

アドバイス・レポート

平成27年 11月23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27年9月27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ショートステイ」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 (※)	①ショートステイと併設のデイサービスが一体となった事業運営を行っています。 ○ 宇治明星園白川ショートステイは、併設のデイサービスと一体的・協力的な運営がなされており、他にはない「デイサービスに泊まりに来る感覚」のショートステイとなっています。希望があれば日中は、デイサービスの利用者とともに様々なアクティビティに参加することができます。また、デイサービスが休みの日曜日においては、ショートステイ単体で料理レクリエーションや外出レクリエーション、物作りレクリエーション等を行っています。 ○ 相談員業務のできる職員が常駐し、日曜日の入退園も可能です。その他にもさまざまなニーズに応えられる体制を整えています。 ○ よく、「ショート利用中に体力が低下した」「認知症が進行した」という話を耳にしますが、ここ白川ショートステイにおいてはむしろ元気になって帰ることが多いです。 ②法人27年度スローガン「地域の一員として、地域の様々な生活の問題と福祉の課題に向き合い、引き続き、地域づくりに参加し、社会福祉法人のそんざい価値を広めていこう」が実践されています。 ○ 法人の活動エリアには街づくり協議会が組織され、どの地域でも地域の人びとと施設が協同で地域づくりに励んでいます。白川地区においては「白川明星園ともの会」「認知症予防活動（スリーA教室）」「神明カフェ」を開催しています。また、ここ白川地区は山間地域で交通の便が悪いため、週1回の乗り合いバスを運行し、地域のニーズに応えています。 ③情報公開が充実しています。 ○ ホームページは、職員ブログの「なべくら日記」管理栄養士の「しらかわ庵」等も掲載され、幅広くショートステイの内容が紹介されています。 ○ 法人が年1回発行する機関誌「roots」は、ショートステイの活動内容等が詳細に良く分かる冊子となっています。各事業所の事業報告及び総括、課題から次年度への具体的なビジョンに至るまで系統的に書かれており、事業所の「思い」も明確です。この冊子は職員・家族・広く地域に配布されています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	①マニュアルの見直し基準が必要です。 ○ マニュアルは多くの種類が作成されていますが、作成後数年たっても見直し・改善がされていないものがあり、十分に活用されていないと思われるものがあります。 ②利用者満足度調査の実施と分析が必要です。 ○ 利用者からの希望・要望は利用前・送迎時・利用の間・家族懇談会等々で行われており職員間で話し合われているようですが、さらにアンケート方式でも満足度調査を実施し、分析等をした上で改善計画を含めた年度計画・施設の方針に反映して取り組むことが必要と思われます。 ③ヒヤリハットの取り組みが不十分です。 ○ 日々の業務の中で、利用者の安心と安全を大切に良く取り組まれています。事故を未然に防ぐことに役立てるヒヤリハット報告にも取り組まれています。量が少なく分析までし難いようです。

具体的なアドバイス	①マニュアルの活用、見直しについて ○ 先ずマニュアルを種別ごとに分類し、一覧表を作成されると整備しやすいのではないのでしょうか。マニュアル全てを毎年見直すために、「見直し基準」を明文化されると良いと思われます。 ○ マニュアルの見直しにあたっては、種類により担当者を決め、手分けしてマニュアル内容を検討されては如何でしょうか。事業計画の中にマニュアルの見直し項目も入れて取り組み、最新情報を収集しながら整備されることをお勧めします。 ○ 全職員がマニュアルを知しつするためにも、上記担当者が講師となりマニュアルを活用した内部研修会等を進め、皆でさらにマニュアルを検討するのも一案かと思えます。事業所に合った活きたマニュアルは、より質の高いサービス提供に繋がり、またその業務の専門担当者が育つことにも繋がることと思期待您的しております。 ②利用者満足度調査の実施について ○ 満足度の調査は、不満の調査でもあり事業を良くしていくための絶好の機会です。利用者の満足度については様々な場面で取り組まれています、そのことを記録し集約することが必要です。また、継続してアンケートを実施することで利用者の満足度の変化が分かります。ショートステイの場合、退所されるときに簡単なアンケートをされてはいかがでしょうか。施設での利用状況を書面で家族に渡しておられるので同時にアンケート用紙をお渡しし、返送していただければ良いのではと考えます。 ③ヒヤリハットの再構築について ○ 事故を未然に防ぐためにも、できるだけ多くのヒヤリハットを収集することが必要かと思われます。そのためにはヒヤリハットの意義、報告方法について再度検討・周知してはいかがでしょうか。「事故防止の宝」という認識が持てるようなヒヤリハット様式や提出しやすい環境にあるかどうかもお考え頂ければと思います。 *労働環境について ○ 職員の労働環境については、人員体制が整い、法人独自の手厚い特別休暇制度も全職員が利用していますが、有給休暇取得率向上やカウンセラーに職員が直接相談できる体制について、今一度ご検討いただければと思います。
------------------	---

※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 ショートステイ
受診メインサービス (1種類のみ)	短期入所生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護老人福祉施設、居宅介護支援、通所介護、訪問介護、介護予防短期入所生活介護、介護予防通所介護、介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成27年10月16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)		○組織の理念及び運営方針は事業所内に掲示し、いつでもだれでも確認できる状況にあります。また毎朝礼時に、全員で理念の唱和し確認する機会を設けています。利用者や家族には、年2回の家族会と機関誌を通して周知しています。 ○組織体制は組織図に示し、職務権限規程にて明確にしています。デイサービス利用者がショートステイを利用する率が高いため、月1回の会議は合同で行い、利用者情報の共有を図っています。当日勤務の都合上出席できなかった職員に対しても周知されています。			
(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)		○年間計画にのっとり事業が遂行されています。月曜日から土曜日までは、デイサービスと合同で互いに協力しながら利用者支援を行っています。日曜日に関しては、ショートステイ利用者のみで行事計画を立て実施しています。具体的には、外出レクリエーション・食べ物レクリエーション（柏餅、お好み焼き、月見団子、クリスマスケーキ作り）・作品レクリエーションを行っています。また、半期に一度達成状況の確認を行い、再検討が必要な場合は修正を行い後半の課題として取り組んでいます。 ○各業務レベルにおいて、課題の設定がなされています。また半期に一度、達成状況の確認も行っています。年に一度、明星園グループ総合情報誌を通して、ショートステイ事業における目標の明示と達成状況、それらを分析し来期における課題の抽出を行い、利用者・家族に周知しています。			

(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)		○管理者や職員は、必要な関係法令の研修に参加し、正しく理解したうえで職員に遵守すべき法令等について具体化しながら周知徹底をしています。各法令等は事務所に揃っており、職員が何時でも閲覧できる状況にあります。 ○管理者は、個別面談で職員の意見を定期的に聞く機会を設け、事業運営に反映しています。また、評価チェック表を用いて職員からの評価を受けています。現場での問題点に関しては、職員と内容を共有しながら、事業運営をリードしています。 ○日々の状況把握は、日常現場の確認、各種ミーティングへの参加、日報等で常時確認しています。また、常に携帯電話を所持し連絡が取れる体制があります。緊急時対応は、マニュアルに沿って迅速に行えています。		

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	B
(評価機関コメント)		○質の高い介護サービスを提供するために、人間性を重視した人材の確保を行い、採用後は積極的に個人の能力に沿って資格取得の支援を行っています。その結果、介護福祉士・社会福祉士資格を取得し、有資格者の多い体制になっています。 ○職員研修は、本人の希望を確認しつつ、段階的、継続的に外部研修に参加しキャリアアップを図るシステムがあります。内部研修は年間6回以上開催しています。また管理者は、各種外部研修の情報を提供し、希望職員に参加しやすい配慮や支援を行い、その学びを報告する機会を設けています。また、業務を通じて日常的に学ぶようにスーパーバイズ体制があります。 ○実習指導者は指導者研修に参加し、そのうえで地域の中学生チャレンジ体験・大学生の実習生を受け入れていますが、実習生受け入れマニュアルの整備が必要と思われます。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		○職員の就業状況はデータ化し、管理されています。有給休暇の消化率は高くはありませんが、有給休暇とは別に夏季・冬季休暇があり、全職員が取得しています。育児休業者の実績があります。職員の身体的負担軽減のため、腰痛ベルトが用意されています。 ○産業医による相談体制が確保されています。しかし職場内の安全衛生管理者を通して産業医に連絡する方式ですので、プライバシー保護の観点からダイレクトに産業医に相談できるシステムにされてははいかがでしょうか。各階休憩室は完備され、休憩できる環境は確保されています。		

(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)		○「地域支援」と「地域交流」をテーマに地元白川区との交流や地域住民との共存を目指した取り組みを行っています。その一つが「白川明星園とともに地域の福祉をよくする会」です。地域の住民が利用できる「神明カフェ」・配食サービス・学区福祉委員会・地域バザーのお手伝いなどに参加し、地域における福祉施設の役割を果たしています。また、その取り組みを機関誌を通して地域住民に広報しています。ホームページに法人の理念・施設概要が見やすく記載されています。 ○宇治市の山間地域のため交通の便が悪く、移動手段が少ないという課題に対して、週1回乗り合いバスの運行を行い、地域住民が買い物等に利用し喜ばれています。また、在宅介護方法の講習会、認知症の勉強会（キャラバンメイトの研修）に職員が講師として、地域の福祉向上の一端を積極的に担っています。		

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)		○パンフレットには、短期入所サービスの案内を掲載し、わかりやすい言葉の精選や絵・写真入りで利用者・家族に概要を理解しやすい工夫が来ています。ホームページには職員の「なべくろ日記」や管理栄養士の「しらかわ庵」のブログもあり、施設の日常がよく分かります。さらに、明星園ショートステイの特徴でもある「日中はデイサービスで過ごすことで利用時の活動低下を減少する取り組み」をもう少しアピールしてはいかがでしょうか。		

(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)		○内容や料金については、契約書や重要事項説明書に分かりやすく記載されています。また、法改正に伴う個別の料金についても、十分な説明と同意がなされています。		

(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)		○当施設のデイサービス利用者の約70%がショートステイも利用されています。互いが連絡を密にすることによる確かな情報のもとアセスメントが行われています。またショートステイのみの利用者においては、利用前の面接時や担当介護支援専門員から情報を得てアセスメントが行われています。 ○個別援助計画は、利用者や家族の希望を十分反映して設定されています。また目標は具体的で、退所に至るまで計画し、利用者や家族に同意を得られています。 ○個別援助計画の策定に当たっては、介護支援専門員を通して主治医等に意見交換が行われ、専門家から得られた情報や資料を反映してカンファレンスを開催し、作成しています。 ○個別援助計画の見直しは基準通りに行われ、状況の変化に応じても見直されています。		

(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)		○利用者の主治医をはじめ、地域の関係機関や団体のリストを作成し、支援や連携の体制は確保できています。利用者を支援するため、いつでも相談できる医師をはじめ、地域包括支援センター・行政・地域の関係機関等に積極的に連絡が取られています。		

(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)		○各種業務マニュアルは作成されていますが、見直しの基準等が不明確です。各種マニュアルの一覧表を作成し、事業計画の中に見直し時期を組み入れることで、今以上に職員が使いやすいものになるのではないのでしょうか。 ○利用者の状況の推移等については、サービス提供記録・連絡事項ノート・健康チェックシート・連絡帳等から適切に経過記録に記載し、個別ファイルに保管しています。記録は外部に流出しないように、職員にミーティングで徹底するとともに、管理体制が整備されています。 ○利用者の状況等は「毎日の申し送り」で情報伝達し、連絡事項ノートに記録しています。また必要に応じてミーティングやケアカンファレンスを開催し、職員間の意見集約を行っています。欠席者には後日個別に説明しています。 ○利用者家族との情報交換は、適宜電話にて意見交換をし、退所時には利用者の状況を文書で伝えています。また、昼間デイサービスで過ごされていることが多いため、合同で家族会を年2回実施しています。その中で個別の対応もしています。		

(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)		○感染症の対策及び予防に関するマニュアルは、最新情報を入手し職員に周知を図るとともに、マニュアルも更新しています。秋に内部研修を開催し、冬季感染症（インフルエンザ・ノロウイルス等）に備えて職員の対策意識を高め現場に役立てています。 ○事業所内は整理整頓され、清潔が保たれています。清掃は全員で毎日しています。害虫駆除は業者に依頼しています。		

(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)		○事故や緊急時の対応マニュアルは完備されています。事故防止の取り組みが話し合われています。 ○事故報告は、保険者、家族になされており分析もされています。しかし、ヒヤリハットの報告件数が少ないように感じます。職場内でヒヤリハットの報告をしやすい環境にあるかどうかの検討が必要ではないでしょうか。 ○非常災害時のマニュアルも整備され、指揮命令系統等も明らかなです。マニュアルに基づき、年4回の総合避難訓練、年8回の通報訓練を行っています。隣接の他施設と合同で避難訓練も実施し、災害時の協力体制が敷かれています。		

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
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)	○利用者尊重は法人の信条・心得であり、職員は意識して日々の業務に取り組んでいます。入職時の接遇研修から始まり人権学習会を開催し、職員の意識向上に努めています。外部の人権研修に職員が参加し、会議で内容を報告しています。 ○現場では、毎月会議を開催し利用者へのサービス提供内容について「振り返り」を実施しています。この中で職員全員が利用者のプライバシーや羞恥心について問題意識を持ってサービス提供が行えるようにしています。利用者の利用するトイレですが扉がカーテンなのは気になります。緊急時に対応できるメリットはありますが、プライバシーの観点で言えば、改善策を検討されてはいかがでしょうか。 ○サービス利用者の決定については、公平に受けるよう努力をしています。外部の介護支援専門員の件数が全体の60%以上をしめています。				
	(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てている。	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)	○ショートステイ終了時は、利用者宅に送り時間を利用して積極的に意向把握するよう努力しています。その際出た意見や要望については、記録に残し職員間で共有しサービスの向上に役立てています。また、生活相談員が苦情等の窓口となり、送迎を相談員が行うなど、利用者や家族が意見・要望・苦情を言いやすいように働きかけています。 ○利用者の意向には迅速に対応するとともに、記録に残し職員間で共有し、サービス向上に活かしています。法人全体で年に一度発行する広報誌に、苦情に関しての改善等を掲載し、公開しています。 ○市民オンブズマンや介護相談員を受け入れ、利用者が相談や苦情を言いやすい環境が作られています。また、相談窓口の1つとして第三者委員を設置し、電話番号等を重要事項説明書に記載し、利用者に説明しています。				
	(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てている。	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	A	
	(評価機関コメント)	○利用者からの満足度調査は、利用時・送迎時・家族懇談会等で行われ、職員間で話し合われていますが、分析・検討が不十分です。 ○サービスの質に向上に関しては、経営改善・サービス向上・責任者ミーティング会議で検討されています。今後は、もう少し小さいレベルの会議において、事故内容やサービスの質の内容を毎回議題に入れてはいかがでしょうか。そうすることで自ずと職員が意識しサービスの質の向上に繋がるのではないのでしょうか。 ○サービスの質の向上のために上半期下半期に分けて総括を行っています。上半期で修正が必要な内容については下半期に改善できる計画に見直しています。また1年間の総括を行い、次年度の計画に繋げています。今回、短期入所生活介護を中心に積極的に第三者評価を受診されています。				