

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 3 日

令和 2 年 1 月 1 0 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 地域密着型小規模特養おかやす様 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>1. 利用者の家族等との情報交換</p> <p>単年度の事業計画に加え、中・長期計画も期間を定め作成していました。経営コンサルティング会社と契約を結び、事業所管理者と共に毎月、事業計画の達成状況の分析を行って課題を明確にし、次年度の事業計画立案につなげていました。</p> <p>2. 利用者の家族等との情報交換</p> <p>サービス担当者会議開催時や状態変化時の連絡のほか、面会時に家族等との情報共有に併せて、3 カ月毎に担当職員が利用者近況を手紙にして送付していました。手紙は全て手書きで、担当職員の思いが伝わるように工夫していました。</p> <p>3. 意見・要望・苦情の受付</p> <p>満足度調査アンケートで利用者の意向を聞く機会を設けているだけでなく、3 カ月に 1 回開催している家族会において意見や要望を聞き取り、信頼関係を構築する時間を計画的に設けていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>研修計画は法人全体で年間計画を作成しており、計画に基づいて実施していました。研修案内は事務所に掲示しており、必要な研修は勤務調整や参加費の施設負担をしていました。しかし、職員の「気づき」を促し互いに学びあう仕組みはありませんでした。</p> <p>2. アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し</p> <p>アセスメントは定期的実施しているとヒアリングで聞き取りましたが、実施した職員の氏名や日付がなく、課題を明らかにする手順等もありませんでした。</p> <p>モニタリングは 3 カ月毎に実施していましたが、ケアプラン見直しやモニタリングを行う時期・手順の基準がありませんでした。</p>

	<p>3. 事故の再発防止等</p> <p>事故発生時に事故報告書を作成して対策を講じていましたが、対応策や家族等への連絡などの記録がありませんでした。また事故防止委員会で事故報告内容を共有し再発防止の検討をしていました。しかし、分析結果をマニュアル等に反映する仕組みがありませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>法人全体での研修計画は年間計画にて定められており、実施もしていますが、研修以外に、日常的に職員同士が気づきを促しあえるように、申し送り時やユニット会議の場で振り返り（例えば、業務中のヒヤットした場面や声かけの場面で気になったことを共有して意見をシェア）を実施してはいかがでしょうか。</p> <p>2. アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し</p> <p>ケアプラン作成に係るアセスメント、課題の明確化、ケアプラン原案作成、サービス担当者会議開催、モニタリング、計画変更の時期や手順等を定められてはいかがでしょうか。手順等を定めることで、介護支援専門員が交代した場合など、誰が実施しても適正なケアマネジメントができるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 事故の再発防止等</p> <p>対応策や家族への連絡など詳細に記録できる事故報告書の様式を検討されてはいかがでしょうか。報告書をもとに事故防止委員会で「事故発生の場所や時間、介護者要因、環境要因」なども併せて検討することで、環境面や人員体制など、潜在的な原因や要因にも気づき、再発防止対策に繋がります。またマニュアルへの反映も検討されれば、実際に即したマニュアルとなるのではないのでしょうか。</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	2691800094
事業所名	地域密着型小規模特養おかやす
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護
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2年1月30日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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。	B	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. 理念を玄関、事務所、フロアに掲示しているほか、ホームページの法人概要に掲載していました。総合施設長が毎月コラムを法人内メールで配信しているなかで、新年の挨拶時に職員へ理念の周知を行っていました。 2. 理事会は定期的に開催していました。法人内の会議体も「法人経営会議」「法人運営会議」「法人連絡会議」「各種委員会」「ユニット会議」と体系的に運営しており、各会議で職員の意見が反映する仕組みとなっていました。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画に加え、中・長期計画も期間を定め作成していました。経営コンサルティング会社と契約を結び、事業所管理者と共に毎月、事業計画の達成状況の分析を行って課題を明確にし、次年度の事業計画立案につなげていました。 4. 業務レベルの各委員会を法人単位で運営しており、各委員会から課題の提議はありましたが、事業所内で課題の見直しをする仕組みがありませんでした。		
(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	B
		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。	B	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)		5. 運営管理者は、法令遵守に関する研修に参加していました。しかし把握すべき法令についてのリスト化が出来ておらず、調べる体制も整っていませんでした。 職員に対する法令等の周知については、総合施設長が毎月初めに法人内メールで発信するコラムを活用していました。 6. 運営管理者の役割と責任は、職務分掌規程で文書化していました。また管理者は「ユニット会議」にも出席し、その場で出た意見のうち管理者自らの判断で決定できる事項は速やかに反映していました。しかし運営管理者自らの評価・見直しをする方法はありませんでした。 7. 運営管理者は携帯電話を所持し、常に連絡のつく体制をとり緊急時にも対応していました。日常の状況については業務日誌で把握していました。		

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
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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 法人経営会議にて人員体制に関する考え方や人事管理に関する方針を明確にし、経営コンサルティング会社と協働で人材確保に取り組んでいました。 9. 研修計画は法人全体で年間計画を作成しており、計画に基づいて実施していました。研修案内は事務所に掲示しており、必要な研修は勤務調整や参加費の施設負担をしていました。しかし、職員の「気づき」を促し互いに学びあう仕組みはありませんでした。 10. 実習生受け入れマニュアルを整備していましたが、実習指導者に対する研修が実施出来ていませんでした。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		11. 就業状況や意向についての分析、検討は経営企画部及び法人運営会議で行っていました。また、介護機器検討委員会が主導でスライディングボード（移乗用具）の設置及び腰痛予防ベルトを貸与していました。 12. 年2回管理者が全職員と面談を実施しており、ストレスや不安を共有し改善できる仕組みとなっていました。また、産業医に相談が出来るよう連絡先を配布していました。職員の休憩場所も十分な環境を整えていました。		
(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。	B	B
		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. 広報紙を自治会や地域の回覧板にて周知しており、地域の秋祭りにも参加していました。しかし、情報の公表制度の内容は自ら開示していませんでした。 14. 地域の小学校で総合学習の時間に職員が介護についての授業を毎年実施しており、事業所の持つ専門的な技術を活かし、積極的に地域貢献に努めていました。また、夏祭りや松寿苑祭りに地域住民や関係機関を招待し随時介護相談を受けることで、地域のニーズを把握していました。		

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
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	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事業所情報を提供していました。パンフレットは、複雑化している情報をよりわかりやすくするために、一問一答の形式で記載して理解しやすいように工夫していました。		
(2) 利用契約						
		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. 契約時には重要事項説明書でサービス内容や料金について説明し同意を得ていました。また成年後見人制度のパンフレットを事業所入り口に設置していました。実際に成年後見人と締結した契約書や重要事項説明書がありました。		

(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。	B	B
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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		17. アセスメントは定期的実施しているとヒアリングで聞き取りましたが、実施した職員の氏名や日付がなく、課題を明らかにする手順もありませんでした。 18. サービス担当者会議にて利用者及び家族から意向を聴取し、ケアプランに反映していました。会議出席が困難な場合は、事前に聴取していました。 19. サービス担当者会議には各専門職が出席し、合議により利用者個々に即したケアプラン作成に取り組んでいました。 20. モニタリングは3カ月毎に実施していましたが、ケアプラン見直しやモニタリングを行う時期・手順の基準がありませんでした。		
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. 関係機関をリスト化して連携出来る体制を整えていました。また地域包括支援センターや行政などが出席する運営推進会議や地域ケア会議で、関係機関・団体と連携を取っていました。		

(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。	B	B
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。	B	B
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. 各種マニュアルはファイリングして設置していましたが、見直しの基準がなく、見直しも実施していませんでした。 23. 2年毎に個人情報保護に関する研修を実施していましたが、また年1回職員に対して「個人情報保護に関するアンケート」を実施し、得られた結果を活用した職員教育を実施していましたが、利用者の記録は書庫で保管し、個人情報保護マニュアルや文書管理規程に則って情報管理をしていましたが、記録の持ち出しに関する規程がありませんでした。 24. 「全体情報共有」「夜勤者との情報共有」として申し送りを2回実施していましたが、「ユニットノート」や「職員情報共有ノート」を活用し、出勤時に全職員が必ず確認してサインをすることで確実な情報共有となっていました。月1回、「ユニットカンファレンス」で利用者ケアについて検討していましたが、 25. サービス担当者会議開催時や状態変化時の連絡のほか、面会時に家族等と情報共有していましたが、また3カ月毎に、担当職員が利用者近況を手紙にして送付したり、家族会の催し時の情報交換、年2回、広報紙「おこやす通信」を発行するなど、活発に情報交換や情報提供をしていました。		

(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。	B	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	B
(評価機関コメント)		26. 感染症対策マニュアルを整備し、嘱託医が最新の感染予防情報を発信していましたが、また、感染予防・対策に関する研修を年2回実施し、感染症がある利用者については対策を講じて受け入れていました。さらに超高純度銅イオン水を消毒や加湿器に使用するなど、感染予防に取り組んでいました。 27. 施設内の備品等は整理整頓できており、職員による清掃で清潔な環境となっていました。脱衣場に置いてある洗剤類が利用者の手の届く場所にありました。		

(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。	B	B
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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事象別に図式化した事故対応マニュアルを整備し、緊急連絡網により指揮命令系統を明確にしていましたが、実践的な訓練は実施していませんでした。 29. 事故発生時に事故報告書を作成して対策を講じていましたが、対応策や家族等への連絡などの記録がありませんでした。また事故防止委員会で事故報告内容を共有し再発防止の検討をしていましたが、しかし、分析結果をマニュアル等に反映する仕組みがありませんでした。 30. 災害時対応マニュアルを作成し、年2回防災訓練を実施していましたが、地域と連携する内容が含まれておらず、訓練もしていませんでした。		

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
IV利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
		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。	B	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	B
		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)		31. ユニット会議にて、利用者の人権や意思を尊重したサービスについて検討を行いました。 32. ユニット会議やユニットカンファレンスで利用者情報を共有する際にプライバシーを配慮したサービス提供の内容を討議していました。しかし、個人ファイルの名前が見える状態で誰でも触れるフロアに並べていました。 33. 医療ニーズが高い場合等利用者の希望に沿えない時は、法人内の施設や近隣の事業所を紹介していました。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		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。	B	B
		第三者への相談機会の確保	36	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	A
		(評価機関コメント)		34. 満足度調査アンケートで利用者の意向を聞く機会を設けているほか、3カ月に1回開催している家族会において意見や要望を聞き取り、信頼関係を構築する時間を計画的に設けていました。 35. 苦情対応マニュアルは整備していましたが、利用者からの意見や要望についての改善状況を公開していませんでした。 36. 玄関の見やすい場所に第三者委員や介護相談員の情報を掲示することで、事業所に気兼ねなく相談できる窓口を周知していました。		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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	B
		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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		37. 毎年、サービスの質検討委員会を中心に満足度調査アンケートを実施していましたが、比較分析、及びサービスの改善に繋げる取り組みは出来ませんでした。 38. サービスの質検討委員会を開催していますが、検討した内容（情報）を全職員に確実に伝わる仕組みがありませんでした。 39. 経営企画部と経営コンサルティング会社と協働して、サービスの体制、事業経営等を毎月検討し課題を明確にする作業をしていました。次年度の事業計画に反映するフォーマットも検討していました。しかし、第三者評価の受診は今回初めてでした。		