

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 5 年 1 1 月 2 7 日

令和 5 年 9 月 2 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた オハナきたケアセンター 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><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>管理者の役割は「キャリアパスと育成計画」に文書化し、職員に表明していました。また、管理者は半年に 1 度、個別面談を実施し意見を聞く場を設けるほか、毎月 1 回開催する定例会議に出席し運営上の課題について協議していました。その場で職員とのコミュニケーションが図れ、課題共有ができていました。</p> <p><b>2. 労働環境の整備</b></p> <p>半年に 1 度人事考課による職員面談を行い、職員の意向や要望を把握していました。また、毎月実施の定例会議で超過勤務と有給休暇取得率を確認し、取得率が低い職員に対して取得を促していました。</p> <p><b>3. 人権等の尊重</b></p> <p>理念や方針、倫理規程に利用者の意思及び人格を尊重する事を明記し、年間研修計画に位置付けて人権に関する研修を実施していました。また、全職員が「訪問介護自己評価基準」を用いて人権を尊重しているかを確認し、定例会議で共有していました。さらに利用者の自己決定を最大限尊重できるよう「ひもときシート（認知症高齢者の真意を読み解くツール）」を活用していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し</b></p> <p>適宜、アセスメントや個別援助計画作成・見直しを実施していましたが、課題を明らかにする手順、個別援助計画の変更の手順を定めていませんでした。</p> <p><b>2. 意見・要望・苦情の受付</b></p> <p>サービス提供時に利用者や家族の意向を聴取して、事業所内で共有・対応</p>

	<p>していました。また「ひもときシート」を活用して自ら意思を明確に伝達できない利用者の真意を掘り下げる取り組みを実施していましたが、意見や苦情等を広く収集する仕組みがありませんでした。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>定められた評価基準に基づき、PDCA（計画・実行・評価・対策）サイクルが有効に作用する仕組みが定められていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し</b></p> <p>個別援助計画作成に携わる職員は限定的であり、適切に作成されていますが、担当者が替わった時や経験の浅いサービス提供責任者が担当した時でも、個別援助計画に関連する一連のケアマネジメント作業を、同じ手順や基準で実施できるように、手順書やマニュアルを作成してはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 意見・要望・苦情の受付</b></p> <p>サービスの質の向上に関しては、様々な意見や苦情を受け付けることで更に改善することが期待できます。例えば、匿名性を確保したご意見を伺う内容のハガキを送付し回収することで、忌憚ないご意見を聴取することができるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>第三者評価共通評価項目チェックシートの設問項目は、サービスの質の向上に向けた内容になっていますので、設問項目に基づき年に1回、自己評価を実施し、結果から導き出された課題を次年度の取り組むべき課題として計画に挙げることで、PDCAサイクルの実施ができるのではないのでしょうか。更なる質の向上に繋がるために検討し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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2670100755
事業所名	オハナきたケアセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
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5年10月25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
<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。	B	B
		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思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	A
		(評価機関コメント)		1. 「常に笑顔で対応する」「尊敬の念を持って接する」等5つの基本理念を掲げ、毎年3月末に全職員が参加する定例会議で当年度の「事業所の指針」を周知していましたが、利用者や家族等の理解が深まるような取り組みは実施していませんでした。 2. 案件別の意思決定について、各種会議で検討を行い、管理者（取締役社長）の権限により決定する仕組みとなっていました。また、各役職者の責任の範囲については、「キャリアパスと育成計画」に定めていました。		
<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質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。	B	B
		(評価機関コメント)		3. 毎年「事業所の指針」を作成し当年度に取り組むべき事は明確にしていますが、中長期における計画の立案は策定していませんでした。 4. 全職員が参加する定例会議において地域交流や人材教育等についての課題を把握し、目標を設定していました。しかし、具体的な取り組み計画の立案や目標の達成状況の確認、見直しは出来ていませんでした。		
<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	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、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. 管理者は「訪問介護における制度改正とサービス行為ごとの区分等について」の研修を毎年受講し、職員に周知していました。しかし、把握すべき法令についてリスト化していませんでした。</p> <p>6. 管理者の役割は「キャリアパスと育成計画」に文書化し、職員に表明していました。また、半年に1度、個別面談を実施し意見を聞く場を設けたり、上司評価として組織活性化プログラムを活用していました。</p> <p>7. 管理者は常に携帯電話を所持し、連絡がつく体制を取っていました。事故が発生した際の指揮命令系統については「苦情・相談・事故マニュアル」に明記し、マニュアルに従って指示していました。</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。	B	B
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
実習の受け入れ	11	実習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. 求める人材像及び人事に関する基準は「キャリアパス制度要綱」に定めていました。制度に基づいて半年に1度人事考課を実施し、職員個々の職務内容を評価していました。</p> <p>9. 職員の定数を定め、人材確保の方針を確立していましたが、事業所の魅力を発信する等SNSやホームページを活用した人材確保につながるような取り組みはしていませんでした。</p> <p>10. 職員個々にキャリアパスを作成し、計画的に研修を実施し評価していました。また、毎月1回開催するヘルパー会議ではケアの内容について協議し、互いに学びあう仕組みが構築出来ていました。</p> <p>11. 実習の受け入れが無いこともあり、受け入れに関するマニュアル及びプログラムは策定していませんでした。</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。	B	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、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、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>12. 半年に1度人事考課による職員面談を行い、職員の意向や要望を把握していました。また、毎月実施の定例会議で超過勤務と有給休暇取得率を確認し、取得率が低い職員に対して取得を促していました。</p> <p>13. 「ハラスメント防止のための指針」を定め、職員が相談できる体制を整備していました。また、専門職への相談窓口を記載した書面を全職員に配布し周知していましたが、上司に対する要望や対応を解決する体制はありませんでした。</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。	B	A
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。		
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。	C	A

	(評価機関コメント)	14. 地域との関わりについては「事業所の指針」に明記していました。毎月開催される事業所連絡会及び不定期開催の地域ケア会議に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めるとともに、提供可能なサービスの情報発信を行っていました。 16. 事業所連絡会に運営委員として参画し、専門的な講習の立案や、他事業や地域の介護ニーズを収集していました。地域住民に向けて、地域の医師や大学の教授と連携し、地域課題の解決に向けた研修会を実施していました。
--	------------	---

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	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。	B	B
(評価機関コメント)		17. ホームページやパンフレットでサービス内容や事業所概要について情報発信していました。問い合わせについては業務日誌に記録し、内容を定例会議で共有していました。情報の公表制度は更新していましたが、事業所ホームページから直接アクセスできる仕組みがありませんでした。		

#### (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。	B	A
(評価機関コメント)		18. 契約時には重要事項説明書を用いて、利用者が負担する料金（介護保険本人負担分、食費、介護保険外サービス）について説明し同意を得ていました。また、成年後見制度や権利擁護については、パンフレットを常備して必要に応じて対応できる体制としていました。		

#### (3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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	B
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	B
(評価機関コメント)		19. 利用者の心身状況や生活状況等について、定期的にあセスメントを実施して状況を把握していました。利用者の心身や生活状況等に変化があった場合は、サービス担当者会議に出席して情報収集し、個別援助計画に反映していました。しかし、課題を明らかにする手順、個別援助計画の変更の手順を定めていませんでした。 20. 21. サービス担当者会議に出席し、各専門職や利用者及び家族の意向を反映した個別援助計画を作成していました。また、個別援助計画を利用者及び家族に説明し、同意を得て交付をした記録がありました。 22. 毎月、サービスの実施状況を把握してモニタリングとして記録していました。状況変化がありサービス提供を見直す必要があった場合は、介護支援専門員に介護計画の変更を提言していました。しかし、個別援助計画変更時の手順を定めていませんでした。		

#### (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。	B	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	B
(評価機関コメント)		23. 専門職・サービス事業所等とは、介護支援専門員を介して連携を図っていました。また、地域ケア会議参加による関係機関との連携や、北区事業所連絡会などを運営する組織の委員を担うことで、地域課題解決に貢献していました。さらに地域課題に対して、地域の医師や圏域の大学教授などと連携して研修会を開催していました。 24. 利用終了後の利用者及び家族からの相談は、事業所で定めた相談窓口で受け付けして対応する仕組みとなっていました。他サービスの移行に際して継続性を考慮した手順等は定めていませんでした。		

(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。	B	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。	B	B
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。	C	A
(評価機関コメント)		25. フローチャートなどを活用した実用的な各種マニュアルを整備し、年1回見直していました。しかし見直し時に苦情内容や満足度調査、事故防止策などの結果を反映する仕組みがありませんでした。 26. サービス提供内容を具体的に記録していました。「プライバシー保護、法令遵守」の研修にて、記録の管理方法について職員に周知していました。利用者の記録の保管、保存、廃棄について文書規程に定めていませんでした。 27. 月1回の定例会議で、利用者の状況や変化など情報・意見交換をしていました。また、パソコンの記録を活用するほか、メールや業務日誌を活用することで、即時情報を共有できる仕組みとなっていました。 28. サービス提供責任者は、必要に応じて訪問時や電話連絡により利用者の家族等と情報交換をしていました。		

(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。	B	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)		29. 感染防止マニュアルを整備し、感染予防対策に関する情報更新のほか年間研修計画に位置付けて感染対策研修を実施していました。また「感染対策実施チェックリスト」を活用して確実な対策に取り組んでいました。しかし、感染症発生時の具体的対応についてはBCP（事業継続計画）を作成中とのことでした。 30. 清掃は職員が実施し、事務所内や備品ロッカーは整理整頓できており、清潔で効率的にサービス提供できる環境となっていました。		

(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	B
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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		31. 事故防止・緊急時対応マニュアルを作成し、緊急連絡網で指揮命令系統を明確にしています。また、消防署と連携した普通救命講習の実施や、地域包括支援センター主催のシミュレーション訓練（訪問時に火災発生した想定訓練）に参加するなど実践的な訓練を実施していました。 32. 事故・ヒヤリハット報告書を作成・報告し、定例会議で共有・分析・事故防止に向けての取り組みを実施していましたが、マニュアルや事故防止策等の定期的な評価・見直しなどに活用する仕組みはありませんでした。 33. 地震や水害などの災害対応マニュアルを整備し、災害時のBCPを定例会議で協議検討して作成していましたが、地域との防災訓練に毎回参加することで地域との連携に取り組んでいましたが、利用者の安否確認方法を定めていませんでした。 34. 大規模災害発生時を想定した災害時のBCPを整備し、職員の安否確認や出勤する基準など状況に合わせてサービス提供を継続する計画を策定していましたが、しかし感染症まん延時のBCPは作成中とのことでした。		

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
<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	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。	B	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。	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>35. 理念や方針、倫理規程に利用者の意思及び人格を尊重する事を明記し、年間研修計画に位置付けて人権に関する研修を実施していました。また、全職員が「訪問介護自己評価基準」を用いて人権を尊重しているかを確認し、定例会議で共有していました。さらに利用者の自己決定を最大限尊重できるよう「ひもときシート（認知症高齢者の真意を読み解くツール）」を活用していました。</p> <p>36. 「高齢者虐待防止・身体拘束の適正化のための指針」を整備し、年1回研修を実施して意識づけしていましたが、不適切ケアが生じた場合の対応方法について定めていませんでした。</p> <p>37. プライバシー保護や羞恥心に配慮したサービス提供に関するマニュアルを整備し、年間研修計画に位置付けて研修を実施していました。プライバシーポリシーを策定し、全職員で「訪問介護自己評価基準」を活用することで意識づけしてました。</p> <p>38. 利用受け入れは原則断らず、可能な限り受け入れていました。状況により受け入れが困難な場合には、介護支援専門員と連携し他事業所を調整してました。支援困難ケースは介護支援専門員のみならず、地域包括支援センターとも連携して対応してました。</p>		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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、利用者等に周知されている。	C	B
		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。	B	B
		第三者への相談機会の確保	41	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>39. サービス提供時に利用者や家族の意向を聴取して、事業所内で共有・対応してました。また「ひもときシート」を活用して自ら意思を明確に伝達できない利用者の真意を掘り下げる取り組みを実施してましたが、意見や苦情等を広く収集する仕組みがありませんでした。</p> <p>40. 苦情対応マニュアルに則って苦情報告書を作成し、定例会議で検討・対応してましたが、内容や改善状況について公開していませんでした。</p> <p>41. 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口、連絡先等を記載してましたが、第三者委員を相談窓口を設置していませんでした。</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	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	C	C
		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。	C	B
		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	B	C
		(評価機関コメント)		<p>42. 満足度調査を実施していないため、サービスの質の向上に繋げる方法が確立していませんでした。</p> <p>43. 定例会議を毎月開催し、職員間でサービスの質の向上に係る協議をしていましたが、議論や検討結果がサービス改善のための取り組みには繋がっていませんでした。</p> <p>44. 定められた評価基準に基づき、自己評価を行う仕組みはありませんでした。</p>		