

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 4 月 2 4 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 3 年 1 1 月 2 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 日本いのちの花協会 居宅介護支援事業所 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>通番 1</p> <p>組織の理念に「創業の精神」及び、「創業の精神」を踏まえた「実践の理念」「情報提供の理念」を掲げ、その実現に向けて邁進されて居ます。医療の現場と社会福祉の実践を通して、認知症の高齢者の生を看取りまで支える人材を育成することを基本目標と到達イメージに据え、1992年5月から今日まで一貫して取り組んでこられています。</p> <p>通番 8、9 人材の確保と育成</p> <p>認知症ケア・看取りケア専門施設として人材プランに3つの「法人理念」と8つの「ケアの基本方針」を追求し続けることを掲げ、開設以来一貫して職員教育に努めておられます。「採用の流れ」に沿って、初期研修に40時間かけて座学・実技・現場研修（OJT）を実施し全部署の職員を対象とした職場研修を実施しています。</p> <p>職場研修は「理念と方針を追求する」をテーマに30項目の課題を全部署全職員に課しています。キャリアを有する現場職員とケアの有資格者である事務職員が新任者を「学び部」でフォローしています。また、「マナーとコミュニケーション」研修で、ケアの提供に利用者の権利擁護、利用者の意思決定を尊重することを職員に周知徹底しています。実習生のオリエンテーションに2時間かけ、法人の理念やケアの基本方針の理解を深める取り組みを行う等、実習生のインターンシップに努めています。</p> <p>通番 17～20 個別援助計画の作成</p> <p>「ライフケアマネジメントの方針」と「ケアマネージャー業務手順」に沿って、利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況等のアセスメントを実施し、個別援助計画を立案し、自主チェック表（内部監査）で提供サービスが計画に沿っているかを確認しています。</p>
-----------------------------	---

	<p>通番30 災害発生時の対応</p> <p>「事故・苦情・災害の発生時マニュアル」とカラー刷りのポスターを作成し、年2回、実施訓練を行っています。また、災害時発生対応マニュアルに基づいて火災と地震発生時の実施訓練を行っています。有事に敷地内に設置した井戸（水）を地域住民に提供できる様にしています。災害時に職員体制が整いにくいことを勘案し、非常食の形態を利用者が独りで食事できる様にしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番36 第三者への相談機会の確保</p> <p>重要事項説明書の「苦情処理の体制及び手順」に法人と公的機関の窓口を明記しておられますが、第三者を相談窓口として設置されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番36 第三者への相談機会の確保</p> <p>第三者を相談窓口として設置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	2670600028
事業所名	日本いのちの花協会
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
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4年3月28日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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. 組織の理念に「創業の精神」「実践の理念」「情報提供の理念」を掲げ、8項目のケアの基本方針及び追及すべき優先順位を定め、理念の実現に向けた行動指針として職員に浸透させている。サービスが理念及び運営方針に沿っているかどうかを事業所の全職員が毎月、自己評価を実施し、年度末に総合評価を実施している。 2. 組織図を基に各種の委員会や検討会議を開催し、全職員の意見や要望を反映させている。議事録で確認できた。		
(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. 中長期事業計画(2021-2025)と短期事業計画(2021年度)を策定し、年度末に全職員が各部署会議でそれぞれの事業計画の達成度を振り返り「各部署事業計画振り返りと対策」に記録している。 4. 部署毎に業務の月間目標を掲示し、達成度をチェック表を活用して自己評価と内部監査や他部署からの他者評価で確認している。各業務レベルに応じた研修プログラムには、必ず「理念とケア方針」を明示し、常に職員一人ひとりが開設以来法人が大事にしていることを意識し業務に取り組める様にしている。		

(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. 各種の法令をファイル化し職員休憩室に設置している。職員はいつでも確認することができる。利用者の人権擁護や虐待防止、身体拘束等の法規制、事故発生防止、感染症予防、個人情報保護等に関する研修(座学・実施訓練)を定期的実施している。 6. 7. 組織図を基に運営規程や重要事項説明書に管理者の役割と責任を明記している。管理者は、責任者会議や部署別会議(ケア・アシスタント・栄養・事務局等)等)に出席し、業務日報や報告書(ヒヤリハットやトラブル・クレーム)で現場の状況を常に把握し、職員に対して具体的な指示を行っている。管理者は「マナーコミュニケーション評価表」で現場職員から評価を受けている(評価する職員は輪番制)。		

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. 9. 認知症ケア・看取りケア専門施設として、人材プランに3つの「法人理念」と8つの「ケアの基本方針」の追求し続けることを掲げ、無資格・未経験者も採用している。「採用の流れ」に沿って、初期研修を座学・現場・実技を含めて40時間(2~3か月)実施している。また、「理念と方針を追求する」をテーマに30項目指標を明示した全部署対象の職員研修や、介護福祉士基礎更新研修・ケア指導者研修・責任者研修等を実施している。研修の目標とOJTを取り入れた各種の研修計画と実施記録で確認できた。各種の資格取得に関する外部研修に派遣している。 10. 実習生の受け入れに関する姿勢を明確にしている。また、実習生が法人の理念や方針の理解を深める為、オリエンテーションに2時間かけている。併設の有料ホームで支援学校や高校生の体験実習や大学生のインターンシップを受け入れ、実習環境を充実させることで法人の人材確保に繋げている。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 職員の労働環境に配慮している。職員は、システム「ちょうじゅ」で法人及び利用者の情報を共有し、自宅でオンライン研修を受けている。職員の家族等への優遇措置として利用料減免制度を設けている。施設を取り囲む四季折々の草木や花、日々の食事をケアの質に据えている。 12. キャリアのある現場職員と事務局の職員(ケアの有資格者)が、新任者をフォローアップする「学び部」を設置している。職員休憩室にマッサージチェアを設置する等、仕事から解放し心身を休める環境を整えている。		
(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)		13. 玄関に設置したラックに事業所の内外の広報誌やパンフレット等を整備している。ホームページを開設し更新もしている。小冊子「日本のちの花協会『花の家の秘密』設立30周年記念誌」とパンフレット「認知症・看取りケア専門有料老人ホーム北白川の花の家」を発行している。 14. 「認知症サポーター養成講座」でセミナー「認知症がある方の看取り」を開催している。自作の「認知症すごろく」を、地域の社協や学校、病院等に配布し、認知症の理解と正しいケアのあり方をゲーム感覚で実践する活動を展開している。		

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
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. 法人が提供しているサービス情報をホームページや30周年記念誌、パンフレットで詳しく紹介している。施設利用者の問い合わせや見学希望等を「いのちの花相談受付簿」に記録し、契約から入居までの流れと必要書類を書面で呈示し説明している。居宅介護支援事業所の契約書、運営規程、重要事項説明書を整備している。			
(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)		16. 契約書や運営規程、重要事項説明書、パンフレット等に基づいて説明をし、理解を得た上で、同意(押印)を得ている。成年後見制度の利用を促進している。			
(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. 「ライフケアマネジメントの方針」に基づいて、利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況等のアセスメントを行い、記録は全て「ちょうじゅ」で行っている。 18. アセスメントに基づいた利用者一人ひとりの個別援助計画を個人ファイルにまとめている。本人家族等から聴き取った情報をサービスに反映している。 19. 毎月、利用者別カンファレンスを開催し、医師・薬剤師・看護師・ケアマネジャー・事務局の意見を個別援助計画に反映している。 20. 全ケースの月々のモニタリング情報を総括表に記録し、看護・介護職等と共有し、見直しを図っている。			
(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. 利用者の入院はなく、原則、往診医で対処している。医師や看護師を含む施設のスタッフ、福祉用具事業関係者等とカンファレンスを行い、福祉用具の活用や医療的措置用具を導入している。地域の事業所連絡会に参加し、地域の社会資源に関する資料や情報を事業所内で共有し活用している。			

(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、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)		22. 提供サービスが「ケアマネジメントの方針」や「ケアマネルーチン業務手順」に沿って提供しているか確認している。毎月、管理者が法人の内部監査(自主チェック表)で確認し、担当者と対策を講じる仕組みを構築している。 23. 利用者の個人ファイルを整備し鍵のかかる保管庫で管理している。保存年限は電磁的記録により永年保存している。個人情報の取り扱いと情報開示に関しては重要事項説明書に明記しチェックシートで管理している。 24. イン트라ネットや部署別会議(ケアマネ会議)で利用者の情報を看護師、介護職員等と共有している。特に事故・トラブル発生時(事故・行方不明・近隣とのトラブル・虐待・クレーム)の状況を課題分析し、対応策を講じることを文章化している。 25. 現在、家族と利用者のオンライン面接を一日2組を限度に実施し、また、PCメールや手紙で情報交換を行なっている。内容を職員全てが閲覧できるようになっている。		

(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、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. 感染症マニュアルを作成している。全職員が併設の老人ホームで実技訓練を含む研修を行っている。新型コロナウイルス感染症対策マニュアルを作成し、全職員向けの研修を実施し周知徹底を図っている。 27. 事業所内は整理整頓している。清掃は委託専門業者が行い、清掃後に職員(事務局)が「チェック表」で確認している。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 「事故・苦情・災害 発生時対応マニュアル」とカラー刷りのポスターを基に実施訓練を年2回実施している。指示命令系統を明らかにし、発生時には管理者の判断・指示を仰ぐ体制となっている。 29. 事故とヒヤリハット事例の記録をファイルし、対応や原因・再発防止対策を事業所内で共有している。事例を基に様式の見直しを図り、マニュアルを更新している。 30. 災害時発生対応マニュアルに基づいて、火災と地震発生時の実施訓練を行っている。現在、コロナ禍の影響から地域を対象とした訓練は行っていない。敷地内に設けた井戸(水)を地域住民も利用できる様にしている。また、災害時には職員体制が整い難しいことを勘案し、利用者が一人で食べられる食形態を用意している。		

大項目	中項目	小項目	通番	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. 32. 法人の「創業の精神」「実践の理念」及び、運営規程に利用者の尊厳を掲げ、利用者本位のサービス、利用者の尊厳の保持に配慮したサービスに徹している。年1回、高齢者虐待に関する研修を行い、「情報提供の理念」にプライバシー保護に関する規程を明記している。また、「マナーとコミュニケーション」研修で職員に周知徹底している。「ケアの基本方針」や職員の行動指針となっている。 33. 人員体制上で支障がない限り受け入れているが、利用者や家族等が看取りを病院で望む方は、法人の入居基準「最期のときまで」に合致せず受け入れていない。居宅介護支援事業所もこれに準じている。		
(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。	A	B
	(評価機関コメント)		34. 重要事項説明書に苦情や相談を訴える窓口を記載している。利用者の希望や要望などは施設介護職員が日常的に把握していることが多く、施設の利用者一人ひとりの満足度や要望等は介護職員から日常的に聴取している。 35. 苦情等の対応と経過記録は「苦情対応マニュアル」と「トラブル・クレーム対応報告書」に基づいて行っている。法人職員全員が周知し、サービス向上に役立っている。職員に対する苦情や要望は「家族への便り」で報告している。事故分析ミーティングで内容を検討し、改善を図っている。 36. 重要事項説明書の「苦情処理の体制及び手順」に法人と公的機関の窓口を明記しているが、第三者を相談窓口として設置していない。		
(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)		37. 月に1回のモニタリング時に利用者・家族等から聴取した内容を「ちょうじゅ」に記載し、提供サービスの改善に役立っている。 38. 施設が多職種を交えたケース検討会、部署別会議、責任者会議、ケア導入会議、ケアカンファレンス等でサービスの質の向上について検討している。また、職員一人ひとりにサービスマネジメントを行う役割を与え、「ケアチェック表」で評価し、今後の法人運営を担う職員を育成している。地域の事業所連絡会や地域包括支援センター会議で法人外の事業所の情報を取り入れている。 39. 法人内の内部監査で評価を受けている。他に各部署で自己チェック(毎月)、部署間で相互評価(6か月)を行っている。全ての職員が法人内の様々な課題を共有し、次期目標の見直しを図っている。3年に1回、第三者評価を受診し、結果を質の向上に活かしている。		