

アドバイス・レポート

令和元年5月30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31年1月14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風花につきましては、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>○理念・運営方針の周知 施設内の掲示は、見やすく工夫されています。会議毎にも全職員への周知を徹底しています。また、各種研修では、冒頭に理念・運営方針をテスト形式で確認するなど、独自の取り組みをされています。</p> <p>○地域への貢献 地域密着型サービス運営委員会で意見交換を行い、地域ニーズの把握に努めています。事業所の地域交流フロアを地域サロン活動や認知症理解のための学習会等に貸し出しています。法人主催の地域貢献事業として、リハビリスタッフによる腰痛予防や疲労回復に役立つ体操やストレッチ講座を実施しています。</p> <p>○事業所内の衛生管理等 次亜塩素酸水（中性電解水）を、トイレや床、手すりなどの拭き掃除、汚物処理などに使用し、除菌や感染予防対策としています。この仕組みは、施設開設時より導入しており、これまでノロウイルスの罹患者が一度もなく、ここ3年は利用者のインフルエンザの罹患者もないとのことでした。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中長期計画の策定 現場職員で構成されるユニット会議、各ユニットリーダーからなるリーダー会議、各部署の責任者で構成する戦略会議、各種委員会において問題点や改善点について検討を行い、単年度の事業計画が策定されています。不定期ですが、利用者アンケートが実施されており、評価・分析し事業計画に反映させる仕組みがあります。しかし、中長期計画はありません。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 五十鈴会職員スキルアップ研修要項に沿って研修計画を立て、実施し、また外部研修については、参加希望があった場合必要に応じて参加できるようにしていますが、階層別・体系的な計画とはなっていません。</p> <p>○各種マニュアルの整備 1年に1回の見直しができているマニュアルが散見されました。見直しの基準も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>高齢者生活支援施設きらは、平成14年度から法人として取り組みを始めた「ユニットケア」の理念のもと、平成24年5月に小規模特養にグループホーム、小規模多機能施設を併設した形で福知山市北部の北陵地域で開設し、事業展開してきました。グループホーム風花は、ハード面からの取り組みとして各居室をフローリングと、建具（障子）で区切られた4畳半の畳の間を備えた「一部屋2ルーム」とし、畳での生活も可能にして在宅での生活に近づける環境になっています。施設内には地域交流フロアがあり、地域住民との交流も積極的に行われています。現在、小規模多機能施設は介護職員不足のため事業停止しています。現在の事業展開を軸に今後、益々事業所の有する機能を活用し地域とともに発展していかれることを期待しアドバイスをさせていただきます。</p> <p>○中長期計画の策定 事業停止している小規模多機能施設の再開、施設内保育所の活用なども含め中長期的な事業計画を策定して年度ごとの到達目標を決め、その上で各年度の事業計画を立ててはいかがでしょうか。現在不定期になっている利用者アンケートを毎年定期的実施・分析し計画に反映させる仕組みを確立することも、単年度計画だけでなく中長期計画を立てる上でも有効だと考えます。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 研修計画において新人研修プログラムはありますが、階層別研修等のプログラムがありませんでした。職員が個々にスキルアップの目標を持ち計画的に研修に取り組むためにも、経験年次別研修、管理者研修、係別研修など体系的な研修計画に整理していかれることをおすすめします。</p> <p>○各種マニュアルの整備 マニュアルに関する部門等を設置する等、重点的にマニュアル整備をされることをおすすめします。苦情、利用者アンケート、ヒヤリハット報告・事故報告等をもとに、課題分析、研修実施などが行われていますので、そういった機会を活用する等により、現場で活用されるマニュアルの作成に繋げていかれることを期待します。</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	2692600212
事業所名	グループホーム風花
受診メインサービス (1種類のみ)	(介護予防) 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)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
訪問調査実施日	平成31年3月22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。	B	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	A	
	(評価機関コメント)		1. 理念は玄関、各ユニットの入り口等に見やすく目につきやすい工夫をして掲示してあります。毎月開催される職員会議、各種研修の場面でも確認する機会を設けています。 2. 理事会は毎月1回開催し、戦略会議、リーダー会議、ユニット会議と伝達及び現場の声を届ける仕組みになっています。職務規定により権限委譲や責任の規定も確認できます。			
(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。	C	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. 平成27年、30年とアンケート実施し、利用者ニーズを把握するなどの取り組みを行い、ユニット会議、各種委員会で問題点や改善点の検討を行って、単年度の事業計画に反映されています。中長期計画はありません。 4. ユニット会議、リーダー会議、戦略会議などで各業務レベルの現状把握や課題の設定ができています。定期的な見直しの仕組みが確立できていません。			
(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	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)		5. 法令等に関する研修には施設長や担当者が出席し、パソコン上で必要な法令はいつでも調べられるようにリンク先を明示しています。毎月開催している職員会議で周知し参加できない職員には課題を作り提出してもらうなど工夫しています。 6. 毎月の戦略会議や職員会議が、管理者の役割と責任について表明する機会となっています。今年度の取り組みとして「本音アンケート」を全職員実施し、項目の一つに施設長へのフィードバックの機会としています。 7. 事業の実施状況についてはパソコン上でいつでも閲覧でき、トラブルなど発生時は、緊急時対応マニュアルに沿って施設長からの指示が仰げる体制となっています。今年度、緊急連絡の訓練を実施し、体制の見直しも行っています。			

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
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	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。	B	B
		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)		8. 月毎に人員配置状況を作成し常勤換算比率を確認しています。保有資格一覧表にて有資格者を把握しています。 9. 五十鈴会職員スキルアップ研修要綱に沿って研修計画を立てていますが、階層別の体系化された計画にはなっていません。研修案内の回覧、研修情報の提示などにより外部研修も受講できるよう働きかけています。毎月1回以上、法人全体で理学療法士によるスキルアップ研修を実施し、その様子などをブログに載せています。 10. 実習受け入れマニュアルと福祉即戦力人材養成科就職支援プログラムに沿って、連絡窓口や実習項目などを整備しています。中学生の福祉体験では、福知山市社会福祉協議会で発行される「きぼう」に受け入れ状況を記載しています。		
(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	B
		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	A
		(評価機関コメント)		11. 移動移乗リフト（床走行リフトスタンディングリフトなど）を配置し、職員の負担軽減に努めています。時間外勤務や有給消化率はデータ化し管理していますが、分析・検討ができていません。 12. 共済会に入っており福利厚生が整っています。メンタルヘルス等の相談窓口は、職員玄関などに掲示しており、職員が把握できる環境を工夫しています。産業医の配置もあります。職員に本音アンケートを実施し意向調査をしています。職員が休める場所を3か所設けています。		
(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。	B	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)		13. 食堂に地域の情報などを掲示し、利用者に情報提供を行っています。定期的に行う地域密着型サービス運営委員会でボランティアの協力依頼を行っています。「きらら通信」を発行し、地域の自治会に回覧板で事業所の様子などを伝えています。 14. 地域サロンや認知症理解の学習会への会場の貸し出しや、法人主催の地域貢献事業として腰痛予防体操やストレッチ講座等を開催しています。2か月に1回開催する地域密着型サービス運営委員会にて意見交換により地域ニーズの把握を行っています。		

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
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. 重要事項説明書、パンフレット、料金表を活用して説明しています。タイムリーな情報は、ブログ「きらら物語」で発信しています。		

(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. 成年後見制度のパンフレットをユニット玄関など目につきやすい所に備えています。重要事項説明書に家族等の署名、押印があります。		
(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	B
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	B
(評価機関コメント)		17. 介護ソフトを使用し、随時アセスメントを更新していますが、定期的な見直しをする仕組みはありません。 18. サービス担当者会議には、本人及び家族も参加しています。本人及び家族の希望は、個別援助計画に反映されています。 19. 個別援助計画の策定にあたり、主治医や理学療法士などの専門家に意見を求め、計画に反映しています。 20. 見直しを行う時期や変更を行う基準が定められておらず、3ヶ月ごとの見直しが行われていません。		
(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	A
(評価機関コメント)		21. 地域の医療機関一覧表を作成し、主治医などと連携を図っています。退所する利用者の心身状態を考慮して、受け入れ可能な事業者との連携・調整を図っています。		
(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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルを作成していますが、マニュアルの見直し基準を定めていません。業務によってはマニュアルが確認できないものもありました。 23. 法人の文書管理規定により記録の保管、保存、持ち出し、廃棄などの管理が行われています。個人情報保護や情報開示の観点から指導・教育は行っていますが、定期的な研修は行っていません。 24. 利用者状況などの情報共有は、送りノートを活用し、確認した職員がサインを記入する方法を用いています。カンファレンス（ユニット会議）は、3か月に1回開催しています。 25. 受診や面会の機会に、家族に文章や口頭でモニタリング情報や日常の様子を伝えています。広報誌やブログで情報提供しています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症対策マニュアルを作成していますが、更新日が確認できませんでした。感染性疾患発生時期に合わせて勉強会を開催していますが、参加できなかった職員には、テストの実施や報告書の提出を義務付け知識の伝達を行っています。インフルエンザの利用者は個室対応を行い、受入れています。感染症対策キットを事業所内の複数の箇所に準備しています。 27. 事業所内は整理整頓が行き届いています。次亜塩素酸水（中性電解水）の散布やイオンプラズマ発生器を活用することで、事業所内の臭気は取り除かれています。		
(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。	C	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。	B	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を作成し、研修や訓練を実施しています。事故・緊急時の責任者及び指揮命令系統を定めています。 29. 事故やヒヤリハットの報告は、安全対策委員会で検討し、現場にフィードバックすることにより再発防止に努めています。事故・ヒヤリハット後の対応についてのマニュアル・規程の見直しが行われていません。 30. 自然災害発生時に地域と連携する体制が定めていますが、想定した訓練は行われていません。備蓄について地域の事業者と契約しています。		

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)		31. 施設の理念・運営方針は、利用者の人権や尊厳に配慮したものになっています。身体拘束廃止委員会により、高齢者の尊厳保持や身体拘束について研修を開催しています。 32. 介護技術研修や接遇研修において、利用者のプライバシーについて周知徹底を行っています。施設はプライバシーに配慮した環境が整っています。 33. 入居希望者待機者リストで申し込み状況を把握しています。京都府の指針に基づき五十鈴会入居評価基準を策定しています。受け入れ可能状況を提示し、今まで申込者に対して断ったケースはありません。			

(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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>34. 玄関に意見箱を設置しており、定期的に確認しています。利用者の意見・要望などは日々聞き取りしていますが、定期的な機会とはなっていません。年1回の利用者懇談会を兼ねた敬老祝賀会では、家族に利用状況や意見、要望、苦情などの聞き取りを行っています。</p> <p>35. 利用者の意見、要望、苦情は、戦略会議で検討した後、ユニット会議、職員会議にて共有し、サービスの質の向上に努めています。意見、要望、苦情などの内容や改善状況は、個人情報の保護に配慮しながら公開しています。</p> <p>36. 月1回介護相談員の来所日は掲示板にて知らせています。相談・苦情窓口は、契約書、重要事項説明書に明記していますが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口の設置はありません。</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。	C	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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>37. 2018年度は、利用者に対する満足度調査はアンケートを実施しましたが、毎年実施できていません。満足度調査アンケート集計結果は、「きらら通信」にて利用者及び家族に報告しています。</p> <p>38. 戦略会議を毎月開催し、サービスの向上について話し合いを行っています。北部施設の任意団体である「ユニットイン北京都」に職員が参加し、他事業所との連携を図り、情報交換を行っています。</p> <p>39. サービスの質向上委員会を設置し、自主点検などを行っていますが、自主点検以外に自己評価はできていません。前回の第三者評価受診は、2014年度でした。</p>		