

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 29 年 4 月 28 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 28 年 6 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **特別養護老人ホーム 宇治さわらび園** 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
(※)

特別養護老人ホーム宇治さわらび園は、都倉病院を母体として社会福祉法人一竹会が平成 11 年 8 月に高齢者複合福祉施設（特別養護老人ホーム・ショートステイ・デイサービスセンター・ケアハウス・ヘルパーステーション・居宅介護支援事業所）として開設しています。定員 50 名・平均介護度 4.5 です。施設周辺には畑が広がり、自然に恵まれた見晴らしの良い静かな環境の中にあります。職員の離職率は低く開設時からの職員もおられ、定年後も務めている方もいます。利用者に寄り添い、ゆったりとした気持ちで支援されるベテラン職員が多いことは、この事業所の強みといえます。多忙な業務の中でも職員たちは自己研鑽に励み、ケアマネジャーや介護福祉士の資格取得者は合わせると 70%に達しています。

○利用者本位のサービス提供

個別援助計画のモニタリングは、毎月チーム会で話し合っておこない、目標達成度もみえています。ケアマネジャーは、毎月利用者と面談し意向の確認をしています。また、3 か月目の短期目標にあわせモニタリングをおこない、6 か月目にサービス担当者会議（利用者・家族・ケアマネジャー・総主任・看護師・介護士・栄養士・調理職員参加）を開催しています。本人（家族）や各職種の専門的な立場で意見交換をして、計画全体の見直しとともに、アセスメント内容の見直しをおこなっています。職員は家族の来訪時には必ず声をかけて意見を聞き、情報の共有や個別援助計画への反映に努めています。利用者（家族）の思いに寄り添った介護提供がおこなわれています。

○レクリエーション委員会

多くの委員会活動が行われていますが、その中でもレクリエーション委員会はとても機知にとんで独奏的です。年間の行事予定を作成し、毎月の行事の後振り返りを行い、それをもとに次の行事の計画を立てるなど、常に利用者が喜んで参加できる内容を検討されています。中でも「屋台のラーメンレクリエーション」では、食堂に屋台が出てラーメンを提供します。屋台は職員が組み立てました。私服の T シャツには発案者名である「森田屋」の屋号が入っています。頭にはバンダナやハチマキなど、どこからみてもラーメン屋さんです。家族の参加もあります。職員はヒアリングで「利用者の笑顔につ

	<p>ながる1番のレクリエーションは、食事レクです」と述べています。「参加は強制せず、利用者が自らすすんで参加したい」という実践を目指しています。この活動は地元のローカル紙にも取り上げられています。</p> <p>○地域との交流</p> <p>地域の運動会や福祉まつりなどに参加し、近隣の施設やガールスカウト・小学校・保育園との交流を行っています。小学校は隣接しており、室内からも小学生の様子が見え、声も聞こえる距離にあります。校庭の桜で花見をし、運動会では生徒たちの頑張りを応援しています。近くの保育園児やガールスカウトは歌や笑顔を届けにきています。他の施設との交流会では、玉入れや玉転がしなど運動系レクリエーションやスイーツタイムで友好の時間をすごしています。施設の建物は震度7以上の耐震を備えており、宇治市と協定を結び福祉避難所となっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○中長期計画</p> <p>単年度の事業計画は、事業所の課題を多角的にとらえ作成されていますが、中長期計画については、作成されていませんでした。</p> <p>○地域への貢献</p> <p>管理者は地域の介護施設のブロック長をされており、依頼を受けて介護の講演をされるなど、幅広く活動されています。しかし、施設としてまだまだできる事があるのではないのでしょうか。</p> <p>○業務マニュアル</p> <p>業務マニュアルの中に、委員会が中心となり内容の見直し・整備されているものもありますが、全体として定期的な見直しができいていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○中長期計画</p> <p>管理者・職員から、施設にとっての諸課題（次期リーダー育成・各種書類の整備・記録の充実・事故予防・地域貢献への参加など）の課題を聞き取りました。職員が何を目指して行きたいかなどの思いや地域ニーズなどへの対応を入れて、中・長期計画を示されることを期待します。</p> <p>○地域貢献</p> <p>施設として持つておられる力を十分に活用し何ができるか、話し合われてはいかがでしょうか。介護情報の発信や専門的な技術をいかした（介護相談・健康相談・介護予防の健康づくり）などの取り組みを、職員のユニークな発想でおこなわれることを期待します。</p> <p>○業務マニュアル</p> <p>利用者に対するサービスはしっかり実施されていますが、業務マニュアルに基づいて実施されているかを確認する仕組みや見直しの基準（1年に1回見直しをするなど）を定め実行することが必要です。現在行っている多くの業務に照らし、マニュアル作成を追加する必要はないかなども精査し、新人教育や学生指導の教本となるマニュアルの整備・見直しを望みます。</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	2671200141
事業所名	特別養護老人ホーム 宇治さわらび園
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	平成29年3月27日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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。	B	A
	(評価機関コメント)			1. 事業所の理念及び運営方針は、高齢者複合福祉施設の玄関や特別養護老人ホームの目の届きやすい場所に掲示し、職員に周知し日々実践している。理念にある「明るく家庭的な雰囲気」の提供の為、職員はユニホームを廃止し私服を着用している。「利用者に自然に寄り添え、違和感が払しょくできた」との職員の言葉がある。利用者や家族には、契約時に相談員が説明している。 2. 組織図で組織体制がわかる。職務権限は運営規定に記載している。チーム会議・業務検討会議・特養会議（全体会議）・主任会議・理事会を定期的に開催し、職員意見の吸い上げや検討・情報共有がおこなわれている。各種委員会活動内容は特養会議で報告して、全職員に周知を図っている。		
(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。	B	B
	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。	B	B
	(評価機関コメント)			3. 特養会議で各職種別の職員から意見を聞き取り、単年度の事業計画を策定し運営している。半期ごとに見直し、達成度や進捗状況を確認している。利用者（家族）への満足度調査は不定期である。中長期計画は作成できていない。 4. 各委員会が課題を設定して取り組み、特養会議で報告している。しかし、委員会開催が不定期でおこなわれているのが多い。レクリエーション委員会は年間計画を立案し、行事ごとに会議をもち、振り返りを行い次の計画につなげている。		
(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り組みを行っている。	B	B
	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	B
	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. 法令については、京都府の集団指導・京都府老人福祉施設協議会・京都府社会福祉協議会がおこなう制度改革などの研修に管理者と各部署の責任者が出席している。職員に伝達はしているが、法令のリスト化や職員が調べやすい方法などは今後の課題としている。 6. 管理者は自らの役割と責任について運営規定に明記している。管理者は、単年度事業計画を職員に説明し周知させている。また、主任会議に出席し、各チーム職員からの意見・要望の報告をうけている。定期的ではないが、管理者・相談員が職員との個人面接もおこなっており、管理者に対しての要望を聞く事もできる。 7. 管理者・総主任は常に携帯電話を持ち、いつでも連絡が取れる体制にある。管理者不在時は、総主任か相談員のどちらかが必ず現場にいるようにしている。緊急連絡網で連絡が取れる体制ができています。不在時の状況は、管理日誌や報告で把握している。		

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
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。	B	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。	B	B
		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)		<p>8. 職員採用には、有資格や経験の有無は基準としているが、人物本位で性格も重視している。職員の資格取得の研修参加には、休みを優遇している。資格取得後は資格手当がつき、正規職員となる。現在、ケアマネジャーと介護福祉士で70%を占めている。定年後もいきいきと働き続け、80歳を超える職員も在籍している。</p> <p>9. 研修計画は職員からの意見を聞き、主任が作成している。外部研修に参加した職員は研修報告書を提出し、事業所で伝達研修を行い他の職員も学べる体制ができています。また、外部から講師を招き、精神障害や排泄などの勉強会を開催している。キャリアパスは作成されていない。職員個々の教育体系がある方が望ましい。</p> <p>10. 実習指導者は現在2名配置している。職員のレベルアップのため、随時受講し資格習得者の増員を目指している。地域の中学生職場体験、大学や専門学校の実習（社会福祉士・介護福祉士）など、積極的に受け入れている。</p>		
(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。	B	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)		<p>11. 有給休暇は希望で取得でき、消化ができています。育児休業・介護休業は、就業規則に定め取得できている。育児休業復帰後は変則勤務免除や時間短縮などの対応をしている。残業は月30時間以内にするなどタイムカードで確認ができ、経理職員と管理者が就業状況を把握できている。昇降ベッド・特殊浴槽・特殊車椅子などを活用し、職員の負担軽減に繋げている。</p> <p>12. 上司は常に職員の相談に応じているが、共済会に入会しており外部機関に相談することもできる。ストレスチェックもおこなっている。産業医に相談する体制もできている。協力病院での診療は、職員は全額免除、同居家族は半額の補助がある。親睦会の旅行や食事会にも補助が出る。休憩室は仮眠のできる場所が確保され、電子レンジや冷蔵庫も使えリラックスできる。</p>		
(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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>13. 事業所の概要・情報は、ホームページやパンフレット・広報紙（広報さわらび）で公表している。広報紙は、利用者・家族・コミュニティーセンター・近隣の施設などに配布している。地域の運動会や福祉まつりなどに参加し、近隣の施設との交流やガールスカウトや小学校・保育園との交流を行っている。他施設に向くときは家族の支援もある。</p> <p>14. 管理者は、近隣の中学校で「老人の特徴・生活の実態」の講演をおこなっている。地域の活性化の一助として、近所のいちご園で「いちご狩り」を行い、おやつ作りを楽しんだ。今後、在宅介護の相談や健康相談など取り組んでいきたいとの意向がある。</p>		

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. ホームページやパンフレット・広報誌で事業所の情報を提供し、料金については詳しく掲載している。見学希望者には、管理者・主任・相談員が案内・説明をおこない記録に残している。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		16. 契約にあたり、重要事項説明書や料金表をもとに、サービス内容・利用料金（保険外サービスを含む）について丁寧に説明している。利用者・家族（後見人）から同意を得ている。成年後見制度の活用者はおられる。			
(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. 入所時の情報提供は各関係機関から書面で受けている。本人・家族からも情報を得て、フェイスシート・アセスメントシートに記載している。アセスメントは7領域（①食事・水分摂取、②排泄③入浴・清拭④移動・移乗⑤健康・服薬⑥リハビリテーション⑦レクリエーション）から聴取り記録している。アセスメント内容は6か月ごとに見直している。 18. サービス担当者会議には必ず利用者・家族が参加している。家族の都合に合わせて日程を調整し、利用者・家族のニーズを聞き取るようにしている。介護計画は利用者の意向や抽出した課題から立案されている。 19. サービス担当者会議には、利用者・家族・ケアマネジャー・総主任・看護師・介護士・栄養士・調理職員などが参加し専門的な立場で意見交換をおこなっている。 20. 介護体制は4チームに分けた受け持ち制である。個別援助計画のモニタリングは、毎月チームで話し合っておこない、目標達成度もみている。ケアマネジャーは3か月目の短期目標にあわせモニタリングをおこない、6か月目にサービス担当者会議を開催して、計画全体の見直しとともに、アセスメント内容の見直しをおこなっている。急変時や退院後には各専門職の意見を踏まえ、介護計画を見直している。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 宇治市内の関係機関リストは作成できている。協力病院の医師、看護師・事務職員の参加を得て、施設職員との合同会議を定期的におこなっている。利用者の体調不良時は速やかに受診でき、入院時の協力体制も図れている。職員の健康診断は、外来開始前に受けることができる。行政との連携もととり、緊急入所にも対応している。			

(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。	C	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。	B	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。	B	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。	C	B
(評価機関コメント)		22. 各業務マニュアルは作成している。事例についての検討をおこなってはいるが、マニュアルに転記や修正ができていないときもある。見直し基準が作成されておらず、定期的なマニュアル見直しはできていない。 23. 介護記録は、食事・排泄・入浴などのサービスの実施状況を、詳しく記載している。記録の保管や開示は、重要事項説明書内に明記している。廃棄は専門業者に依頼している。持ち出しの取り決めをふくめ、文書管理規定としてまとめられることが望ましい。 24. 利用者のサービス計画書は、チームに配布し周知を図っている。全職員は勤務に就く前に、日誌内容・連絡ノート・業務連絡ノートに目を通し捺印している。医療情報は看護師が管理して、関係職員に伝達している。 25. サービス担当者会議で6か月ごとに家族との話し合いを行っている。面会時には必ず声をかけ、利用者の状況を伝え情報交換を行っている。		

(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。	B	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. 感染症については、感染予防委員会が「感染発症時緊急業務マニュアル」を作成し、月1回会議を行い話し合っている。また全職員に対して、感染症対策の研修を行っている。 27. 施設内は整理整頓ができており、清潔である。トイレ内の臭気は上がってこない仕組みになっている。居室の清掃は、清掃専属の職員が週2回行っている。トイレ個室などの共用部分は、外部業者が毎日おこない点検表により確認している。		

(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。	B	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。	B	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。	C	B
(評価機関コメント)		28. 緊急時の対応はフローチャートで作成して、対応手順がすぐに確認できるようにしている。「夜間・発熱時対応マニュアル」も作成している。緊急連絡網に沿い、職員呼び出し訓練は年2回おこなっている。AEDや心肺蘇生の実施訓練もおこなっている。 29. 事故防止委員会で、事故、ヒヤリ・ハットの集計（年2回）分析・対策を検討している。事故やヒヤリ・ハットは記録に残し申し送り時に報告し、必要に合わせ検討をおこない介護計画に反映させている。誤薬は防げる事故であるところを、再発防止の徹底を申し送っている。行政報告事故は平成27年は0件、28年度は1件ある。 30. 防災訓練は、消防署立ち合いのもとで年2回実施し、昼夜間想定でおこなっている。自然災害想定での訓練はできていない。地域の消防団や住民の支援は得られていない。備蓄については、2日分の準備ができています。		

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。	B	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。	B	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)		<p>31. 「入居者の意志や人格を尊重し、常に入居者の立場に立ったサービスを提供します。」と、基本理念に明記し、職員は実践している。高齢者虐待・身体拘束は、内・外部研修を受け伝達研修を行っている。言葉使いやマナーなどの気づきは、チーム会で話し合い、対応の統一を図っている。</p> <p>32. プライバシー保護は、理念に「入居者のプライバシーが保護された、ゆとりと潤いのある生活環境を創ります」と明記されている。各介護マニュアルのなかでプライバシーや羞恥心に配慮し作成している。新入職員には、業務のマニュアルを渡し、トイレ・入浴・おむつ交換など実施時に直接指導している。話し合いは随時おこない、全職員に周知させている。レクリエーションに無理強いはいしない、居室での時間も大切にすることも心掛けている。</p> <p>33. 利用者の申し込みは断ったことはなく、公平・公正におこなっている。待機者からの相談では、他の介護施設などの説明や紹介はおこなっている。</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。	B	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。	B	B
		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)		<p>34. 定期的にはないが利用者・家族への満足度調査をおこなっている。家族とは、6か月ごとのサービス担当者会議・面会時の声掛け・行事を通して意向の聞き取りはおこなっており、介護計画への反映がおこなわれ、家族とともに利用者を支えている。利用者には、毎月ケアマネジャーが面談をおこない意向確認をしている。</p> <p>35. 苦情の申し出はほとんどない。利用者や家族からの要望や意見には、多職種協働で対応している。また内容によっては、それぞれの部門の職員により対応している。</p> <p>36. 利用契約書に第三者委員の名前、連絡先を記載し、また、公的機関の連絡先なども明記して対応している。介護相談員2名の来所もあり、利用者の相談を受けている。</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。	B	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。	C	B
		(評価機関コメント)		<p>37. 満足度調査は今年度はおこなっていないが、日々利用者や家族からの要望は聞き取りチーム会議で検討している。全体での検討事項は、業務検討委員会でおこなうシステムができています。</p> <p>38. 業務検討委員会は毎月開催している。サービス内容や日々の業務の見直しをおこない、サービスの質の向上についての研修にもつなげている。管理者は山城北保健所管内のブロック長を任されており、他事業所の取り組みや情報を得て職員と共にサービスの質の向上について検討している。</p> <p>39. 初めての第三者評価の受診であるが、委員会を立ち上げ始動している。課題を明確にして、次年度の事業計画に反映させるための検討をおこなっている。</p>		