

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 12 月 26 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

平成 28 年 9 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた花友にしこうじにつきましては、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>II - (1) - 8・9 人材の確保・育成 研修が体系的、階層別に非常に充実して行われていました。また資格取得支援も行われ、キャリアアップにも積極的に取り組まれていました。</p> <p>III - (5) - 22 業務マニュアルの作成 きめ細かい業務マニュアルを作成し、定期的な見直しが行われています。事故や苦情があれば検討してマニュアルを改定する仕組みもあり、日常の業務に活かしやすい工夫がされていました。</p> <p>IV - (3) - 37・38 質の向上に係る取組 ケアの質を向上するために、利用者満足度調査、事業計画にそったユニット検証に取り組まれ、具体的に何をすべきなのかを明確にし、ユニットごとに自らのケアの見直しに日頃から取り組まれていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>IV - (2) - 36 事業所関係者以外の第三者委員を相談窓口として設置されていますが、利用者から第三者に相談されたケースはなく、苦情があれば施設だけでなく、法人全体で検討する仕組みが作られています。しかし、以前は外部の相談員に来ていただいている時もあったようですが、現在は、外部の方に相談ができる体制はないとのことでした。第三者への相談の機会を確保されることを期待いたします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>職員以外の外部の方と、話や相談等ができる機会を設けられてもよいかと思いました。</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	2670700398
事業所名	介護老人福祉施設 花友にしこうじ
受診メインサービス (1種類のみ)	ユニット型個室介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	無
訪問調査実施日	2016/10/31
評価機関名	NPO 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。	A	A	
	(評価機関コメント)		理念と方針に基づいた計画書を策定し、進捗状況を定期的に確認し、全職員に理念カードを配布する等、職員が理念・方針を意識できる機会が作られています。また家族に施設の取り組みを説明し、理念への理解が図られています。職務権限を明確にして各会議を階層別に開催し、決定事項を職員へ周知し、職員の意見を管理者へ伝えられる仕組みも確認できました。			
	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)		理念に自主点検や顧客満足度調査を反映させた事業計画を作成し、半期ごとに進捗状況の確認をして見直しも行われています。各部署が参加する会議や全職員が参加するユニット会議で、課題の設定と解決に向けた見直しが行われていることを確認しました。			
(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	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。	B	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)		法令遵守事項の伝達は会議を通じて行われています。また管理者が連絡調整会議等に参加して意見交換し、匿名の職員アンケートで管理者を含めた上司の評価をする仕組みが構築されていました。急変時等に管理者に指示を仰ぐ際の対応は、職員からのヒアリングで確認できました。			

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。	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)		常勤は介護福祉士の資格を有し、人員配置は1:1.68、キャリアアップとして実務者研修等の受講を補助する体制があります。施設及び法人研修が体系的かつ階層別に計画・実施されています。実習受け入れ方針やマニュアルが整備され、実習指導者を配置して実習等の受け入れもされてました。		
(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)		職場向上委員会を設置し、職場環境の改善に取り組み、サービス残業はなく、時短の配慮もされています。リフレッシュ制度を設けてストレスが解消できる仕組みを作り、リフター、スライディングボードなど介護機器を導入し腰痛対策に取り組み、産業医等の相談窓口を周知してメンタルヘルスに対応されています。職員休憩室は臨時の工事中で使用できず、改修後の使用を目指しておられます。		
(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)		建物外の掲示板で地域住民に施設行事への参加を呼びかけ、ボランティアコーディネーターの配置や地域住民へのアンケート実施して、地域のニーズを把握し、地域行事等の情報収集に努め、利用者と職員と一緒に地域の行事に積極的に参加しておられました。		

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)		パンフレット・ホームページ・広報誌・施設内掲示等を利用して施設の情報が提供されています。問い合わせや事業所見学の希望にも対応していることが記録で確認できました。入居前と入居後の説明資料をそれぞれに作成して、丁寧にかつ漏れなく説明できる工夫がされていました。		
(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)		重要事項説明書内に具体的なサービス内容が記載されており、利用料金に関しては料金表を作成して個別に家族・後見人等に説明し、同意が得られていました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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	A
(評価機関コメント)		基本的には計画書(1)は6か月、計画書(2)は3か月ごとに見直しをし、体調の変化等があった時には臨時の見直しもされています。本人・家族の意向と共に、主治医や各専門職の意見照会・聴取をし、モニタリング、状態の変化、新たなニーズの確認も行われていました。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		ご利用者が入・退院の際には嘱託医や病院の地域連携室と情報交換をし、利用者や家族を支援する体制が築かれています。		

(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。	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。	A	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。	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)		きめ細かい業務マニュアルを作成し、定期的な見直しが行われています。事故や苦情があれば検討してマニュアルを改定する仕組みもありました。個別援助計画に基づくサービスが実施され、会議で職員の意見集約やご利用者の情報共有を図り、ご家族と連携を取りつつ支援がされています。		

(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。	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)		感染症マニュアルが作成され、定期的に施設内研修、法人研修を実施し、外部研修の伝達研修も行われています。安全衛生委員会でも体調管理、二次感染の防止に関して具体的な対応が検討されていました。事務所内は整理整頓されており、特に居室やユニット内に脱臭機を入れ臭気対策に力を注がれています。		

(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	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
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	A
(評価機関コメント)		事故や緊急時のマニュアルが整備され、定期的に緊急時対応についての研修が行われています。事故報告書等を作成・回覧し、必要時には保険者に報告し、リスクマネジメント委員会にて再発防止に向けた検討がされています。地域の消防訓練や災害時想定訓練にも参加して積極的に地域との連携も図られています。		

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
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。		A	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)	プライバシーに配慮したその方らしい生活を支えるサービス提供が行われており、プライベートな空間と共有スペースを区別し、プライバシーや尊厳の保持について問題意識を持った内容の研修を実施されていました。入所決定は第三者委員を含んだメンバーで公正・公平性を保持されています。				
(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。		A	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。		A	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。		B	B
	(評価機関コメント)	家族説明会・懇談会等、家族と会い意向・要望を伺う機会が多く、利用満足度調査等で、提供しているサービスの見直しや改善が行われ、利用者・家族の意見・要望に応じたサービス提供に努められています。苦情にも丁寧に対応されていることが記録で確認できました。				
(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	A
	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。		A	A
	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。		A	A
	(評価機関コメント)	ユニット検証委員会で、3か月ごとに実施されているサービスの検証が行われています。各ユニットでは、事業計画に基づきテーマやねらいを定め、具体的な行動計画をたて実施し毎月評価することで、より質の高いサービス提供ができるよう取り組まれています。				