

様式 7

アドバイス・レポート

平成30年12月27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30年10月12日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【宇治明星園白川特別養護老人ホーム】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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1. 計画的な事業運営をされています</p> <ul style="list-style-type: none">○ 法人の中・長期（事業継続）計画が策定され、それに基づいた単年度計画を立て、事業運営をされています。○ 各事業現場からの意見を踏まえた事業計画は、年度途中での振り返りも行い、必要に応じて修正する等、固定的ではなく、柔軟に目標達成に向けて執行されています。○ 計画に沿って、入居者と綿密に話ができるよう担当職員を配置したり、家族懇談会を年2回開催する等、サービスの向上に努めています。 <p>2. 労働環境が整っています</p> <ul style="list-style-type: none">○ 勤務表作成にあたっては、公休日の希望や年次有給休暇の使用等職員の意見を最大限汲み取っています。また、年次有給休暇は計画的に使用できるように、職員毎・部署毎に消化率をしっかりとデータ管理しています。○ ゆったりとくつろげる休憩室が完備され、職員の疲労が蓄積しないように配慮されています。○ 職員の負担がより少なくなるように機械浴を最新式にする等、現場の意見を聞きながら労働環境の改善に力を入れています。 <p>3. 安心、安全の地域づくりに貢献しています</p> <ul style="list-style-type: none">○ 地域の各種団体と合同で定期的にイベントを開催したり、毎月カフェを開く等、地域活性化に尽力されています。○ ハザードマップ等を確認し、独自の災害マニュアルを作成するとともに、近隣の有料老人ホームと合同での災害訓練も毎年行っています。○ 山間部で交通の便が悪いという地域課題があるため、住民も利用でき
---------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>る無料の送迎バスを毎週運行し、地域支援に取り組んでいます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 満足度調査の継続的实施をお勧めします</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 毎月家族の方と話をする機会を設けておられますが、直接には言いにくい事や本音を聞き出すという意味では、アンケート調査を実施された方が良いと考えます。その内容を事業計画に盛り込むとさらに質の高いサービスの提供が出来るのではないのでしょうか。 <p>2. マニュアルの見直しと手順書の整備を検討されては如何でしょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 様々なマニュアルが整備され、職員には1つのファイルにまとめたものを配布されているのは大変良い取り組みですが、更新が計画的にはなされていません。感染症においては、その年の流行や対応方法等が変わることもあるため、各マニュアルを1年に1度は見直しを行って頂きたいと思えます。 さらに誰でも同じサービスが提供できるよう、実務手順書の整備を検討されては如何でしょう。 <p>3. 文書管理、個人情報管理の徹底が必要です</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 文書管理規程は定められているものの、実務レベルの手順書やマニュアルのようなものはなく、書類の持ち出しについてのルールも曖昧な様です。 ○ 個人情報については、厳しい管理が望まれることから、持ち出し規則を定めたり、状況に応じて事務所や書庫を確実に施錠する対応が望まれます。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 満足度調査の実施について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者を第一に考え、家族と話す機会を設ける等、意見・要望を把握する様々な取り組みをされています。しかし、意見の集約が十分ではない他、直接言いにくい事等もあるかも知れません。定期的に満足度調査を行い、結果を分析し、要望のある取り組みを事業計画に盛り込むと、より質の高いサービスを提供することが出来ると考えます。 ○ 対象の方が多い場合には、サービス利用時や更新時、終了時等に簡単なアンケートを行うだけでも参考になる情報が得られるのではないのでしょうか。 ○ フロアにご意見箱を設置し、いつでも誰でも簡単に意見を言えるようにしてはどうでしょうか。匿名にすることで忌憚なき意見を収集しやす

くなり、サービスの質の向上に繋がると考えます。

2. マニュアルの見直しについて

- 各種マニュアルを整備するとともに、職員には1つにまとめたファイルを配布していますが、マニュアルの見直しがあまり出来ていません。内容や対応が変わることもあるため、毎年の見直しをお願いしたいと思います。
- 各種委員会が毎月開かれていますので、その中でマニュアルごとの担当を決めて見直しを計画的に行っては如何でしょうか。
- 提供しているサービスが、誰にでも標準的な実施方法に基づいて行えるように、実務的な手順書を作られては如何でしょうか。単年度での作成は困難と思いますので、次期第三者評価受診までの3年間で、計画的に整備されてはいかがでしょうか。

3. 個人情報管理について

- 職員が不在となる際には、事務所や書庫を確実に施錠することが望まれます。事務所には重大な個人情報がある場合も多いため、短時間であっても十分注意をお願い致します。
- 文書の持ち出しについてはノートに記載する等し、書類の所在と責任者を明確にすることで、よりセキュリティ強化に繋がるのではないのでしょうか。

4. プライバシー保護について

- プライバシー保護についてはマニュアルが整備され、研修会も毎年行われています。しかし、現場では浴室のドアが開きっ放しでカーテンのみとなっていました。業務の中でドアの開閉を毎回することが困難であれば、カーテンを二重にしたり、現状のカーテンにパーテンションを併せて活用する等、より配慮をされるとさらに良いのではないのでしょうか。

※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	71200091
事業所名	宇治明星園白川特別養護老人ホーム
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)	短期入所生活介護(介護予防含む)・居宅介護支援・ 通所介護(介護予防含む)・訪問介護(介護予防含む)
訪問調査実施日	平成30年10月26日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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. 法人理念を毎朝唱和し、職員への浸透を図っています。その他に運営理念や経営理念なども定め、理念に沿った事業計画を作成し、事業運営されています。利用者・家族等には契約時、重要事項説明書・パンフレットにて法人理念を説明しています。 2. 毎月理事会や責任者会議、各委員会を開催し、課題を検討されています。委員会は各事業所スタッフで構成され、現場の意見が活かされやすいようにしています。また、職務権限を明文化し、各レベルに応じて権限移譲し責任も明確にしています。		
		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. 法人の中・長期計画を基に、施設の中・長期及び単年度の事業計画を策定しています。計画策定にあたっては、各職種から多角的に課題や問題点を出し合い、年度途中での中間見直しも行われています。 4. 各業務レベルでの課題は、各ユニット毎の職員会議及び職種別会議にて、毎月サービスの実施状況を確認し、管理職による運営会議に報告され、評価、見直しが行われています。		

(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. 運営管理者自らが法令遵守に関する研修会に参加しており、介護保険の動向や法令遵守について管理職会議で共有し、事業運営をされています。資料は1つのファイルにまとめるとともに、各委員会で必要な法令については提示し、現場職員に対しての研修会も行っています。 6. 職務分掌表が作成され、管理者（園長）は各種会議で役割と責任を表明しています。また、管理者は、毎年全職員に個別ヒアリングを行い、意見や要望を聞くと共に、自らを評価する仕組みとしています。 7. 管理者は日常施設内で勤務し事業の実施状況を随時確認できるようにしています。事業所を離れる場合も常に携帯電話を持ち、緊急時にはすぐに現状報告を受け、指示できる体制が整っています。また、緊急連絡網が整備され、緊急時に迅速に対応できるように訓練もされています。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 必要な人材や人員体制については、定期的に資格保有状況等をチェックし整備しています。無資格の職員には明確な目標を定め、内部研修にて知識・技術の育成を図ると共に、資格取得の支援等を積極的に行っています。 9. キャリアパスに基づく研修計画を定めています。上位等級職員が下位等級職員を指導する体制が整備されるとともに、内部研修にも力を入れています。今年度は「1人1研修」を目標に外部研修にも積極的に参加しています。 10. 実習受入れのマニュアルが整備され、受け入れの体制が整っています。地域の小・中学校から介護体験の受け入れもしています。		
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 職員の年次有給休暇の取得は各部署ごとにデータ化し、しっかりと管理しています。育児休業・介護休業については規定を定め、必要に応じて休業や時短勤務が出来るよう配慮しています。また機械浴を前傾姿勢になる必要のないものに入れ替えたり、腰痛予防ベルトを全職員に配布する等、職員の介護負担軽減に繋がる対策に力を入れています。 12. ストレスチェックは毎年行い、結果によってはカウンセリングを勧める案内を同封する等対策をしています。ハラスメント規定が定められており、ヒアリングにて確認もする等、ハラスメント防止に努めています。職員互助会があり、職員間のコミュニケーションや心身のリフレッシュが出来る機会を設けています。また、広く、ゆったりくつろげる休憩室が各階に完備しています。		
(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。	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. ホームページや広報紙にて法人の理念等を地域に発信するとともに、事業所行事には地域住民を招き、事業所のサービスについて知ってもらえるよう努力しています。毎月地域の方(友の会)と共同でカフェを複数回開催しています。 14. 交通の便が悪いという地域課題があるため、週1回無料の送迎バスを運行し、地域住民の支援に取り組んでいます。学区福祉委員会の研修に参加して、認知症に関する講習や介護相談の機会を設ける等の他、夏祭りなど地域の方と共に様々な取り組みをしています。		

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. ホームページやパンフレットを活用し、事業所の概要について分かりやすく情報提供をしています。見学や申し込み等は個別に対応しています。		
(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. サービス内容や料金等はパンフレットや重要事項説明書を活用し、丁寧に説明しています。料金体系は単位表記ではなく、円表記に変更する等、分かりやすくする工夫をしています。身寄りがない利用者については、成年後見制度を活用し、安心して利用出来るよう取り組んでいます。		
(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)		<p>17. アセスメントは所定の様式により利用者の心身状況や生活状況を把握し、ニーズや課題を明らかにするとともに、主治医や各種専門家とも連携して適切に記録しています。アセスメントは3ヵ月毎に複数の職種で見直しを行い、状態変化がある時は必要に応じて見直しを行っています。</p> <p>18. アセスメントに基づき、個別援助計画に具体的な目標を設定しています。利用者の希望を聞き出しやすいように担当職員を配置し、緊密に話が出来るように工夫するとともに、家族にも出来るだけサービス担当者会議への参加を呼びかけています。</p> <p>19. 個別援助計画はサマリーの活用や医療機関との連携を密にして策定しています。月に数回理学療法士が施設を訪れ、状態の確認や専門的な視点からのアドバイスや情報交換等を行っています。</p> <p>20. 個別援助計画は、3ヵ月毎に見直しをしています。食事が低下したり、発熱、褥瘡の危険性がある場合等は3ヵ月以内での見直しも行っていきます。</p>		
(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. 医師を始め利用者の状況に対応できる関係機関はリスト化し、速やかに情報交換を行える体制が整っています。嘱託医は週に3回勤務する他、精神科医や歯科医師の往診も行っています。		

(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。	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. 業務マニュアル集を職員全員に配布し、常に手元で見られるようにしています。しかし提供しているサービスが標準的な実施方法に基づいて実施されているかを確認する仕組みがありません。具体的な業務手順書を作成すると共に、マニュアル、手順書の見直し方法も定めるとさらに良いのではないのでしょうか。 23. 利用者毎のサービス実施評価表を作成し、サービス見直しの判断材料として活用しています。利用者の記録については文書管理規程にて、保管・保存・持ち出し・廃棄等を定め、職員研修が行われています。 24. 利用者の状況や支援内容については、朝夕の申し送りや議事録の回覧によって、情報共有を図っています。また、カンファレンスでは多職種共同で意見集約し、出席できない職員には議事録を回覧し確認しています。 25. 毎月家族が来所するように声掛けし、スムーズな情報交換が行えるようにしています。カンファレンスには可能な限り同席をお願いしている他、家族の会や懇親会を開催し、情報交換のしやすいように工夫をしています。		

(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。	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. 看護部会や感染対策委員会が中心となって、感染症対策マニュアルを整備しています。感染症の疑いのある入居者や利用者は、静養室に隔離し二次感染予防にも努めています。 27. 施設は毎日職員が清掃し、清潔保持に努めるとともに整理整頓が来ています。食事の衛生状態は、管理栄養士が点検・確認しています。		

(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. 地域のハザードマップを確認し、事故発生・緊急時のマニュアルを整備し、職員に周知しています。入居者も参加した実践的な訓練が毎年行われています。 29. ヒヤリハット・事故報告を作成するとともに、組織としての対応経過も記録されています。事故発生原因の特定、対策の検討等を行い、再発防止に努めています。 30. 防災委員会を設置し、災害発生時の対応マニュアルを作成するとともに、災害発生時における責任者及び指揮命令系統を明らかにしています。総合避難訓練を年4回、通報訓練を年8回実施しています。また、隣接の有料老人ホームと合同での災害訓練も行うなど、施設外との連携についても毎年訓練を行っています。		

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
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	B
		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)		<p>31. 人権等の尊重を事業所運営方針に明記し、毎年外部講師を招いて人権学習会を開催、職員の意識向上に取り組んでいます。虐待防止、身体拘束ゼロ宣言等、文書化すると共に研修も行っています。また、ユニット会議にて利用者へのサービス提供内容について、人権尊重・尊厳保持に反することが無い、振り返りを行っています。</p> <p>32. プライバシー保護についてはマニュアルに明記すると共に、研修も行っています。しかし、利用者や家族が見学に来られた際に相談室を活用せずフロアで話をしたり、浴室やトイレはドアではなくカーテン1枚のみとなっている等、プライバシー保護の観点から、より一層の配慮が必要であると考えます。</p> <p>33. 入所判定基準に基づき、入所判定を公平に行っています。医療処置等が必要な場合でも、現行の医療体制で可能な限り対応しています。</p>		
(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	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。	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	A
		(評価機関コメント)		<p>34. 家族の方と毎月話す機会を設けるとともに、担当職員制をとりしっかり話を聞く努力をされています。さらに分かりやすい場所に意見箱等を設置し、広く意見を聞けるようにされると尚良いのではないのでしょうか。</p> <p>35. 利用者からの要望は記録し、職員間で共有しています。利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況は個人情報保護に配慮しながら、年1回発行の法人広報誌にて結果を公表しています。</p> <p>36. 重要事項説明書に相談窓口を明記し、契約時に説明しています。入所判定会議には市民オンブズマンも出席し透明性を図っていますが、個人情報の管理にはより一層の注意を払われます様お願い致します。</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。	A	B
		(評価機関コメント)		<p>37. 家族懇親会を年2回実施する等家族と積極的に情報交換をしていますが、満足度調査は行われていません。サービスの向上を図るため、無記名での満足度調査を早急の実施されてはいかがでしょうか。</p> <p>38. 毎月運営会議、ユニット会議を開催し、サービス向上に向けて全職種で話し合いを行っています。事故報告の基準を見直す等、サービス向上に向けた取り組みを積極的に行っています。ヒヤリハットの様式についてはもう少し手軽なものにして、提出しやすくされると尚良いのではないのでしょうか。</p> <p>39. 年度途中に事業計画の中間見直しを行い、課題把握に努めています。3年毎に第三者評価を受診していますが、毎年の振り返りが自主点検のみとなっているため、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等について、内部監査を実施する等の取り組みに期待します。</p>		