

様式 7

## アドバイス・レポート

令和 5 年 3 月 3 1 日

令和 5 年 2 月 1 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 西山天王山」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

特に良かった点とその理由(※)	<p><b>【多職種間の連携】</b></p> <p>関連する多職種間での意見交換が活発に行われており、異なる視点でのアドバイスが支援に活かされています。専門職の視点の意見が活かされることによって、利用者利益の向上にも繋がられています。</p> <p><b>【移行後の継続したバックアップ】</b></p> <p>利用者が在宅移行後の支援について、小規模多機能型居宅介護事業所、訪問リハビリテーションとのかかわりが継続され、サービス移行後のバックアップにも積極的に取り組まれています。</p> <p><b>【利用者との密な関係】</b></p> <p>小規模な定員であることから、利用者・家族等・職員同士の距離感を縮め、信頼関係の構築を促進することで、気軽に話しやすい環境整備が行われており、利用者の意向に沿った支援の提供に繋がられるよう努められています。また、専門職も利用者・家族・職員に寄り添い、個々の利用者の意向や課題を踏まえた専門的な支援の提供へと繋がられています。</p>
-----------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>【必要な支援の選択と明確化】 利用者意向を踏まえた支援に努められていますが、意向と目的が絞り切れていない部分があることが見受けられました。</p> <p>【リスクマネジメントの拡充】 ヒヤリハット等の分析と評価が、原因の探求に至っていない面が見受けられました。</p> <p>【計画と記録の明確化】 記録の目的と記録内容が合致していない面が見受けられました</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>【必要な支援の選択と明確化】 利用者の意向を、客観的に評価可能な具体的な所まで探求し、明示することで、行うべき支援の内容と優先度が、より明確化されるかと思われます。</p> <p>【リスクマネジメントの拡充】 ヒヤリハット等の分析時に、人的リスクと物的リスクを切り分けた上で、人的リスクについては利用者の権利擁護との関係を踏まえた、施設内統一の明確な基準の策定拡充が行われると、さらなる支援の質の向上に繋がるかと思われます。</p> <p>【計画と記録の明確化】 それぞれの記録の目的を明確にし、職員間で常に意識できる体制を構築することで、記録にかかる時間の短縮につながり、また無駄な記録を省き目的に沿った記録が行われることによって、計画の進捗状況が客観的に評価可能な内容が判断でき、次に引き継ぐべき計画の達成度等が明確な記録へと成長していくかと思われます。</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)

※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	2653080040
事業所名	介護老人保健施設 西山天王山
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)	短期入所療養 介護短期入所生活介護 訪問リハビリ
訪問調査実施日	令和5年2月16日
評価機関名	一般社団法人ば・まる

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)			1.パンフレット・機関誌・ホームページ・配布事業資料等に掲載されており、施設内にも掲示されています。理念を基に部署目標が設定されており、部署目標に基づいた職員個々の個人目標を設定し、期中個人面談を行う事によって、理念に沿った支援の取組が行われているかの確認が行われています。家族等には、計画説明時に理念に沿った支援の方向性や内容が説明されています。 2.法人内で、仕組みとして定期的な会議が開催されており、情報の共有や課題に対する検討が行われています。年一回、部署別ミーティングが開催され、また、全職員が理事長と面談する機会もあり、職員の意向や考えの把握が行われています。事務分掌が明示されています。		
<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)			3.法人全体として方針が示されており、事業計画の中で、中長期をもって取り組む内容が明示されています。事業計画では、各分野の具体的な目標や課題が明示されており、期中の評価も実施されています。人材の育成・採用、ハード面等、法人の方針をもって予め策定出来る部分は、中長期計画として明確にまとめられると、より明確化されるかと思われます。 4.理念に基づいた部署目標が設定されており、期中の中間評価も行われています。年度末には最終評価が行われています。部署目標を踏まえた個人目標が職員個々に設定されており、中間評価・最終評価が面談をもって行われています。		

(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)		<p>5. 法令遵守マニュアルが策定されており、マニュアルに基づいた研修が毎年行われています。関連法令がリスト化されており、必要な時に職員が確認できる仕組みが構築されています。</p> <p>6. 毎年法人として、マネジメントレビューが作成されており、理事長の所信や方針、振り返り等が明示されています。年一回、理事長と全職員の面談が行われており、全職員から直接の意見聴取を行う機会が確保されています。全職員のストレスチェックや面談を踏まえて、法人の目指す事業運営が行われているかの把握が行われています。</p> <p>7. 部署毎の朝礼で、業務の進捗状況の確認報告共有、特記記録、申し送り等が、確認されています。緊急時等は、法人担当部署に速やかに報告する事で、必要な他部門や他部署が適切に介入し解決に向けた取組が行える体制が確立されています。</p>		

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)		<p>8. 法人として、求める人材が明示されています。法人の方針として、職員の拡大と資質の向上によって、支援の向上に繋げていくという考え方で取り組まれています。基本的には融資確立100%を達成された運営が行われています。介護職員には、法人内で職位制度が設けられており、上位認定制度も制定されています。職員に対する資格取得に向けた研修等のバックアップも行われています。</p> <p>9. 法人として研修センターを設置されており、法人全体のカリキュラム、各部署のカリキュラムに沿った研修が展開されています。研修センターでは、現場実務の実践研修も行える設備が整えられており、OJTによる資質向上が行われています。年間の研修計画が策定されており、研修参加者からは感想等含めた書類が提出されています。</p> <p>10. 研修・実習受け入れマニュアルが策定されています。法人が設置している研修センターが主体となって、実習受入が行われています。地域の学校からの職業体験等の受け入れや、高校・短大等のインターンシップや体験等の受け入れも行われています。</p>		

### (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)		<p>11. 有給休暇の取得状況は、法人全体として管理されており、取得状況が芳しくない場合は、法人からの指摘が入る事で、取得漏れのない仕組みが構築されています。勤務予定は、職員からの希望休を聴取した上で、ライフワークバランスに配慮した勤務体系となるよう努められています。法人全体として、育児休暇や介護休暇の取得実績があります。</p> <p>12. 全職員に、年一回のストレスチェックが行われており、不安や課題の早期発見把握に繋がられています。職員の相談先は、法人内他施設・研修センター・法人内ドクター・社会保険労務士・弁護士等が確保されており、職員個々が相談先を選べることで、言いやすい、相談しやすい環境の整備が行われています。</p>		

(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	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)		13. 施設や法人の情報は、ホームページや広報誌等で公表されており、配布・閲覧可能な状態が確保されています。従前は、地域の方々が施設行事に参加されたり、地域の行事イベントへの参画も行われていましたが、コロナ禍の制限下において実施困難な状況が生じています。 14. 家族等に向けた介護に関する説明会が開催されています。地域に向けた見学会等も実施され、地域に向けひらかれた施設運営に努められています。		

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)		15. ホームページやパンフレットで情報が提供公開されており、パンフレット等には、雰囲気のわかりやすい画像を多用するなど、利用者等に対して伝わりやすいよう留意されています。			
<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)		16. 料金等については、戸別の内訳表に留まらず、状況に応じた代表的な目安となる料金表が用意されており、説明時に活用されています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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)		17. 自立を踏まえた利用者の課題を様式に沿って把握し、利用者個々の機能訓練に繋がられるアセスメントの実施に努められています。アセスメント時は、各職種毎の意見や分析を作成し、総合的なアセスメントが作成されています。 18. 利用者意向を踏まえた計画の策定に努められています。利用者の意向実現を意識した計画の策定に留意されています。利用者の意向が計画に具体的に反映されている事がわかる、計画達成が客観的に評価できる、意向や計画目標に対する記載方法の工夫が望まれます。 19. 医師・歯科医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・管理栄養士の意見を踏まえた上で、計画の策定に繋がられています。 20. モニタリング時は、全件各職種からの意見聴取が行われ、総合的な判断が行われています。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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)		21. 必用に応じて、利用者のかかりつけ医との連携が図られ、情報提供・情報共有が行われています。状況に応じて、法人内の他施設他機関の協力や活用も行われ、法人全体として支援・連携出来る体制が構築されています。			

### (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	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)		22. 法人で施設種別毎の各種業務マニュアルが策定されています。各施設からマニュアルの課題等が持ち寄られ、年一回、法人全体の会議の中で、改定等が検討されています。 23. 利用者個々のリハビリ状況・健康情報・相談記録等が整備されています。 24. 日々の朝礼で、利用者の様子や変化が報告され、職員全体に共有されています。利用者の変化に応じた話し合いが持たれています。 25. 必用に応じた情報交換が行われています。面談内容も記録として残されています。		

### (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)		26. 感染症に関する各種マニュアルが制定されています。感染症に関する委員会の設置があり、職員研修や訓練も実施されています。 27. 日々環境整備が行われており、居室についてはチェック記録表によって確認されています。		

### (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	B
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)		28. 安全管理委員会が設置されており、事故防止・緊急時対応マニュアルも制定されています。研修計画に沿った研修が実施されています。マニュアルの中には初動を含めた対応方法が明示されています。 29. 書式・様式が定められており、ミーティングで検討が行われ、職員にフィードバックされています。収集された事例の原因の探求を含めた評価分析と、それに基づいた具体的な改善策への展開が望まれます。 30. 研修と訓練が実施されています。食料品・飲料水・備品等の備蓄リストがあり、リストに基づいた備蓄品が準備されています。夜間想定訓練等も実施されています。		

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)		<p>31. 利用者の尊厳を尊重するためのマニュアルが制定され、職員に対する研修も実施されています。理念においても留意されており、行動基準等でも明記されています。利用者対応チェックシートを活用し、職員個々が振り返る機会を設けることによって、意識した支援の提供が出来るよう努められています。</p> <p>32. 入職研修時に研修が実施されています。利用者対応チェックシートでの振り返りが実施されています。各種マニュアルの、それぞれの場面毎に必要な、プライバシーに関する留意点・注意点を明示しておく、具体的にやるべき事の認識と実効性が向上するかと考えられます。</p> <p>33. サービス利用開始にあたっては、利用条件に該当し、利用可能枠の範囲内であれば全て受け入れられています。</p>			
<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)		<p>34. 年一回の満足度調査が行われており、意向や要望を表出する機会となっています。苦情・相談マニュアルに沿った対応に努められています。</p> <p>35. 苦情・相談対応マニュアルが整備されており、考え方・対処方法、具体的処理等が明記されています。記録の書式と流れも定められています。意見等に対する対応も掲示する等で周知されています。</p> <p>36. 公的機関を含めた外部の相談先等が明示・掲示されており、重要事項説明書等でも説明・告知されています。</p>			
<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)		<p>37. 法人独自のアンケート調査が実施されており、アンケート結果は施設毎に集計され、法人内全体で共有されています。アンケートから抽出された課題は、年間目標として反映されています。</p> <p>38. 介護運営委員会が設置されており、支援の現場の課題や職員から出た意見等を基に、2週間に一回の委員会で検討されています。年一回部署別ミーティングで、総括的に情報が共有され、ミーティングの内容は職員にフィードバックされています。法人内分科会で、成功事例・成果に繋がらなかった事例の、情報共有が行われています。</p> <p>39. 法人内部の評価が実施されており、法人内他施設や法人本部の管理運営で、実施されています。ISOも取得されており、ISOに基づく事業評価も実施されています。</p>			