

# アドバイス・レポート

令和5年3月30日

令和5年2月4日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた介護老人保健施設 桃山につきましては、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><b>(通番 2) 組織体制</b></p> <p>組織の中での役割がそれぞれの部門ごとで明確になっています。各部署の責任者が出席する介護責任者会議や運営会議があり、各事業所で立案された案件を検討され全体で共有、周知がされています。また、年1回理事長による直接ミーティングの他にも部署の責任者と面談する機会を定期的に設けてあり、風通しの良い風土作りしていると感じました。</p> <p><b>(通番 3) 事業計画等の策定</b></p> <p>事業計画の策定は、経営責任者からマネジメントレビューを基に部署目標、個人目標が作成されていました。年に1回実施される利用者満足度調査からの意見も事業計画に反映されていました。法人ではISO認証を継続されており、サービスの質の向上に努めています。</p> <p><b>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</b></p> <p>法人内に研修センターがあり、現場に即した全体研修や新人職員研修等の年間計画を作成しています。無資格者には認定評価制度を取り入れており、星の数で達成度が分かるようになっています。職員には上位認定試験もあり、合格した内容によって制服の色や給与に反映され、キャリアアップに対する仕組みがありました。</p> <p><b>(通番 29) 事故の再発防止等</b></p> <p>毎月の事故については、フロア単位で集約、施設として事故内容の共有を行い、法人の介護安全管理委員会で報告をしています。法人内他施設の事故で、法人内共有が必要な事故については、介護安全管理委員会発信で、事故の内容が各施設に届き、注意喚起をしています。同時に運営管理マニュアルにも追記し、事故防止を図る仕組みとなっています。</p> <p><b>(通番 33) 利用者の決定方法</b></p> <p>利用者の決定について、管理者、医師、看護師、相談員により公平に行われ、基本的に医療ニーズの高い利用者、虐待を受けている利用者等、どのような条件の利用者でも受け入れています。</p> <p>新型コロナウイルス感染症陽性の利用者受け入れにあたっては、医師、看護師、介護スタッフ等が連携をしっかりとりながら、細やかに24時間の経過観察を行い、手厚い看護、介護にて重症化を防いでいます。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>以下は、『特に改善が望まれる点』ということではありません。</p> <p><b>（通番 3）事業計画等の策定</b>          単年度ごとの計画は確認できましたが、中長期計画の確認はできませんでした。</p> <p><b>（通番 12）ストレス管理</b>          ハラスメントの窓口はありますが、事業所内に掲示がありませんでした。</p> <p><b>（通番 18）利用者・家族の希望尊重</b>          利用者のサービス担当者会議の参加について</p> <p><b>（通番 19）専門家等に対する意見照会</b>          医師への意見照会について</p> <p><b>（通番 34）意見・要望・苦情の受付</b>          ご意見箱が1階正面玄関入口のカウンターのみの設置でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>（通番 3）事業計画等の策定</b>          中長期計画を策定することで、今後の事業展望をより明確にでき、単年度の事業計画策定にもその方向性が反映されれば、法人や事業所の目的や役割をより強く認識できるのではと思われます。</p> <p><b>（通番 12）ストレス管理</b>          事業所内に掲示することで職員にも更に周知できます。窓口は男性女性それぞれの窓口がある方が、相談する側も安心できると思われます。</p> <p><b>（通番 18）利用者・家族の希望尊重</b>          サービス担当者会議における利用者の参加について、状況に応じて参加しているとのことですが、参加率は多くない印象でした。利用者本人の直接の声を聴く機会ととらえ、サービス担当者会議における利用者の参加率を上げる工夫を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>（通番 19）専門家等に対する意見照会</b>          医師への意見照会について、口頭にて確認しているとのことですが、できれば文書にて残しておくほうが、万が一の際の利用者、家族等への情報開示の場面等においても、透明性の確保も含め、活用できるものと考えます。紙ベースで記録を残している施設でもありますので、一度検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>（通番 34）意見・要望・苦情の受付</b>          ご意見箱は1階正面玄関入口のカウンターのみの設置ではなく、2～4階の各事業所の入口等にも設置されてはいかがでしょうか。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

# 評価結果対比シート

事業所番号	2650980135
事業所名	医療法人社団千春会 介護老人保健施設桃山
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所リハビリテーション・通所介護・短期入 所療養介護・短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和5年3月7日
評価機関名	NPO法人 カロア

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)			組織の理念は広報誌「せんしゅん」やホームページに明記しています。運営方針は運営規定に記載。職員は入職時に配布される理念を書いた職員ハンドブックを所持し、朝礼で理念を唱和すると共に、理念を基に部署目標を立てています。 組織図・職務権限規程等があり、役割も明確になっています。各部署の責任者が出席する介護責任者会議や運営会議があり、事業所毎で立案された案件を検討しています。また、年1回理事長による直接ミーティングがあり、事業所の職員が意見を述べるしくみがあります。		
<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)			経営責任者からマネジメントレビューを基に年度の事業計画を作成しています。法人ではISO認証を取得しており、サービスの質の向上に努めています。 部署目標、個人目標が作成されており、年に2回は課題達成に向けてそれぞれ目標の見直し・分析を行い、次年度の目標設定にも取り組んでいます。利用者のニーズも満足度調査（年1回）にて把握に努めています。		
<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	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)			集団指導や関係書類を閲覧しています。各法令についてはWebサイトを利用することができ、法令の改正を都度確認しています。法令順守の周知については、職員ハンドブックを用いたり、ミーティングや研修を通じて行っています。 管理者の役割について明確にしています。年2回（個人目標の見直し時期）には部署の職員全員との個人面談で意見を聞いています。年1回行うストレスチェックには上司についての項目もあり、管理者への評価も行っています。 緊急連絡網、緊急時マニュアルが作成されており、連絡体制が確立しています。		



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>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)		人事管理は主に法人本部が行っています。無資格者も常勤採用しています。採用後は12ヶ月迄の研修が計画的に行なわれています。法人が行う初任者研修や実務者研修も受講することができます。参加費の必要な研修費用は法人で負担しています。法人内に研修センターがあり、全体研修や新人職員研修等の年間計画を作成しています。無資格者には認定評価制度を取り入れており、達成度を星の数(1から3)で表しています。また職員には上位認定試験もあり、合格した職員はその達成度により制服の色や給与に反映される仕組みがあります。実習生受け入れマニュアルがあります。看護学生等の実習受け入れも毎年行っています。実習指導者はOJT評価者研修を修了しています。		
<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)		法人本部で有給休暇や時間外勤務の管理を行っています。有給管理表が毎月本部から事業所へ送られ、有給休暇の取得を奨励しています。育児休業や介護休業は就業規則に定めてあります。職員の負担軽減のため、介護用リフト、リフト浴を設置しています。ストレスチェックによる高ストレス者は産業医に相談することができ、他にも弁護士や社労士に相談できる体制や法人内他事業所の相談窓口が案内されています。休憩時間はサービスステーション、職員用の食堂、屋上スペースが休憩スペースとして使用できます。コロナ禍で実施は出来ていませんが、忘年会やビヤパーティーが例年行われていました。法人系列病院でオプション検診を受けることができ、職員は費用負担が少なく受けることができます。就業規則にハラスメント規定があり、働きやすい職場作りに取り組んでいます。		
<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)		広報誌「せんしゅん」を地域の連合会長を通じて各町内会でも回覧しています。ホームページも開設しています。随時施設見学にも対応しています。コロナ禍前は家族向けの技術講習会を事業所のセラピストを講師に開催していました。施設内に地域交流スペースを設け開放していました。地域包括ケア会議に参加し、ニーズの把握に努めており、福祉避難所として登録されています。		

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>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にて、利用者や家族等に事業所の情報を提供しています。介護老人保健施設という終身的な施設ではないことやコロナ禍の影響もあり、ここ最近においては見学希望はないが、見学対応の準備は整えています。		
<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)		利用契約書、重要事項説明書等に利用者や家族等から同意の署名、捺印をいただいています。成年後見制度等権利擁護の活用については、現在、入居中の利用者に関して、行政や地域包括支援センターと一緒に動いている案件があります。		

(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)		フェイスシート、FIM（機能的自立度評価表）、DASC（認知症アセスメント）の3種類の様式を用いてアセスメントを実施しています。同性介助や食事は部屋で食べたいなど個別の希望について、実現できる内容については、計画書にも記載し、希望を尊重するようにしています。アセスメントを基にケアマネジャーが作成した計画書の原案を、各職種の担当者が確認し、原案に書き込むかたちで意見を記入し、各職種の意見を反映した計画書を完成させ、利用者、家族等の同意を得ています。計画書の見直しは、入居後1週間程度、その後は3か月ごとに実施しています。		
(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)		外部への受診や退院時の受け入れについては、診療情報提供書や退院時サマリーなどを用いて情報交換をしています。地域における虐待事例があった際には、地域包括支援センターからの依頼で、一時保護のかたちで入居の受け入れなどもしています。老健を退居し、在宅復帰する際には、在宅の担当ケアマネジャーとも連携し、在宅復帰の支援をしています。		
(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	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)		法人統一の業務マニュアルが整備され、年1回以上は見直しをしています。毎月の施設内研修の際に、マニュアルの読み合わせを行い、業務手順の確認などを行っています。記録は手書きで残すかたちとなっており、記録の保管や廃棄等については、記録管理規程に基づいて取り扱っています。情報共有については、毎日の朝礼や終礼に加え、その日あった特記内容を記録する申し送り表を活用し、各フロアのファイルにて保管し、出勤時に確認できるようにしています。また、月1回、各フロアの介護職員が集まって会議を開催し、業務改善、事故予防などの内容について、話し合いや情報共有をしています。会議録を作成し、会議に参加できなかった職員にも回覧しています。利用料は原則窓口支払いとしており、月1回利用料支払いのために家族等が施設に来所した際に、利用者の様子を伝えるようにしています。コロナ禍により、現在直接の面会は実施できない状況ですが、LINEを使用してのWEB面会は実施しています。		
(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)		法人統一の感染症マニュアルを作成し、年1回以上は、見直しが行われています。年に2回感染症に関する研修が行われ、手洗いチェッカーなど実技を含めて研修をしています。新型コロナウイルス罹患者の入居受け入れも実施し、入居後に疥癬や結核が判明した利用者についても個室対応するなど、二次感染を防ぐ対策もしています。施設内は清潔に保たれており、汚物室にはオゾン脱臭装置を設置するなど臭気対策も実施しており、施設特有の臭いはありません。		
(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)		法人統一の緊急時対応マニュアルを整備し、年1回マニュアルの読み合わせをして、緊急時対応の手順について確認しています。尻もちや膝折れ、ベッドサイドでの座り込みなど、通院の必要がないもの、利用者に外傷がないものも事故として記録を残しています。法人内他施設の事故で、法人内共有が必要な事故については、法人の介護安全管理委員会発信で、事故の内容が各施設に届き、注意喚起をしています。同時に運営管理マニュアルにも追記し、事故防止を図る仕組みとなっています。施設に起りうる災害として、火災、地震に加え、施設横を流れる川の氾濫による水害も想定し、年2回避難訓練を実施しています。		

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>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)		利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行うことが事業所の理念、運営方針に明示され、利用者カンファレンス、ケアプランに反映しています。身体拘束禁止、虐待防止については委員会を通じて啓発し、勉強会も行われています。利用者のプライバシーの保護については新人研修や業務マニュアルにて周知徹底しています。事業所は全室個室であり、また個浴、カーテン、パーテーションにて十分な配慮がされています。		
<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。	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	公的機関等の窓口に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)		利用者の意向は、意見箱、年1回の満足度調査にて確認し、法人や事業所で共有し、改善に努めています。満足度調査の結果を事業内掲示やホームページにより公開しています。家族会についてはコロナ禍にて開催できていませんが、入退所時等の相談の際に意向を収集しています。重要事項説明書や契約書に相談や苦情を訴えるための方法を記載し、事業所内に掲示しています。要望・苦情報告書は法人本部に提出し、適切に対応しています。利用者の相談の機会が確保されるよう、外部の人材を受け入れていないため、介護相談員派遣事業の利用が検討されています。		
<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	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)		年1回利用者満足度調査が実施され、調査結果を法人や事業所が分析、検討しています。それを踏まえ、年度の部署目標に掲げ、法人本部におけるQC（品質管理）委員会にて評価が行われています。サービスの質の向上について事業所において毎月検討が行われています。さらに法人本部の介護責任者会議にて他事業所との比較検討が行われています。ISO認証を取得し、毎年行っている内部監査にて改善を図っています。第三者評価は今回初めて受診されました。今後継続的に受診することを検討しています。		