

アドバイス・レポート

平成 18年 12月 28日

平成18年11月22日付けで第三者評価の実施をお申しいただいた 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、今後の事業所運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

| | |
|-----------------|--|
| 評価が高かった点 | <p>I－(3)－① 労働環境への配慮 I－(3)－② ストレス管理 I－(3)－③ 休憩場所の確保 I－(5)－② 継続的な研修の実施 II－(1)－① 業務マニュアルの作成 II－(3)－① 利用者・家族の希望尊重 III－(1)－② プライバシー等の保護 IV－(1)－④ 苦情に基づくサービスの改善 IV－(2)－② 質の向上に対する検討体制</p> |
| 理 由 | <p>I－(3)－① 手厚い看護・介護職員体制(2、08:1)がとられています。</p> <p>I－(3)－②③ 地域一般住民も利用できる広くシャレた職員用喫茶食堂があったり、互助会や提携宿泊施設等、職員の福利厚生への配慮がよくなされています。</p> <p>I－(5)－② 質の高い職員による、質の高いケアの提供をめざして、様々なテーマの研修に意欲的に取り組まれています。 具体的には採用時研修・エルダー制による新人教育・外部研修への積極的な参加・重要なテーマを網羅した年間全体研修・管理者から発信し、職員供覧にかけられている新聞や雑誌等様々な情報源から抜き出された介護関連情報の文章研修等が行われていました。</p> <p>II－(1)－① 各種業務マニュアルが整備されて閲覧できる状況にあり、これらのマニュアルはマニュアル作成委員会にて随時見直しがされ、その内容も実践に即した細やかな施設独自の対策・対応が示されており、高く評価できます。</p> <p>II－(3)－① 月1回利用者への面接を行い、家族の大半がサービス提供者会議に出席し、家族が施設へ来られない場合は1ヶ月に1度は近況報告をしてその際に家族の要望を聞くなど、家族や利用者の要望聴取に積極的に努め、サービス計画書に反映させていました。また、サービス計画書には家族の同意が得られていることが署名・捺印で確認され、施設・利用者・家族間のパイプをしっかりと構築することに努力されていました。</p> <p>III－(1)－② 各種マニュアルにはプライバシーを尊重した援助方法が記載されており、施設内研修や外部研修においてもプライバシー保護に関する内容があり、それらの参加者や研修報告書を確認することができました。更には多床室においてもプライバシーに配慮された間仕切りやトイレ、家具等利用者本位のコンセプトでよく設備整備されているなど、プライバシーの保護に積極的に努めておられます。</p> |

| | |
|-----------|--|
| | <p>IV-(1)-④ 回答し易く工夫されたアンケートや6箇所に設置された意見箱、月1回の利用者との個別面談等、苦情・意見を積極的に徴集する姿勢が窺え、寄せられた課題に対して各委員会で検討し、解決策を1階ロビーの掲示板に掲示する事で、スタッフの意識も高めサービスの質の向上に繋がるように工夫がされていました。</p> <p>IV-(2)-② 主任会議及びフロア会議の議事録からもサービス向上に努めていることが確認でき、またプロジェクトチームの活動やQC活動等、職員全体が一丸となってサービス向上に取り組んでいる様子が窺えました。</p> |
| 改善努力を要する点 | <p>I-(4)-② 業務レベルにおける課題の設定 II-(4)-② 事業所内の衛生管理等</p> |
| 理由 | <p>I-(4)-② ターミナルケアや感染症対策等、4つのプロジェクトチームやQC活動、できたて食や選択食(3回/w)の実施等、各職種別に課題を事業計画に位置づけて取り組まれています。各フロアで実際提供されている日中活動は、やや低調な印象です。</p> <p>II-(4)-② 施設内は綺麗に清掃されており、整理整頓に努めておられますが、物品管理に関しては清潔・不潔の観念や危険性を考慮して行われることをお勧めします。</p> |
| 具体的なアドバイス | <p>I-(4)-② 利用者は買い物や外出をととても楽しみにされていますが、人数的には限られており、クラブ活動も手芸と華道の2種類なので、今後は男性を含む多くの利用者のニーズを揃うようなプログラムを工夫され、特に認知症や重介護者のQOLの向上に、より一層努力されることを期待します。</p> <p>II-(4)-② 清潔・不潔の観念を徹底し、危険予知トレーニング等を実施することで、職員に気づきを促して、物品の管理方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> |

(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 |
| サービス種別 (複数記入可) | 介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護 |
| 評価機関名 | NPO法人 関西ヒューマンライツオンプラザ・パートナーソリューション |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | | |
|------------------|------------------------------|------------------|--|------|-----------|-----------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 | |
| I 健全な組織体制 | (1)組織の理念運用方針 | ① 理念の周知と実践 | 組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。 | A | A | |
| | | ② 運営方針の周知と実践 | 事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。 | A | A | |
| | | ③ 運営規程の遵守 | 事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。 | A | A | |
| | (2)組織体制 | ① 責任者等の協働 | 責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。 | A | A | |
| | | ② 管理者による状況把握 | 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 | |
| | | ③ 透明性の確保 | 責任者等は、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。 | A | A | |
| | | ④ 支援体制の充実 | 利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。 | A | A | |
| | (3)労働環境 | ① 労働環境への配慮 | 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 | |
| | | ② ストレス管理 | スタッフの業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い、業務の効率を高めている。 | A | A | |
| | | ③ 休憩場所の確保 | スタッフが充分に休むことができ、心身を休めることができる休憩場所を確保し、必要な設備・備品を備えている。 | A | A | |
| | (4)課題の設定 | ① 重点課題の設定 | 外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。 | A | A | |
| | | ② 業務レベルにおける課題の設定 | 各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。 | A | B | |
| | (5)人材の確保・育成 | ① 質の高い人材の確保 | スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。 | A | A | |
| | | ② 継続的な研修の実施 | 採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。 | A | A | |
| | | ③ OJTの実施 | スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。 | A | A | |
| | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 30 | 29 |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | | |
|-----------------------|------------------------------|----------------|--|------|-----------|-----------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 | |
| II 適正なサービス提供体制 | (1)サービスの品質の確保 | ① 業務マニュアルの作成 | 事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。 | A | A | |
| | | ② サービス提供に係る記録 | 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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。 | A | A | |
| | | ③ 確実な情報伝達 | スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。 | A | A | |
| | | ④ ケアカンファレンス | 定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。 | A | A | |
| | (2)個別援助計画 | ① アセスメントの実施 | 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。 | A | A | |
| | | ② 個別援助計画の作成 | アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。 | A | A | |
| | | ③ 専門家等に対する意見照会 | 個別援助計画の策定に当たり、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 | |
| | | ④ スタッフの意見の集約 | 個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を採り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。 | A | A | |
| | | ⑤ 個別援助計画の見直し | 定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。 | A | A | |
| | (3)利用者等の希望尊重 | ① 利用者・家族の希望尊重 | 個別援助計画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 | |
| | | ② 希望等を引き出す働きかけ | 利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。 | A | A | |
| | (4)衛生管理 | ① 感染症の対策及び予防 | 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 | |
| | | ② 事業所内の衛生管理等 | 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 | |
| | (5)危機管理 | ① 事故・緊急時等の対応 | 事故や緊急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。 | A | A | |
| | | ② 事故の再発防止等 | 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 | |
| | 小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 30 | 29 |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | |
|-------------------------------|----------|--------------|---|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | (1)利用者保護 | ① 人権等の尊重 | 利用者の人権や意思の尊重について、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 |
| | | ② プライバシー等の保護 | 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 |
| | | ③ 個人情報保護 | 利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。 | B | A |
| | | ④ 利用者の決定方法 | サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。 | A | A |
| | (2)情報提供 | ① 事業所情報等の提供 | 事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。 | A | A |
| | | ② 利用者に係る情報交換 | サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。 | A | A |
| | | ③ 開示請求への対応 | 利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。 | A | A |
| | | ④ 地域への情報公開 | 事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。 | B | A |
| | (3)利用契約 | ① 料金の明示と説明 | 介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。 | A | A |
| | | ② 合意書面の作成 | サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。 | A | A |
| 小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 18 | 20 |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 評価項目 | 評価結果 | |
|-------------------------------|--------------|-----------------|--|------|-------|
| | | | | 自己評価 | 第三者評価 |
| Ⅳサービスの質の向上の取組 | (1)苦情解決 | ① 苦情・相談窓口の明示 | 利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。 | A | A |
| | | ② 苦情やトラブルへの対応 | 苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。 | A | A |
| | | ③ 第三者への相談機会の確保 | 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 |
| | | ④ 苦情に基づくサービスの改善 | 利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。 | A | A |
| | (2)質の向上に係る取組 | ① 利用者満足度の把握 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。 | A | A |
| | | ② 質の向上に対する検討体制 | サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。 | A | A |
| | | ③ 評価の意義についての周知 | サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。 | A | A |
| | (3)評価の実施 | ① 自主点検の実施 | 京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。 | A | A |
| | | ② 自己評価の実施 | 事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。 | A | A |
| | | ③ 第三者評価の受け入れ | 客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。 | A | A |
| 小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと) | | | | 20 | 20 |

【大項目ごとの点数】

| 大項目 | 自己評価 | 第三者評価結果 |
|----------------|------|---------|
| I 健全な組織体制 | 30 | 29 |
| II 適正なサービス提供体制 | 30 | 29 |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | 18 | 20 |
| Ⅳ サービスの質の向上の取組 | 20 | 20 |

【達成率換算表】

| 大項目 | 達成率 | | | |
|----------------|-------|------|-------|------|
| | 自己評価 | | 第三者評価 | |
| I 健全な組織体制 | 30/30 | 100% | 29/30 | 97% |
| II 適正なサービス提供体制 | 30/30 | 100% | 29/30 | 97% |
| Ⅲ 利用者保護の観点 | 18/20 | 90% | 20/20 | 100% |
| Ⅳ サービスの質の向上の取組 | 20/20 | 100% | 20/20 | 100% |

