

アドバイス・レポート

令和元年 10 月 29 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

令和元年 8 月 31 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にしこうじ）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>1) 事業計画の策定、評価の実施と課題の明確化（通番 3、39）</p> <p>毎月、各ユニットにおいてハード部門（器具什器の不具合、躯体の状況等）、ソフト部門（利用者及びご家族への対応等）、システム部門（業務の推進上問題となる事柄等）の 3 部門に切り分け検証されていました。各部門をきめ細やかに検証することで、年度の事業計画の進捗状況やその対応が具体的な内容で記載されており、いわゆる P D C A サイクルに沿って実施されていました。自己評価の指針にも活用されており、サービスの向上に結び付いていると感じました。</p> <p>2) アセスメントの実施、利用者・家族の希望尊重（通番 17、18）</p> <p>全利用者に対して生活全般の流れが確認できる『24 時間シート』をオリジナルで作成されています。個人持ちのお茶わんやお箸、湯呑みは写真を添付される等、個別性を尊重されています。通常は 3 か月毎に見直し、変更点はわかりやすいように色をつけるなど個別援助、自立支援援助にとっても有効なシートになっていました。また、そのシートそのものがアセスメントでもあり手順書ともなっており、複数のユニットを援助する職員にとっても、個々の趣味等が認識できるものになっていました。ご家族にも配布され、日々の様子や介護の状況が確認できる情報共有ツールにもなっており、有効に活用されていました。</p> <p>3) 利用者の家族等との情報交換（通番 25）</p> <p>毎月、利用者のご家族全員に手書きのお便りを送付されていました。ご家族と情報共有するツールとして有効であるのはもちろんですが、職員が一人一人に焦点をあてて手紙を書くということで、個別援助の意識も高まると思います。ご家族のサービス担当者会議の参加もほぼ全員されています。調整が大変と思いますが、ご家族の意向を大切にしている表れだと感じました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 業務マニュアルの作成（通番 22） 新人研修の時に一人一人に『職員のしおり』というファイルが渡され、基本的な業務マニュアルが含まれていましたが、作成日、改定日が確認できませんでした。また、改訂されても新人以外の職員への配布がどのようにされているのかが確認できませんでした。</p> <p>2) 第三者への相談機会の確保（通番 36） 利用者やご家族等の多くの意向をとらえ、実践する取り組みを行われていましたが、関係が近くなるほど苦情や相談事は出にくくなるかと思われま す。利用者やご家族にとっての相談場所としての第三者の受け入れを実施されてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 業務マニュアルの作成（通番 22） 業務マニュアルは新人ファイルの中にあり、入職時に個別に配布されています。毎年改定されているとのことでしたが、作成日や改訂の日付が確認できませんでした。また、改訂されても配布するのは新人職員に配布され、他の職員への周知が十分でないようです。作成日、改定日を明確にし、どれが新しいマニュアルかわかりやすくするとよいと思います。また個別に配布しなくとも変更・更新すれば、各ユニットに最新のマニュアルを配布し、わかりやすいところに置くなど工夫されてはいかがでしょうか。多くの施設を運営されている法人でもあり、職員の施設間異動を鑑みると、基本的な介護マニュアルは法人事務局が主体となり作成されることで、法人が必要とする職員像を反映しやすくなるのではないのでしょうか。</p> <p>2) 第三者への相談機会の確保（通番 36） 利用者が自由に外部の機関に相談できる環境の準備については、OB家族やボランティアのご協力のもと傾聴活動は実施されているということですので、この機能を発展的に整理され、利用者により身近な方々に相談活動を実施してもらえる仕組みを構築されたり、介護相談員の施設巡回依頼を積極的に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)

※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)	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	令和1年10月4日
評価機関名	一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会

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。	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)		1)法人及び事業所の理念はパンフレットやホームページに記載されていました。理念の具体的な実践の為に、施設の運営方針が設定され、開設当初から受け継がれていました。家族等への周知は家族懇談会の場で取り組み等を説明されていました。2)各ユニットのリーダーによる会議での案件を、施設全体の連絡調整会議で話し合いが行われ、最終は施設長を含む運営会議にて決済され、案件に応じて法人施設長会議に上程する仕組みになっていました。それ以外に食事や個別ケア委員会等10の委員会が機能していました。			
(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。	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)		3)事業計画は部署ごとに作成され、全体会議で広く周知されていました。また、年度途中に評価を行い、計画の進捗状況を確認されていました。4)具体的な行動計画がわかりやすいように、ソフト(利用者対応)・ハード(器具什器)・システム(仕事のプロセス)に分け、3カ月ごとに委員会にて検証されていました。			
(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)		5)法人の顧問弁護士や社会保険労務士が講師となり、法令遵守の研修を実施されていました。また、労働関係の変更については法人事務局より情報送致を受けておられました。6)具体的な職務役割分担は管理規定に明文化されていました。7)管理者が公休日や不在時は室長代理や相談員が緊急事態に迅速に対応できるよう勤務が設定されていました。休日、夜間の連絡体制についてもマニュアル化されていました。			

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
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)		8)常勤職員は介護福祉士資格を必須とされており、介護福祉士以外の介護職員については入職後に実務者研修の受講を支援する仕組みがあり、資格取得のバックアップをさせています。9)新人研修、次期リーダー育成研修、リーダー研修を実施され、法人内における個々のキャリアアップ体制を構築されていました。10)日本ユニットケア推進センターの現地研修施設として、年間約100名の受け入れを実施されていました。前者以外にも京都府社会福祉協議会より市内大学生や教職免許取得のための介護体験の受け入れをさせていました。		
(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)職員の介護負担軽減のため、リフトやスライディングボード等の福祉用具の活用や法人内他施設の理学療法士の巡回による介護技術習得研修を実施されていました。12)法人の産業医がメンタルヘルスを目的とした相談室を設置してされていました。大きな休憩室は無いものの、介護職員室の奥やボランティアルーム、カラオケルーム等現場から離れて休憩可能な場所が確保されていました。		
(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)		13)地域行事(桜まつり、運動会等)には積極的に参加されています。地域のボランティアの方々が利用者の話し相手や館内の掃除等得意な実践ができるよう、担当者を配置しておられました。14)学区自治会の運営推進会議に参画したり、施設職員が防災ボランティアとして活動されていました。また、介護予防教室を地域内の介護事業所と連携し、年4回程度開催し、その際に参加者にアンケートを実施し、地域ニーズを把握するよう努力されていました。		

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	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)パンフレットには施設内のカラー写真や、ホームページではグーグルマップにて館内を疑似見学が出来るようになっていました。また、見学者の目的や人数等を業務日誌に記録されていました。		
(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)		16)利用料金に変更になる際は、新たな料金表を作成し、家族説明会を実施し、参加できなかった家族に対しては、後日資料を送付し面会時やサービス担当者会議の際に説明し同意を得ておられました。		

(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)		17)18)総合的な援助方針は、利用者本人の思いや家族の意向を踏まえ、具体的に計画を立てておられました。特に生活全体を24時間という時間軸でとらえアセスメントされており、介護実践における手順書としての機能も有しており、綿密なシートを策定されていました。19)サービス担当者会議に参加できない職員については事前に照会を求められたり、法人内他施設の理学療法士からも意見照会を実施されていました。20)長期目標の設定は6か月、短期目標は3か月のスパンで見直し、総合的な援助方針は年1回利用者または家族参加を必須とする担当者会議で検討して、計画そのものに個々のそれまでの生活を反映させ、今後どのように継続していくかを協議し共有されていました。3か月ごとに更新される計画書は家族に送付し、同意を得ておられました。		

(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)		21)地域の事業所や学区社協との連携により健康体操のサークル等の活動を施設のスペースを使用し開催されていました。近隣医療機関の地域連携室と連携し入退院時の情報交換を実施されていました。		

(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	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。	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)		22)施設にて作成されている「職員のしおり」を基本マニュアルとされていましたが、内容が古いものもあり、更新時期が明確になっていませんでした。23)個人情報保護については職員全体研修を実施されています。また、記録の保管等については管理マニュアルにより規定されていました。24)介護ソフトを用い、常に閲覧・記入・更新ができる体制になっていました。ソフトとは別に作成されている24時間シートは必要なサービスの手順が記載され、随時更新されていました。25)毎月、全利用者の家族宛てに手書きのお便りが送付されています。一人一人を大切に援助されていると感じました。年1回の家族懇談会も継続されており、情報収集の場になっていました。		

(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)		26)最新の流行感染症の状況を医務室や相談員を中心に確認しておられました。また、出来るだけ全職員が研修参加出来るように、同じ内容のものを2回実施し、欠席者は研修報告書を閲覧すると同時に各ユニット会議において、再度申し送りを実施されていました。27)館内に108台のサリール脱臭器を設置されており、臭いは全く感じませんでした。ユニットそれぞれに装飾を凝らし、落ち着ける雰囲気を作り出しておられました。また、汚物専用の運搬用エレベーターがあり、居住区とバックヤードがしっかりと区分されていました。		

(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)		28) 地域の方にも呼び掛けを行い、AED訓練を年1回実施されていました。29) 事故の分析や今後の改善策等は毎月のリスク委員会にて話し合いを行っていました。家族等への入居中の事故発生に伴う情報提供については、軽微な事故の報告の必要性を事前に聞き取り調査し、対応されていました。30) 消防訓練以外にも地震を想定した訓練も実施されました。また、地域の福祉避難所として指定を受けておられ、学区内の避難場所や使用可能な井戸水等を示した地域防災マップ看板を外部の壁面に掲示されていました。		

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

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) 人権擁護の全体研修を開催し、法人として組織として理解を深めるための取り組みを実施しておられました。32) プライバシーや羞恥心について記載されたマニュアルを全職員に配布するとともに研修を実施されていました。33) 入居検討会、入居判定委員会を開催するとともに第三者委員の参加と意見を求めることで入居者の決定を公平公正に行われていました。		

(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)		34) 年1回の入居者満足度調査を実施し、家族懇談会で報告するとともに意見交換を行っておられました。35) 施設長会議、運営会議、連絡調整会議で情報共有を図ると共にサービスの向上につなげておられました。36) 公的機関や第三者委員などの相談窓口の連絡先を事業所内に掲示しておられます。市民オンブズマンや介護相談員など外部相談員の受け入れは出来ていませんでした。		

(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。	B	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)		37) 入居者満足度調査の結果を各種会議で分析検証しサービスの改善を実践されています。次年度に満足度調査を実施するというPDCAサイクルが成り立っており、調査前後の改善状況を確認する仕組みがあることを確認いたしました。38) 運営会議、連絡調整会議、ユニット会議が開催されサービスの向上について検討されています。年度末に開催される法人全体研修は、各施設の取り組みを報告する中で法人全体でサービスと意識の向上につながる大変有意義な取り組みとなっていました。39) 毎月のユニット検証においてハード、ソフト、システムについて細やかに検証し自己評価されていました。		