

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 4 日

平成 22 年 2 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人福祉施設 花友しらかわ）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>I－（１）（通番１）施設長自らが率先して法人理念や運営方針を職員全体に浸透するような取り組みがなされていました。</p> <p>I－（１）（通番２）組織としては法人で多種多様な事業所を運営しており、法人内でのポスト別会議や現場職員が交流できる機会を設け、それぞれが切磋琢磨できる機会が設けられていました。</p> <p>I－（２）（通番３）事業計画の策定や見直しはもとよりＱＣ活動を通じ各部署の現状を把握し、質の高いサービス提供に向けて熱心に取り組まれていました。</p> <p>III－（３）（通番１８）担当職員が毎月利用者と面接を行い、その内容をパソコンに入力し、管理されていました。また、サービス担当者会議には専門職の参加はもちろんのこと、利用者、家族の多くが参加されているとのことでした。その結果、個別援助計画には、利用者本人、家族の希望が取り入れられており、作成された計画書には最終的に利用者家族の署名、捺印で同意が得られており、利用者、家族も含めて利用者にかかわる全ての人たちでケアに携わっていることがうかがえました。</p> <p>III－（５）（通番２４）申し送りが必要な事項は各フロアにあるパソコンを通じて異なるフロアの状況も確認できる環境にありました。また、日々の細かい内容も回覧ノートを通じて申し送られ、職員の確認後は署名もされており、職員間での情報共有が密にされていました。</p> <p>III－（５）（通番２５）家族との情報交換を、利用者の状態の少しの変化や食事量の減少、体調不良等こまめに電話連絡しておられる状況がうかがえました。また、毎月１ヶ月の利用者の様子をまとめた手紙を家族へ送付しており、家族への配慮が感じられました。</p> <p>IV－（２）（通番３３）利用者との個別面談やサービス担当者会議・家族アンケート・意見箱等を貴重な意見の場ととらえておられる点、実際に挙げられた意見や苦情・要望については連絡調整会議・リスク委員会などで問題提議し、職員1人1人が考える体制を持っておられます。質の向上を目指そうとする姿勢が施設長会議をはじめ主任、フロア会議に至るまで数多くの議事録からも伝わってきました。また、苦情を内外にオープンにし、質の高いサービスの提供をしようとされる姿勢が十分に感じられました。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>IV－(3) (通番38) サービスの質の向上に尽力されている姿勢はうかがえましたが、委員会を立ち上げてまでの体制がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>IV－(3) (通番38) サービスの質の向上のための取り組み姿勢や努力は十分にうかがえますので、さらなる向上に向けて委員会を設置するなどされ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	2670600267
事業所名	介護老人福祉施設 花友しらかわ
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
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	平成22年2月4日
評価機関名	NPO法人 カロア

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）及び事業所のスタッフ全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践されています。	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)		法人の理念を明文化し、研修会や会議を通じ、スタッフに浸透し、ケアの上で実践するよう努力している。施設長自ら、理念や運営方針を直接スタッフに伝えるよう意識し、実践されている。			
	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)		法人が多種多様の事業を運営しており、法人内でのポスト別会議や現場職員の交流する機会を設けている。それにより、スタッフ一人ひとりが、自身の所属する部署のみに固守することなく広い視野を持ち、組織の一員として事業に参加するという高い意識で各自の課題に取り組むことが出来ている。			
(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、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、いつでもスタッフ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)		管理者自身はもとより、スタッフ自身の組織における位置づけを明確にしている。管理者への報告・連絡・相談に関する手順も明確にされており、マニュアル化され、管理者、リーダー共に、高い意識を持ってリーダーシップを発揮されている。			

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
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)		職員配置図の作成、随時更新することで、常勤、非常勤の比率や推移、有資格者の確保に努めている。また、無資格者に対しては、法人が運営する[ケアスクール]への紹介等配慮し、積極的に資格を得ようとするスタッフを支援している。施設内外研修も盛んで多くのスタッフの参加が見られた。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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。	A	A
		(評価機関コメント)		メンタルヘルス委員会を設け、リフレッシュしやすいように補助や互助会の運営を行っている。各部署、スタッフが休憩できる場所や時間の確保に努め、良好な職場環境作りがされている。育児休暇や産前産後休暇、時短などスタッフのライフワークに配慮した勤務形態を取り入れ、安心して働ける職場の維持に努めている。		
(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)		施設内会議室などが、地域の交流の場、社会資源として解放され、毎日多くの地域の団体の催しや会議の場として提供されている。また、大通りに面したレストランは、地域の方々にも開放され、食券を購入すればいつでも食事が出来、地域で暮らす高齢者やその介護者の利用も多い。		

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)		ホームページやパンフレットで情報を提供しており、詳細なサービスの内容については、掲示板に重要事項説明書を貼り出されている。		
(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)		利用開始時は重要事項説明書に基づき説明され、利用者家族の署名、同意を得られており、制度改正時も説明会を開き、説明を行われていることが確認できた。		

(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。	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	定期的又は必要に応じて、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)		毎月1回は担当者が利用者の面接を行い、内容はパソコンで管理されている。また、サービス担当者会議には専門職はもちろんのこと家族も参加されており、要望等もしっかり取り入れられていた。個別援助計画の見直しも定期的にてできている。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		施設に併設されている診療所の医師が主治医であり、利用者の体調不良時にはすぐに往診で対応されている。また、他の医療機関の受診が必要な場合は、医師と看護師が連携を図り、調整されている。		
(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、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	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。	B	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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		マニュアルは年に1回プロジェクトを立ち上げ、見直しが行われている。情報共有にあたっては、パソコン内で管理され、異なるフロアからでもパソコンを通じて確認することができ、またその他回覧ノートも活用し、些細な内容でも情報共有できるように努められていた。利用者家族へは、毎月1回利用者の日ごろの様子を記した手紙が送付されている。		
(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、スタッフ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)		感染管理委員会が設置されており、看護師が中心となり、研修等を通じて感染対策に取り組まれていた。臭気について、消臭機を設置しており、臭気はほとんど感じられず、汚物等は汚物処理室にあるエレベーターから直接下りようになっており、汚物が廊下やホールを通ることがほとんどない。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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	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	A
(評価機関コメント)		災害発生時は地域住民にも協力を依頼する体系を作っており、訓練も夜間を想定したものも含め定期的に行われていた。事故発生時は事故の分析をはじめ事故後の対応等も記載できるようになっており、事故再発防止に努められている。また、事故防止のためにもヒヤリハットはすぐにその場で書けるような工夫もされていた。		

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	30	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	31	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	32	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)		ケアについて利用者家族より出た苦情や意見などを謙虚に受け止め、利用者のプライバシーや尊厳について施設全体で話し合い、意識を高めていく姿勢が伺われます。個々の課題については業務連絡ノートが細やかに記され、意見や苦情などは誰でも閲覧できる場所に情報開示されている。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	公的機関等の窓口に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)		常日頃より利用者からの意見やケアに目を向けようとする姿勢で取り組んでおられるため、利用者や家族から意見箱に届いた意見、苦情、要望については、施設内での施設長会や連絡調整会、リスク委員会などで速やかに討議され、各部署でのサービスの改善や質の向上にもつなげている。		
		利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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)		既存の間取りを変更することで利用者にとって快適さを追求しようとする姿勢、介護相談員の意見を通じ、非常出口を知らせる表示をより分かりやすくするなど、様々なアイデアを模索し、現状から少しでも改善していこうとする姿勢が感じられる。		