

アドバイス・レポート

令和 5 年 5 月 1 6 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 5 年 2 月 1 0 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、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

特に良かった点とその理由 (※)	1) ストレス管理 事業所併設の診療所の医師（産業医）が週 6 日勤務されており、利用者以外に職員の体調不良等あれば、安心して相談しやすい体制を構築されています。職員の要望で職員休憩室にウォーターサーバーを設置することで、自宅から飲料水を持参せず誰もが水分補給をできるようにされています。休憩について十分な休憩できる場所が各ユニット内にあるほか、ユニットを離れた休憩スペースも確保されています。休憩時間は職員間でコミュニケーションをとりながら、確実に休憩を取得できるよう環境を整えられています。 2) 労働環境への配慮 毎月リスク委員会や安全衛生委員会にて負担のかかる業務や危険場所がないか検討されています。利用者への支援時はノーリフトポリシー（持ち上げない介護）に基づき介護技術の導入や研修を行い、スライディングボード・リフトなどの介護機器を活用されています。常勤の理学療法士が中心となり、腰痛予防マネジメントで職員の腰痛予防を図りながら利用者への支援ができるよう取り組まれています。 3) 災害発生時の対応 職員が地域の消防団に入団して地域行事等にも参加し、防災活動と地域との連携に努められています。施設敷地内に地域の防災倉庫を設置し、利用者だけでなく地域住民のための食料品を備蓄されています。災害時の対応（被災直後の行動、出勤基準、職員のデータ、災害時の連絡先）等を記載した施設独自の防災カードを職員全員に配布して、これを見れば災害時にどのように行動すべきか、すぐわかるように準備し、防災対策を実施されています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1) 情報の公表制度等の開示 新型コロナウイルス感染症流行前は施設内のレストランを開放し、地域住民に食事提供され、地域との交流・情報発信の場としても活用されていました。施設広報誌をホームページに掲載したり、施設ロビーに掲示したりして施設の情報を広報されています。しかし情報の公表制度によって公開されている事業所の情報を、利用者や地域住民に広報されていることは確認できませんでした。 2) 評価の実施と課題の明確化 年間事業計画は半期ごとに確認し達成度の見直しや次年度への課題を明確にできるよう検討されています。年 1 回以上の自己評価の実施については、

様式 7

	自主点検表は実施されていますが、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質などについての自己評価は確認できませんでした。
具体的なアドバイス	1) 情報の公表制度等の開示 利用者や地域住民への公開について毎年広報誌を作成し施設内ロビーに掲示されていますが、情報の公表制度の公開については記載がありませんでした。広報誌やホームページに情報の公表制度の施設該当ページを確認することができるよう、ホームページアドレスやQRコードを記載されて、誰でもが事業所の情報を閲覧できるように工夫されてはいかがでしょうか。特に感染症流行時はロビー等に掲示されていても、訪問して確認することは難しい場合があるため、ホームページ等から確認できるようにされてはいかがでしょうか。 2) 評価の実施と課題の明確化 共通評価項目では事業所のサービス体制、内容、質などについて定期的に自己評価（自主点検を除く）を行い、達成状況等を確認することが求められています。事業所内で自主点検表に独自の視点を加えたり、法人内の他施設と共同して自己評価表を作成したり、また法人内施設間で自己評価表を相互にチェックし合うことでサービスの質の向上につながられてはいかがでしょうか。

※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	2670600267
事業所名	介護老人福祉施設花友しらかわ
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)	通所介護・居宅介護支援・短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和5年2月27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) 法人理念・運営方針を記載された重要事項説明書を掲示され、職員全員に理念や緊急対応を明記した防災カードを配布し周知されています。2) 法人内施設長会議や連絡調整会議を開催して検討事項を協議されています。職員も投函可能な意見箱や気付きメモを活用して、職員の意見を反映できるよう取り組まれています。			
(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。		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) 法人や事業所の事業方針を踏まえて事業計画を策定されています。職員の意見を反映できるよう、事業所内の連絡調整会議や主任会議、フロア会議等で課題や問題点を検討されています。4) 施設内各部署ごとに課題を設定し、半期ごとに課題の達成状況を確認されています。			
(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。		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) 法令遵守を就業規則に明示し、全体研修等で周知されています。6) 年2回副主任、主任が職員と面談したあと、施設長が役職者と面談することで職員の意見収集をし、事業所の運営に反映されています。7) 緊急時対応マニュアルに従い、緊急時・重大事故発生時には連絡や対応をされています。			

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
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を条件とされているとことで、質の高い人材を確保されています。9) 年間の研修計画を作成され、計画に基づき研修を実施されています。また、外部研修にも本人の希望を尊重し積極的に参加するように促されています。10) 実習の受入れマニュアルを整備されています。コロナ禍で実施できていませんが、地域小学校の職業体験を受け入れる体制は引き続き整えられています。		
(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。	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) 持ち上げない介護（ノーリフトポリシー）に基づき、スライディングボードやリフトを活用し、職員の身体的な負担軽減に繋がっておられました。12) 産業医が併設診療所におられるので、いつでも受診ができ、身体の不調はもちろん、こころの相談もできる環境にあるとのことでした。また、休憩スペースも職員の意見を取り入れて備品を配置する等、くつろげる空間づくりをされていました。		
(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。	B	B
		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) ホームページを整備し、広報誌は家族、学区内の地域包括支援センターに配布されています。コロナ禍が落ち着いた状況の中で移動パン屋に来園してもらい、利用者に利用していただく予定と伺いました。情報の公表制度の内容について周知されていますとのことでしたが、アクセス先を公表されていませんでした。14) コロナ前はレストランを地域に開放されていましたが、現在は中止されています。地域ケア会議に各事業所から参加され、地域のニーズの把握に努められています。		

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
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) 施設のホームページはとても見やすく施設の雰囲気がわかるように作られています。施設のパンフレットや広報誌を施設内に掲示されており、毎月利用の状況がわかるようにお便りを送られています。施設見学などは介護ソフトのスケジュール機能を活用し、日程調整や管理をして対応されています。				
(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) 重要事項説明書にサービス利用内容や料金等が記載されており、契約時に利用料金等の説明をされています。判断能力に支障がある方にはいつでも後見人制度の提案ができるように、資料を整備されています。また、すでに後見人等が選任されている方もおられ、契約書やケアプランの同意などに制度を活用されているケースを確認しました。				

(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) アセスメントは最低でも年1回は実施されており、介護ソフトにて共通のアセスメント様式を活用して記録されています。また医師や管理栄養士やリハビリ職員などからも意見を得て、アセスメントやモニタリングにその意見が反映されています。18) 利用者や家族からニーズや意向などをしっかりと聞き取り、ケアプランの目標に設定されていました。またサービス担当者会議には利用者自身からの聞き取りや面会時に家族から聴取されています。19) 多職種の職員がサービス担当者会議に参加し、意見を集約されています。また必要に応じて事前に意見聴取することなどを実施されています。20) 少なくとも3か月に1回はモニタリングを実施されています。更新時や体調の変化などがあった際には計画の見直しを実施することが定められています。		

(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) 施設に併設の診療所があり、常に主治医と連携が取れる体制が確認できました。また入院などが必要な利用者については診療所の主治医が協力医療機関などと連携し受入れ体制が整っていました。行政や地域包括支援センターなどと連携し地域で困難ケースなどが発生した際には、施設内に緊急対応できる居室が整備されており、そこで受入れ体制を整えておられました。また自宅看取りを希望されたケースがあり、退所され自宅へ戻られた後も施設職員が自宅へ訪問し、ケアマネジャーや家族と連携して退所後もフォローされたことを確認できました。		

(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	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) 連絡調整会議にて業務マニュアルの見直しを年1回統一して実施されていました。また職員には防災カードを配布されており、二次災害予防や災害時の出勤基準などを明記し周知されています。23) 個人ファイル等は施錠できる書庫に管理されています。また個人情報については年1回全職員を対象に研修を実施されています。マニュアルを整備して取り扱いを厳重にされています。24) 利用者の情報共有などは介護ソフトを活用し全職員が必要な情報を得られる体制をつくられています。フロア会議やユニット会議を実施されており、不参加の職員には議事録回覧にて情報共有を実施されています。25) 面会については事前予約制にてガラス面会やWeb面会を実施されています。またその際には職員から日々の変化や事故や体調面も含めて家族に伝えられています。面会に来られない家族等には必要に応じて電話やメールなどで連絡されています。		

(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)		26) 月1回感染対策委員会を開催し、各種感染症への学習やマニュアル作成、職員全員が参加する全体研修などを実施されています。また二次感染を防ぐために行政からの感染対策チーム派遣を受入れ、対策を実施されていました。27) 施設内は整理整頓が行き届いており、24時間換気システムにより臭気対策ができています。施設内の清掃は委託業者が行い、毎日点検表を作成し月に一度確認されています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28) 事故マニュアルや緊急時マニュアルが整備されており、フローチャートにて連絡手順が定められ各フロアにも掲示されていました。また新人研修や全体研修などにて職員への周知がされていました。29) 事故発生時には事故報告書を作成し、事故検討委員会にて原因究明と今後の対策について検討し明確にされていました。月に1回リスクマネジメント委員会を実施し、施設全体で事故の再発防止に努められています。30) 年2回防災訓練を実施されており夜間想定訓練も実施されていました。非常災害対策計画も策定されており施設としての災害対策が整っていました。地域の防災倉庫を施設内の敷地に設置されており、災害時に地域住民が避難してこられた際には災害備蓄品を提供する体制が整っていました。副施設長自らが消防団員として地域の防災活動に参加されていました。		

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) ハラスメントや人権尊重について複数回研修実施し、参加できない職員はパソコンから研修動画を視聴できるようにして全員に周知されています。32) 多床室を壁で仕切った個室に変更し、プライバシーを確保されています。プライバシーや羞恥心について研修を実施されています。33) 入所問い合わせ時には申込状況、待機人数を伝え、自施設受入れ困難な医療処置の方には他の施設や医療機関を紹介されています。				
	(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	
	(評価機関コメント)	34) 意見箱や利用者アンケート調査を実施したり、月に1回介護支援専門員が利用者と面談し、意見や要望を聞き取りフロア職員に伝え連絡調整会議等で対応されています。35) 苦情や意見は連絡調整会議等で検討し、個人情報保護に配慮して掲示されています。36) 第三者委員の名前・電話番号を事業所内に掲示し、また重要事項説明書にも記載されています。介護相談員も受入れを再開し、利用者の相談機会を確保されています。				
	(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。	B	B	
	(評価機関コメント)	37) 利用者アンケート結果に基づき、連絡調整会議やサービスの質の向上委員会で検討されています。38) サービスの質の向上については連絡調整会議、主任会議、フロア会議等で検討し、業務改善やサービスの質の向上を目指されています。39) 年間事業計画を作成し半期ごとに達成度の確認や見直しや課題を明確化し、次年度の事業計画に反映されています。事業所独自の自己評価は実施されていませんでした。				