相談窓口を設置することを検討され、ますます地域に寄り添った施設になられることを期待しております。</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                    | 26B0400016      |
| 事業所名                     | 木津屋橋武田病院介護医療院   |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 介護医療院           |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | (介護予防) 短期入所療養介護 |
| 訪問調査実施日                  | 令和3年10月20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)        |     | 理念及び基本方針は、職員には各フロアに掲示や入職時に配布するカードに記載して周知し、入所者にはパンフレット等を用いて説明しています。各部会議で出た要望・課題をとりまとめ、運営会議で報告するなど、職員の意向が反映される仕組みがあります。組織の役割は、組織図や職務権限規程において明確に記載されています。                   |      |      |       |
| <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)        |     | 単年度事業計画については、運営会議において中長期計画を基に目標や課題を設定し、作成しておられます。各部署で方針展開表を作成し、目標達成に向けて上半期・下半期に評価を行い、各部署での評価を運営会議で共有しておられます。   |      |      |       |
| <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)        |     | コンプライアンス規程を作成されています。法令遵守に関する研修会に参加し、伝達講習会も実施しておられます。遵守すべき法令の資料はデスクネットで調べることができます。看護部を中心に、各部署での会議で収集した意見・要望を運営会議で共有され、業務改善に向けて取り組んでおられます。管理者を含む職員が自らを評価する自己評価票も作成しておられます。 |      |      |       |

| 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)    |    | 人員配置基準に基づき、法人本部と定期的に採用計画について検討を行い、有資格者を優先的に採用しています。離職の原因の分析を行った結果を、採用計画に活かしています。職員の意向を聞きながら、個人研修一覧表やラダー研修一覧表を用いて研修計画を作成しています。実習マニュアルが整備され、管理栄養士の実習の受入を行っています。外国人技能実習生の受け入れを検討しておられます。                                 |      |       |
| <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)    |    | 職員ご意見箱や年2回の面談で職員の要望を収集しています。育児休業法や介護休業法、ハラスメント対策等を踏まえて就業規則を整備されています。有給休暇や時間外労働の管理をしっかり行っておられ、有給休暇管理表を各部署に提示し、有給休暇の取得を推進しています。職員とのヒアリングで、希望通り休暇取得が可能なことを確認しました。ストレス管理については、個人情報に配慮しながらカウンセラー等の外部の専門家に相談できる体制が整備されています。 |      |       |
| <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)    |    | 毎年、ホームページで施設の行事等を広報しています。また、グループの広報誌「たけだ通信」や、「きづや橋通信」で広報を行っています。また、ふれあい看護体験の受入を行ったり、下京ほっこり教室に管理栄養士を講師として派遣しています。  |      |       |

| 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)  |    | ホームページやパンフレットは、誰が見てもわかりやすい内容になっています。                           |      |       |
| <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)  |    | 利用者・家族に対してわかりやすく説明を行い、同意を得られていました。成年後見人や認知症の方への対応も丁寧に行っておられます。 |      |       |

### (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)   |    | マニュアル整備や計画策定がしっかりとされていることを確認しました。また、アセスメントや本人・家族等の意向確認については、コロナ禍においても、工夫しながらしっかりと行っておられました。専門家への意見照会についてもきちんと記録に残しておられます。 |   |   |

### (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) |    | 多職種が連携しながら、一体的に取り組んでおられることを確認しました。            |   |   |

### (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 | 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)        |    | マニュアルに関する変更内容等について速やかに情報共有を行っています。また、申し送りや会議の記録の確認を徹底し、情報の取りこぼしがないように全職員が努力されています。         |   |   |

### (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) |    | 感染症対策に関し、国・都道府県からの通知や近隣の感染状況については、デスクネットを通じて職員に周知しておられます。施設内の衛生管理については、職員が一丸となって検討を行い、清潔で臭気のない空間になっています。 |   |   |

### (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) |    | ヒヤリハット・事故に関する報告内容を、再発防止に活かすとともに、マニュアルの改訂につなげておられました。また、災害発生時の対応マニュアルがしっかりと整備され、研修・訓練等も定期的実施されていました。 |   |   |

| 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)            | 法人理念に「尊厳」「協調」「信頼」が明記され、理念を記載したカードを職員に配布して、人権尊重等についての周知徹底を図っておられます。個人の意向と尊厳を尊重するために入所面談に時間をかけ、双方の理解を深める取り組みがなされており、日常的にも尊厳保持に向けた検討を行っておられます。また、職員個々の心の安定に着目し、メンタルヘルス研修に力を入れ、虐待防止や人権尊重に向けた取組に活かしておられます。 |   |      |      |       |
| <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。                |      | B    | 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。              |      | B    | B     |
|                        | (評価機関コメント)            | 新型コロナウイルスの影響により、懇談会の定期的な開催が困難な中、モニタリングやリモート面会、洗濯物受け渡し時の意向確認の実施等、工夫して意見や要望等の収集に努めておられます。なお、外部の人材による相談窓口の設置が確認できませんでした。   |   |      |      |       |
| <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。 |      | A    | A     |
|                        | (評価機関コメント)            | CS調査の結果や入所者からの個別の意見、カンファレンスで出た意見等から、施設全体で取り組む課題を吸い上げ、全職種で構成するサービス検討委員会で毎月検討を行う仕組みがあります。検討を行った対策については、各部署で職員に共有し、実施後に定期的に評価を行う等、PDCAサイクルがしっかり確立されていることを確認しました。   |   |      |      |       |