

アドバイス・レポート

令和6年6月14日

令和6年4月30日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「チャーム長岡天神」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 12 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） 事業計画の中に“ChatGTP”の活用が重点項目として掲げられています。事業所内業務でも ICT 化が進み、記録は、パソコン及び iPad を使用し、食堂内には、配膳ロボットが活躍しています。会議、研修等の議事録作成にも AI ロボット（自動議事録作成デバイス）、ChatGTP 自動議事録書式を駆使し、発言内容が、パソコン連動の法人作成のテンプレートに自動入力されて文章作成され、職員の負担軽減が図られています。また、残業が多い職員に対し、法人本部より集中的な業務改善・取り組みを行い、全社的な“残業なし”への働き方改革が評価出来ます。</p> <p>Ⅲ 適切な介護サービスの実施 全体の平均要介護度は 2.08 と比較的軽度のご利用者が多くいらっしゃる印象の中で、看取りの方が令和 5 年度に 13 名あり、ACP に基づいたケアにも心がけています。看取り後のグリーンケアも行い、ご利用者、ご家族の希望に沿ってケアを実践しようという職場風土が感じられます。</p> <p>通番 39 意見・要望・苦情の受付 ご利用者やご家族の意向を大事にされています。運営懇談会にもご利用者が参加され、意見を述べられています。「ご意見・ご要望カード」では、ご自身では文字が書けない方や、認知症により表現が困難なご利用者の意向にも、代筆や日常の様子からの意向の汲み取りに取り組まれています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番 11 実習の受け入れ・通番 25 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは作成され、チャームマニュアル運用管理規定に沿って見直しをされていますが、見直しの基準が「必要時随時更新する」となっていて、明確な基準とはなっていませんでした。</p> <p>通番 33 災害発生時の対応 災害発生時の対応については、ホーム内での研修や訓練が定期的に行われていますが、地域住民及び地域の関連機関との連携や合同の訓練の計画がみられませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 11 実習の受け入れ・通番 25 業務マニュアルの作成 年に 1 度マニュアルの更新の必要性を確認するシステムにされて、更新の有無を確認できるように管理されては如何でしょうか。見直しの定期的な基準などについて法人としての取り決めを、一覧表にまとめられることをお勧めします。</p> <p>通番 33 災害発生時の対応 ホーム内での訓練では地域住民参加の方策を検討されては如何でしょうか？運営懇談会に地域代表、行政・消防署 OB・OG 等の参加を検討されては如何でしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673000622
事業所名	チャーム長岡天神
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
併せて評価を受けたサ ービス(複数記入可)	介護予防特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	令和6年5月30日
評価機関名	(一社)京都府介護老人保健施設協会

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. 理念、運営方針が定められ、掲示されています。職員の名刺裏にも理念が掲載されています。法人本部で単年度の事業計画、運営方針が示され、各職員にも周知されています。理念、運営方針について、利用開始時にご利用者やご家族等への説明が行われています。法人のホームページ等で理念、運営方針の周知が図られています。 2. 法人内には、役員会議、エリアマネージャー会議、ホーム長会議等の会議体があり、経営状況の把握、分析を行い、案件の意思決定が行われ、議事録が作成されています。この事業所内でもフロア会議、各委員会が定期的に開催され、議事録が作成されています。職務権限は法人内で規定されています。意思決定のトップダウンや現場職員が各委員会に所属してそれぞれの意見集約が図られています。			
(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)		3. 法人内で2027年までの中長期計画と単年度の事業計画書が作成され、単年度の事業計画は、中長期計画を考慮し、介護部門ごとに集約して事業所として総合的に取り組むべき課題、目標が掲げられています。特に ChatGTP を活用する旨がその中に規定されています。職員はパソコン等で事業計画を閲覧することができます。ご入居者は、意見箱を活用し、随時、意見を提出しています。現場職員の要望で、コードレスクリーナーが導入されました。 4. 事業計画を受け、事業所、部門別の課題が設定され、指針が示されています。これらは四半期ごとに、達成・評価の話し合いが行われ、評価・達成状況、意見出し、改善目標、具体的な行動計画、及びその議事録が作成されています。			
(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	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、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	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. 法人本部に法令遵守チームがあり、遵守すべき法令リストが作成され、2~3 カ月ごとの研修後に、随時、見直しをかけています。就業規則に法令遵守が規定され、法令遵守責任者も定められています。虐待防止、感染対策等の法令に基づく研修も行われています。</p> <p>6. 管理者の職責と役割は文書化されています。管理者は各会議体に参加し、意見を述べ、各職員の要望を聞いています。人事考課で管理者は職員から意見を聴取しています。さらに、本社人事部直結のホットラインが整備され、管理者、職員の言動について意見を言いやすい体制が取られています。</p> <p>7. 管理者は毎日、事業所内を巡回し、職員、ご利用者とコミュニケーションを取っています。緊急連絡一覧が作成されています。事業所内連絡網を使い、随時、連絡を取っています。事業継続計画（BCP）が作成され、事業所内に非常用備蓄が保管され、そのリストも作成されています。</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						
	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	
	実習生の受け入れ	11	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>8. 人材育成の理念、基本方針として、そのあるべき姿が、法人発行の「笑顔“のプロフェッショナルになろう。」の小冊子の中に法人代表の言葉でまとめられています。人材育成方針が作成され、それに基づき採用等に反映されています。人事考課を兼ねた個人面談は年2回、実施されています。新規職員にはメンターをつけるなどの、さらに手厚い指導体制があります。</p> <p>9. 本年度の事業計画に、人材採用方針・人材育成方針が掲げられ、人材育成に繋げる仕組みが構築されています。</p> <p>10. 階層別キャリアパス一覧が作成され、職員が取得すべき資格、受講すべき研修一覧が定められ、職員は法人内のデータベース内の研修動画で学ぶほか、外部の研修にも参加しています。</p> <p>11. 実習生として、社会人インターンシップを受け入れていて、その基本方針が定められています。マニュアル及び実習プログラムは作成されていますが、マニュアル見直しの基準と改訂記録が確認できません。実習指導者研修の報告書は確認できました。</p>			
(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、職員が充分につづらげ、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>12. 就業規則は整備されています。職員別の勤務状況、残業、有給休暇取得がモニタリングされ、過重労働の職員に対して面談、労務改善が行われています。食堂では配膳ロボットが活躍し、会議、研修ではAIロボット、ChatGTPを駆使して議事録作成を行い、職員の負担軽減に努めています。定時業務終了、残業ゼロの取り組みが全社一丸で行われています。</p> <p>13. 職員休憩の場所は確保されています。エリアマネージャーが定期的に事業所を巡回し、職員も管理者との対話で、いろいろな悩みを相談できる体制があり、その案内資料も備えられています。その他に外部相談窓口として専門家も確保されています。ハラスメント規定があり、“よくわかる「コンプライアンス」”としてまとめられています。ハラスメント対策マニュアルが法人本部で作成され、研修も行われています。</p>			
(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	B	
	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)		<p>14. 地域との連携に関する事業計画書は作成されていますが、コロナ5類移行後の地域との繋がりは確認できませんでした。社内広報誌「CHARM PALETTE」が毎月刊行され、法人本部、各ホームでの諸活動について情報発信が行われています。</p> <p>15. ボランティア受け入れに関する方針、計画が定められていて、改定歴も確認できます。新規ボランティア受け入れ時のオリエンテーション資料が作成されています。ボランティア受け入れのマニュアルは実習生受け入れマニュアルと共用です。</p> <p>16. 事業所として、自治会に加入しています。事業所の持つノウハウを近隣小学校、長岡京市民、警察等に研修などで還元し、地域貢献活動報告書が作成されています。</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
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)		パンフレット、ホームページなどは整備され、月々の行事の様子が更新されています。申し込みはイントラネットで共有され、京都エリアの担当者も共有し、満室の場合、また地理的な要素も勘案してより良い提案ができるようにされています。見学対応も随時行い、空き部屋があればお試し利用も可能です。			
(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)		重要事項説明書は更新され、料金も記載されています。成年後見人による契約等もなされています。施設で成年後見制度の利用を取り扱った実績はありません。			
(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)		<p>19. 法人の採用している電子記録システムのアセスメント様式に沿って、アセスメントから課題抽出を行っています。専任のケアマネジャーが記録や職員からの聞き取り、必要時はご家族からの聞き取りを行われています。</p> <p>20. 入所時に ACP についても聞き取り、看取りも含め希望を尊重しようと心掛けています。サービス担当者会議にはご本人やご家族の参加と希望の聞き取りがあり、計画書に記載されています。自費で利用されるサービスの担当者も必要時には参加されています。</p> <p>21. 入院後に再入所されるご利用者には入院中のご様子や看護やリハのサマリーを入手し、禁忌肢位などについても支援内容に記載し、職員に周知されています。</p> <p>22. 日々の記録は記録システムで確認するようになっています。モニタリングは 3 か月ごとに、計画書の見直しは 6 か月に 1 回ごとに、合わせて実施されています。月に 1 回開催されるフロア会議にて更新のご利用者の計画の内容について周知されています。</p>			
(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)		<p>23. 身体面だけでなく精神面でも変化のあったご利用者にはかかりつけ医に照会して専門医の受診に繋がっています。協力病院やかかりつけ医については看護師のスタッフルームで一元管理され、ケアマネジャー、リーダー、ホーム長などと随時共有されています。乙訓圏域の地域ケア会議にも出席され、医師、行政その他参加機関との情報共有はされています。</p> <p>24. これまで、ホームから在宅に帰られた実績はありません。入院時は速やかに情報提供書が作成され、情報共有されています。昨年 13 名の看取りをされています。看取りをするにあたり、ご家族が泊まり込みで最後の数日を共に過ごされるなど、希望に沿った対応を心掛けています。</p>			

(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	B
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	A
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)		<p>25. 全国展開をされる法人のスケールメリットを活かしたマニュアルや業務手順の作成ができています。「チャームマニュアル運用管理規定」が定められて、見直しの基準として「必要時随時更新する。」ことになっています。見直しの定期的な基準などについては定められていません。</p> <p>26. 電子記録システムを用いて日々の記録などが丁寧に記載されています。記録はタブレットを用いて記録され、申し送り事項の確認もわかりやすくできるようになっています。退院時カンファレンスなど必要時はタブレットを持参しています。</p> <p>27. 各自就業前に電子カルテで情報共有しています。リスク管理された記録は本部で分析され事故等が頻回に発生したご利用者に対してアラームレポートとしてフィードバックされ、リスク会議委員会や各フロア会議で検討周知される仕組みになっています。</p> <p>28. ご利用者には随時、ご家族とは2~4か月に1回程度で聞き取りをされています。年2回の運営懇談会でもご利用者、ご家族との意見交換は事前のアンケートやご意見収集を行ったうえで双方向の意見交換が出来るように工夫されています。</p>		

(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	B
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)		<p>29. 法人の感染症マニュアル、BCPが作成されており、施設が各自で必要事項を記載する形で作成されています。研修も実施されています。マニュアルの見直しはチャームマニュアル管理規定で決められていますが、年に1回の見直しの基準は確認できませんでした。</p> <p>30. ホーム内は清潔に保たれていて臭気は感じられません。事業所内(居室を含む)の清掃はホームの職員が実施しています。食堂は外部委託されていますが清潔に保たれています。</p>		

(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	B
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)		<p>31. マニュアルに加えて「事故発生時対応」として連絡先や行動がフローチャート化されているものを各フロアステーション、事務所に掲示し速やかに対応できるようにされています。</p> <p>32. 作成された事故報告書はホーム長の承認、本部への報告が行われています。同じご利用者の事故が続いたり、同じような事故が続いた際には「アラームレポート」が法人本部より届き、再発防止の対策が行われています。</p> <p>33. 災害発生に備えたマニュアルがあり、ホーム内の訓練も実施されています。地域との災害時の連携においては、マニュアルや訓練の計画・実施は行われていません。</p> <p>34. BCPは自然災害、感染症に分けられて作成されています。訓練が実施されています。</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
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)		<p>35. ご本人、ご家族のご意見やご要望を、職員にて共有し法人本部に提出されています。要望に応えられるよう、レクリエーションにて実際に取り入れられています。</p> <p>36. それぞれの研修は、eラーニングを使用した全社研修に加えて、ホーム独自の研修も実施され、受講レポートが提出されています。虐待などコンプライアンスに関する通報の窓口が法人本部に設置されていて、全職員に法令違反に気づいた時は通報義務があることが周知されています。</p> <p>37. 「プライバシー保護」マニュアルが作成されて、入浴や排泄などのプライバシー保護の留意点が挙げられています。</p> <p>38. 入所判定は各ホームにて行われています。受け入れ困難な事例については、グループの紹介会社を通じて他事業所を紹介できる仕組みがつけられています。入居後も、ご家族や地域包括支援センターへ様子の報告や情報共有が行われています。</p>			
(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>39. ご利用者やご家族の意向を引き出せるように、玄関にご意見箱が設置されています。</p> <p>40. ご利用者、ご家族、ホーム長、給食会社、地域包括支援センターなどの関係事業者が集まる懇談会を実施されています。</p> <p>41. 重要事項説明書に「苦情に対応する窓口」が複数明記されていて入所時に説明が行われています。</p>			
(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)		<p>42. 「ご意見・ご要望カード」を利用し、ご利用者やご家族から意見を聞かれています。提出された意見は全職員で内容を確認し、法人本部に提出され、改善の実践に取り組み、お便りにてフィードバックされています。</p> <p>43. 利用者満足度調査の集計では、「食事をもっと充実させてほしい」旨が意見集約されています。</p> <p>44. 法人内に内部監査とは別に、事業所の介護・看護サービス評価、接遇、プライバシー保護、職員の基本動作、ケアプラン管理・進捗管理状況、衛生管理、医療連携等について本社教育研修課の中に定期的にチェックする専門チームがあり、その記録が法人本部のデータベースに集約されています。前回の第三者評価受診は5年前です。</p>			