

様式 7

アドバイス・レポート

2022年4月19日

※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

2022年10月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「グループホーム芳寿館」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>○管理者等による状況把握 緊急時には、管理者および隣接の診療所院長にも連絡できる体制が確立されており、緊急時および利用者の体調の急変時には迅速に対応できる体制がとられています。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 新任職員に対して、1か月間は1週間に1回のレポート提出、2か月経過時点、3か月経過時点で面談を実施する体制があり、丁寧なフォローアップ体制がとられています。</p> <p>○利用者の決定方法 入所待機者申し込みリストを作成し、定期的に連絡を行い、空床情報の提供および利用者状況の把握を行っておられます。また、隣接の診療所とも医療連携している為、医療的ケアが必要なケースの受け入れも行っており、看取りのケアにも対応できる体制がとられています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事業計画等の策定 日々の課題の共有や明確化は職員会議で実施されており、職員の意向も経営に反映されていますが、単年度事業計画の策定はなく、中長期計画も策定されていませんでした。</p> <p>○実習の受け入れ 現在まで実習を受け入れる機会がなかったこともあり、実習受け入れマニュアルが作成されていません。</p> <p>○事故の再発防止等 事故、アクシデントの発生状況については所定の様式に基づき報告され、職員会議において共有される仕組みがありますが、事後の対応や分析について記載できる欄がなく、その後の対応や自己分析などが書面で確認することができませんでした。</p>

今回第三者評価を受診されたグループホーム芳寿館は、有限会社ジェイズを経営母体として、隣接するいわさく診療所と連携し「人としての尊厳を大切に」を経営理念に、与謝野町において事業を展開されています。グループホームだけでなく、デイサービス・サテライト型デイサービス・訪問介護事業所・サービス付高齢者住宅・地域住民に解放した多目的施設など、幅広いサービスを展開し、常に地域住民の方の声に応えるべく経営を続けておられます。今後の貴社益々の発展を願い下記のアドバイスをさせていただきます。

○単年度計画の作成および中長期計画の策定

単年度および中長期の事業の計画については、取締役間では常に協議されているとのことでしたが、書面化されたものはないとのことでした。それらの計画におきましては、計画的に事業を推進するために重要なものです。また、従業員に対しても経営者の思いや、事業理念の具現化のプロセスを伝える為にも重要なものになります。計画を策定し書面化することで、取締役、事業所管理者、従業員との事業目標の共有が促進され、事業発展の機会となると思われます。

具体的なアドバイス

○実習の受け入れ

実習受け入れの実績がなく、必要性を認識する機会がなかったかと思いますが、評価項目における考え方に示されている通り、医療・介護・福祉人材育成のため、事業所の社会的責務として受け入れ体制を整えることが求められています。実習受け入れの体制を整備し、実習生を受け入れることが、貴社の人材確保のきっかけとなる可能性もあり、この機会に実習受け入れマニュアルを作成し、受け入れ体制を整備されることを期待します。

○事故の再発防止等

事故、アクシデントの発生状況については、所定の様式に基づき報告され、職員会議において共有される仕組みがあることについては確認できましたが、事後の対応や分析について記載できる欄がなく、その後の対応や自己分析などを書面で確認することができませんでした。ヒヤリハット、アクシデント、事故のデータ集積、要因分析とその共有は、再発防止に向けた重要な取り組みですので、それら一連の取り組みを記録として保存できる様式を整備し、運用されることを提案します。

※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	2672000136
事業所名	グループホーム芳寿館
受診メインサービス (1種類のみ)	認知症対応型共同生活介護
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	2023年3月8日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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。	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。	B	B
	(評価機関コメント)			1. 職員には年度末に勉強会を行い理念の徹底を図っています。グループホームの職員もその勉強会に参加し、出席できない職員に伝達研修を行っています。 2. 組織の運営については、オーナーおよび経営責任者、管理者が出席する全体会議で検討し、意思決定をしています。また、会社役員間での会合は実施していることはヒアリングで確認しましたが、議事録等は確認できませんでした。		
(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。	B	B
	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. 利用者ニーズは年2回のアンケート、及び年2回の家族懇談会で把握する機会をもっています。職員の意向は、面談の実施などで機会を確保しています。しかし、それに基づく単年度および中長期の計画は作成していません。 4. 課題に向けた計画の策定はしていませんが、年2回管理者と職員の面談を実施し課題の把握を行っています。また、グループホーム会議の実施で課題を抽出し、改善に向けた取り組みを実施しています。		

(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。	B	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)		<p>5. 管理者はオンライン研修などを活用して遵守すべき法令に関する研修に参加しています。また、職員に対しても同様の研修を実施していますが、参加状況がわかる資料はありません。</p> <p>6. 経営責任者の役割については、職務規定などに記載はありませんが、年2回職員との面談を行い、意見を聞く機会を確保し、運営に反映しています。</p> <p>7. 経営責任者はグループホーム会議に参加し事業の実施の状況を把握しています。また、緊急時の連絡体制については、緊急時連絡先一覧の作成およびフローがあり、緊急時に対応するものになっています。</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。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		<p>8. 資格取得（介護福祉士・初任者研修・実務者研修）に関して、受験料や旅費を補助しています。一方、人材確保や人員配置体制に関する方針は確認できるものではなく、常勤・非常勤の比率、有資格者の配置状況に関して検証している状況を確認できるものもありません。</p> <p>9. 新任職員に対して、1か月間は1週間に1回のレポート提出、2か月経過時点、3か月経過時点で面談を実施し丁寧なフォローアップ体制をとっています。また、勤務継続3年、6年で実技試験およびレポート提出を行い課題と業務の習得レベルを確認する仕組みがあります。</p> <p>10. 実習受け入れを実施した実績はなく、実習受け入れマニュアルも作成していません。</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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		<p>11. 有休取得率や時間外勤務の管理は委託契約を結ぶ社会保険労務士が管理し、状況について経営責任者に随時報告を実施しています。また、職員の就業状況や意向に関しては経営責任者が年2回面談を行い把握に努めています。</p> <p>12. ハラスメントに関して就業規則に記載はありませんが、令和4年3月に指針を示し、現在、業務委託して社会保険労務士と就業規則記載に向けて検討を行っています。また、ストレスチェックを実施し、結果に対して連携している診療所の院長が職員に対して助言を行う仕組みがあります。</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。	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. 多目的ホールとして地域に開放している「じゅあん」で夏祭りを行うなど、そのスペースを活用し地域交流の機会確保を行っています。また、隣組に加入し、清掃活動等の実施・協力しています。情報の公表等については、現在WEB制作者と調整を行い、リンクの作成中とのことでした。 14. 地元小中学校において実施される認知症サポーター養成講座に講師を派遣しています。新型コロナウイルスの流行により実施できていませんが、地域交流ホールを設置してカフェの運営を実施するなど、事業所の持つ機能を還元する取り組みがあります。		

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
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. 入所説明ファイルに説明に必要な書類をファイリングし、施設管理者が不在の場合でも入所説明の要請に対応できるように準備しています。			
(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. 重要事項説明書を用いてサービス内容や利用料金の説明を行い、利用者に同意を得ています。入所後、家族からの相談を受け、行政と連携して後見制度利用につないだ事例もありました。			
(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。	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。	B	B	
	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。	B	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には実施しています。また、3か月毎に評価を行い、アセスメントと現状に差異が生じていないか点検を行っています。 18. 個別援助計画を作成するにあたり、サービス担当者会議を関係者および家族の出席のもとで実施していますが、利用者本人の出席はありません。 19. 有限会社ジェイズの母体である岩破診療所の院長出席の下、グループホーム会議を実施し、利用者の状況を共有し、その内容を個別援助計画に反映しています。 20. 1か月に一度、計画作成責任者が計画と現状を確認しています。また3か月に一度は評価を行い、必要に応じて見直しを実施していますが、モニタリング基準を定めていません。			

(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。	B	B
(評価機関コメント)		21. 協力関係にある医療法人と医療面について常に連携をとっています。また、地域の医療機関とも利用者の入退院の際には連携しています。特別養護老人ホームへの入所の際などには「退所時情報提供書」を活用し、連携をとっています。しかし、関係機関や団体のリストについては作成されていません。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		22. サービス提供に関するマニュアルは整備していますが、見直しの基準の定めがなく、見直し修正の時期が古いものがありました。 23. 記録について、利用者の状況はケース記録に適切に記録し、個人情報保護の研修等を実施しています。しかし、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する時期、方法などを定めた規定は確認できませんでした。 24. 職員会議（グループホーム会議）で主治医、経営責任者、管理者、職員出席の下でカンファレンスを行い、利用者の状況を共有しています。また、欠席者は会議録を確認し、情報周知の徹底を図っています。 25. 芳寿館だよりを2か月に1回発行し、様子を知らせするとともに、家族懇談会を年2回実施して、面談する機会を確保しています。		
(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。	B	B
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. 感染症に関するマニュアルを整備し、職員に対する研修を実施していますが、マニュアルの更新は確認できませんでした。 27. 掃除や、換気、臭気対策は十分に実施していますが、備品などが一部の共有スペースの目につく場所に置かれており、整理整頓が課題となります。		
(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	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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故、緊急時のマニュアルは整備していますが、研修や実践的な訓練の実施が確認できませんでした。 29. 発生した事故やアクシデントは適切に記録し、関係者への連絡を行っています。しかし、事故の状況を記録する様式に対応状況を記録する項目がなく、対応および原因分析の状況を確認できませんでした。 30. 災害発生時のマニュアルを整備し、指揮命令系統や対応方法を明らかにして事業所での訓練を実施していますが、地域との連携を意識した訓練は実施していません。		

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	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. 利用者からの声は要望などを記すノートに記録し、職員会議で共有しており、職員の対応などを振り返る機会として活用し、サービス改善につなげています。また、「虐待防止」「スピーチロック」「身体拘束」の研修を実施し、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ます。</p> <p>32. プライバシー保護に関する研修を行うとともに、職員会議での意見交換を実施し、職員に対する意識付けを図っています。</p> <p>33. 入所待機者申し込みリストを作成し、定期的に連絡を行い、空床情報の提供および利用者状況の把握を行っています。また、医療とも連携している為、医療的ケアが必要なケースの受け入れもしています。</p>			
(2)意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	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	B	
	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	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. 意見箱の設置や年2回の家族会懇談会の実施、要望ノートへの利用者からの要望や苦情を記録し、共有していますが、利用者への個別の面談は実施していません。</p> <p>35. 意見・要望・苦情に関して対応方法が定められており、それらを職員会議で共有して、サービス改善につなげています。</p> <p>36. 苦情・相談窓口は重要事項説明書に記載するとともに、事業所の掲示物として明示しています。また与謝野町の介護相談員制度も活用し利用者の相談機会の確保を図っています。</p>			
(3)質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	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。	B	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。	C	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		<p>37. 利用者アンケートを年1回実施しています。結果は職員会議で共有していますが、分析結果や検討の内容が文書化できていません。</p> <p>38. 全体会議を実施し、有限会社ジェイズの経営責任者、管理者、PT、栄養士が出席し、各部門のサービスの質について検討する仕組みがあります。他の事業所の情報などを収集し、検討する取り組みはありませんでした。</p> <p>39. 自主点検以外の自己評価の実施はありません。また、有限会社ジェイズのほかの部門は第三者評価受診をしています。今回グループホーム部門は初めての受診でした。</p>			