

アドバイス・レポート

平成25年12月19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25年11月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「社会福祉法人和楽会（ショートステイ わらく）」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>1. 会議等の記録が周知徹底されています。 (理由) 各種会議録、特に月に1度の責任者会議の内容は詳細に記録されており、各部署・ユニットの報告の記載とそれぞれの発言内容が記録され、職員が閲覧可能であり、組織の方針が理解できるようになっています。</p> <p>2. 2つのユニットを一体的に利用できるなど工夫されています。 (理由) ショートステイのユニット自体は1単位毎で運営されていますが、2つのユニット間の仕切り壁を開くことにより一体的な利用ができ、利用者の交流や職員の協働が行えます。また、個室のトイレの間仕切りが可動式で、利用者の状況にあわせて右側、左側、カーテン等に変化させることができます。施設の共同利用場所や個室も清潔に美しく保たれ、整理整頓されています。</p> <p>3. 質の高いサービスを目指した取り組みがなされています。 (理由) 多くのヒヤリハット及びアクシデント報告書に基づいた原因分析が実施され、事故の再発防止のために活用されています。褥瘡等の改善について介護・看護職の連携に基づくケア等が実施され、成果をあげています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>1. 事業所情報などの提供について (理由) 現在のパンフレットやホームページで施設の情報は得られますが、より施設をアピールする取り組みが望まれます。</p> <p>2. 利用者満足度の把握について (理由) 利用者に対する満足度調査がなされていません。</p> <p>3. 法人の中長期計画の策定について (理由) ハード面（新たな施設の建設）での中・長期計画はありますが、ソフト面での中・長期計画の策定が望まれます。</p> |

具体的なアドバイス

1. 事業所情報などの提供について

・旧和束小学校の跡地に建設された当施設は、近隣の住民にはなじみの施設になっており、広報活動はそれほど必要としておられません。パンフレットやホームページは施設の顔になります。施設を広報する第一の手段ですので、施設の理念・運営方針・事業内容など掲載されることをお勧めします。

・具体的な日常活動は「施設のおたより」等を利用者や家族の方、関係機関などに配布されることで施設がより身近なものになると思われま

す。
・現在のホームページは関連法人の一部として並列して掲載されていますが、社会福祉法人和楽会の新施設の完成を待って独自のホームページを作成する予定と申すことでした。独自のホームページ作成に期待します。

2. 利用者満足度の把握と公開について

・利用者や家族等に対する満足度調査アンケートを行うことをお勧めします。「皆さんの声」ボックスを設置して利用者の方や家族の方の声を聞いていますが、それとは別に利用者全員の声を聞かれる機会を持つことは、サービスの質の向上につながります。利用者の要望、苦情をより多面的に把握し、分析した上で検討し、結果を公開することにより、利用者のみならず社会的な信頼を得ることになるものと思われま

3. 法人の中・長期計画(ソフト面)の策定について

・中・長期計画での介護サービスの質の向上のための、職員の確保・人材育成などのソフト面の計画策定をお勧めします。茶業の町としての地域柄が職員の確保にご苦労されています。人材の確保については、例えば資格取得率の目標の設定、定着促進のための職員寮の設置、処遇改善等の受け入れ環境の整備、人材募集地域の広域化、「きょうと福祉人材育成認証制度」の登録活用など、中・長期的な検討課題にされるのも一案かと思いま

(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 | 2671400352 |
| 事業所名 | 社会福祉法人 和楽会 ショートステイ わらく |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 短期入所生活介護(介護予防含む) |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 通所介護(介護予防含む)、居宅介護支援事業所、 介護老人福祉施設 |
| 訪問調査実施日 | 平成25年11月15日 |
| 評価機関名 | NPO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) | | ○運営方針が明確化され、法人の責任者はじめ職員全員が理念及び運営方針を理解し、サービスの提供に活かしています。 ○理事長が参加する会議(理事会をはじめ、毎月開催される責任者会議)を含むすべての会議録は全職員に周知されています。 | | | |
| (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) | | ○法人として施設別に年次計画を作成し、毎月の責任者会議にて現状に対する課題や達成状況の報告を行い、都度方向性の修正が行われています。毎月実施している各委員会では、現場からのサービス改善方法や課題分析等の立案や実施が行われています。 ○各業務レベルにおいて具体的な目標が設定されており、達成に向け点検しながら取り組まれています。 | | | |
| (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) | | ○理事長、施設長は法令順守を含む運営管理職員研修を受講しています。各部署に就業規則等の各規定類が常設されています。 ○理事長、施設長は毎月開催される責任者会議や各委員会に出来るだけ参加し、現場の状況把握や職員の意見を吸い上げながら、事業運営をリードしています。 ○常に把握・指示できる体制ができています。施設長はショートステイのユニットリーダーを通して適切な指示を出しています。 | | | |

| 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 | 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) | | ○人員採用に当たって有資格者を優先するとともに、資格取得に向けた講習会を実施し、資格取得後に手当を支給しています。 ○研修は年間計画に基づいて各階層別に法人内、法人外において実施しています。 ○体験学習は行われています。実習受け入れ体制はありますが場所がら受講生がいません。 | | |
| (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) | | ○有給休暇はよく取得され、出産・育児、介護休暇制度が整備されています。時間外労働は少なく、サービス残業は行われていません。職員の負担軽減を考慮して浴室のリフト増設等が行われています。 ○リーダーはコーチング能力向上の研修を受けスタッフの悩みや相談に応じています。 | | |
| (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) | | ○パンフレットやホームページで広報しています。短期入所者へ多くの家族等が面会に来ています。 ○毎年「介護教室」を開催しています。和束町の健康福祉審議会委員、社会福祉協議会の委員として施設職員が参加しています。もの忘れ予防の集い「茶源郷」cafeの行事にも講師を派遣しています。 | | |
| 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) | | ○事務所入口にはパンフレットが置いてあり、施設・サービスの内容など写真入りでわかりやすく説明されています。ホームページは関連法人ページの中にあり、詳細な料金説明も掲載されています。（近々施設独自のホームページを作成予定）。見学希望を受け付け、見学者に案内や説明を丁寧にされています。 | | |
| | | 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) | | ○重要事項説明書でサービスの費用負担についてきちんとわかりやすく説明されています。権利擁護についても説明書が整備され、必要に応じて活用されています。 | | |

| (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) | | <p>○ショートステイ独自のアセスメントシートで利用者の状況を的確に把握しています。</p> <p>○個別援助計画は利用者の希望を受け止められています。さらに「希望等の記入欄」を作るのが望ましいと思います。</p> <p>○ケアプランを参考にしながら専門家等の意見を照会して個別援助計画を作成しています。</p> <p>○ケアプラン変更時、入院時には担当者会議が開催され見直しを行っています。</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) | | <p>○関係機関の連絡リストが作成され、必要に応じケアマネジャー・主治医に連絡を行い連携を図っています。退院前のカンファレンスにも参加しています。地域包括支援センターや地域の関係機関との連携は良好です。</p> | | |
| (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) | | <p>○各種マニュアルに加えてショートステイ用の業務マニュアルが整備され、各ユニット等に置かれ周知されています。</p> <p>○ケース記録、モニタリング評価表等の個人情報は鍵付棚に管理されています。</p> <p>○朝礼での申し送りがあり、申し送りノートで情報を共有しています。</p> <p>○初回面接時は家族と面会する機会を設け、入所中の面会時には状況を伝え、帰宅時には施設での様子を連絡帳に記載し家族に渡しています。</p> | | |
| (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) | | <p>○感染症予防マニュアルを作成し、職員に研修し周知徹底しています。ノロウイルス・インフルエンザ検査キットを医務室に用意しています。特にノロウイルスについては「ノロウイルス対策チェックリスト」で予防に取り組んでいます。</p> <p>○施設内は倉庫をはじめ洗濯室等整理・整頓されています。</p> | | |
| (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。 | B | B |

| | | |
|--|------------|---|
| | (評価機関コメント) | <p>○「事故防止について」「緊急時の対応について」「普通救命講習」の研修が実施されています。</p> <p>○ヒヤリ・ハット報告書は事故防止に役立てられています。報告書は多く提出され半期毎に分析もされています。</p> <p>○災害発生時の地域との連携について現在協議中です。</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 |
| 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) | | <p>○高齢者虐待・人権・プライバシー保護について施設内研修を実施し、利用者の人権を尊重しています。</p> <p>○利用者の決定は定員超過になる場合以外には申込順で調整し、できるだけ多くの人の利用を考えています。</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 | 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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | <p>○「皆さんの声」ボックスの設置場所に配慮されることが望まれます。「介護支援相談員」が相談しやすい関係づくりに取り組んでいます。</p> <p>○利用者の意向は掲示板に掲載され、迅速に対応されています。</p> <p>○第三者委員は設置され利用者及びその家族に周知されています。また、第三者による点検を受けるなどの取り組みも行われています。</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。 | A | 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) | | <p>○利用者の満足度調査がされていません。調査方法を工夫して実施することで新たな発見があると思われます。</p> <p>○各種の委員会、部会でサービスの向上が図られています。外部研修会の参加により他事業所の取り組みを参考にしています。</p> <p>○責任者会議で各部署の報告を行い、課題の明確化を絶えず行っています。</p> | | | |