

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 11 月 19 日

平成 24 年 8 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「社会福祉法人仁恵会特別養護老人ホームユーカリの里」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>○組織体制 組織としての意思決定には、棟会議から主任会議、運営連絡会議、そして理事会と職員の意見が反映できる仕組みがあり、また、事故対策委員会、感染症・じょくそう予防委員会、吸引委員会などからも意見を反映させる仕組みがあります。</p> <p>○労働環境への配慮 月に10日の公休があり、そのうち2日は希望日に休暇が取れるように配慮しています。時間内で記録の作成ができるような体制を取っており、超過勤務はほとんどありません。職員が余裕を持って仕事ができる体制を整えています。</p> <p>○人権等の尊重 運営規程に身体拘束禁止を明示し、身体拘束の例は1件もありません。身体拘束をしないケアについて常に話し合いを行い、サービスの検討・向上により解決しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○単年度計画の策定はありますが、単年度だけで解決できない課題も多々あると思います。中・長期計画の策定をされ組織として介護サービスの向上、人材育成などを着実に実行していくことが必要と考えます。</p> <p>○業務のマニュアルは活用できる実用性のあるものに改善を図っていくことが大切と考えます。マニュアルは、全フロアに設置されておらず、職員に十分に活用される状況には至っていません。</p> <p>○職員の経験年次別内部研修や資格取得支援の取り組みが必要と考えます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、地下鉄「北山」駅から徒歩約15分という場所にあり、周りを緑に囲まれた自然豊かな環境の中にあります。四季折々の風景が楽しめ、利用者だけでなく職員も心が安らぐ環境にあります。</p> <p>今年の8月からは、各フロアで「すこやか体操」を毎日行い、利用者の身体機能の維持に努めています。また、入浴のない日曜日には、ドライブやおやつを作るレクレーションなども実施しています。</p> <p>○事業計画等の策定、課題の明確化</p> <p>単年度計画は細かに定められています。その計画の実現を確実なものとし、サービスの質の向上に繋いでいくために、計画・実施・達成状況の確認・改善というサイクルで評価・検討をされてはいかがでしょうか。また、その評価に際しては、満足度調査やヒヤリハットの分析毎年受診している第三者評価とも連動して多角的に見ることが大切だと考えます。こうしたサイクルで取り組みを進めると、単年度では解決できない課題も明らかになり、継続して積極的に課題の改善などに取り組むことができるようになると思います。出てきた課題を短期・中期・長期目標と分けて検討し、それを組織としての中期計画、長期計画として設定するところから始めると取り組みやすいと思います。</p> <p>○業務マニュアルの作成</p> <p>入浴、排泄、移乗、食事介助、感染症等のマニュアルをそれぞれ整備していますので、その次の段階として、マニュアルに基づいたサービスが実施出来ているかを確認する仕組み作りに取り組んでいただければと考えます。マニュアルを確認することは、実際のサービス提供が上手く出来ているかということの確認にもつながり、マニュアルの不備に気づくこともできます。今後、これまで以上により良いサービスの提供のために苦情や満足度調査の分析、事故防止などの観点から最低でも年に1回マニュアルの見直しをされることをお勧めします。</p> <p>○職員の経験年次別研修を外部研修だけに限らず、内部研修として体系的に計画・実施し、資格取得支援の取り組み等をなされてはいかがでしょうか？内部研修することは講師となる職員の資質の向上や、職場全体のスキルアップに繋がります。また、資格取得の取り組みを職場全体で取り組むことで職員の仕事に対するモチベーションも上がると考えます。是非、ご検討ください。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670100219
事業所名	社会福祉法人仁恵会 特別養護老人ホーム ユーカリの里
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、短期入所生活介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成24年10月12日
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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. 基本理念や運営方針は受付窓口に掲示しています。また、職員研修(特に、新規採用職員研修)や全体会議などで理解が深まるように努力しています。 2. 棟会議、主任会議、運営連絡会議など、順を追って意見を反映できるシステムがあり、最終的には理事会で意思決定を行っています。			
(2)利用契約						
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3. 詳細な単年度の事業計画はありますが、中長期計画はありません。 4. 棟会議や主任会議などで現場での問題点を把握し、改善に取り組んでいます。また、施設長は普段から現場を巡回し、職員や利用者とのコミュニケーションを深めることで業務上の課題の把握に努めています。			
(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	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、いつでもスタッフ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. 施設長が「京都市老人福祉施設協議会」の会議に参加して、そこで得られた情報などは各部門を通じて職員への周知、理解を図っています。 6. 施設長は、職員とのコミュニケーションを図る努力をしていますが、自らの行動が職員から信頼を得ているかを評価する方法は、確認できませんでした。 7. 施設長が常に、現場を巡回して実施状況を把握しています。			

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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		8. 資格取得支援などの取り組みが不十分です。 9. 採用時の研修は、計画を立てて適切に行われています。 10. 実習生を受け入れて福祉分野の今後を担う人材の育成に寄与していますが、実習受け入れに関する基本姿勢について書かれたものではありません。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 超過勤務はほとんどなく、また希望休が取れるように配慮して、職員が質の高いサービスを提供できるように労働環境を整備しています。 12. 産業医と契約していますが、職員に周知するには至っていません。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		13. ホームページを整備して施設の情報を発信しています。 14. 近くで行われる、「はくあい祭り」に参加するなど、地域とのつながりを図っていますが、施設が有する機能を地域に還元するまでには至っていません。		

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を整備して情報を提供しています。		
(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. 重要事項説明書でサービスの内容や利用料金を説明しています。保険外料金については、別紙で特にわかりやすく説明しています。		

(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>17. 入所時にアセスメントを行うとともに、定められた期間の中でアセスメントを実施して利用者の状況を把握しています。</p> <p>18. サービス担当者会議に利用者や家族の参加を求め、生活や支援についての希望を聞き、介護支援計画を策定しています。</p> <p>19. 介護支援計画の策定にあたり、利用者、家族、医務、栄養士、介護職などが参加したサービス担当者会議を開催して計画を策定し、それぞれの意見を反映させています。</p> <p>20. 3か月に一度モニタリングを行い、利用者、家族のサービスに対する満足度も確認して、計画の変更の必要性を検討しています。</p>		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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. 入退院に際しては、医療機関との連携に留意しています。		
(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、スタッフに活用されている。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	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	B
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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22. 入浴、排泄、移乗、食事介助、感染症対策など、各種マニュアルが整備されていますが、そのマニュアルに基づいてサービスが実施されているかを確認する仕組みはありません。また、マニュアルの見直しの基準が定められていません。</p> <p>23. 利用者の記録の廃棄に関する規定がありません。また、記録の情報開示についての教育、研修はありません。</p> <p>24. 居室担当者を中心にケアカンファレンスを実施し、職員間の意見集約をしています。</p> <p>25. 家族には、サービス担当者会議への出席を求めています。24年7月からは「ユーカリ通信」を復刊して、毎月家族に送付しています。</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、スタッフ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>26. 感染症マニュアルが作成され、ノロウイルス対策として塩素消毒キットを設置してすぐに対応できる準備をするなど、感染症への対策があります。</p> <p>27. 施設内の整理や清掃、臭気対策が行き届き、清潔の保持や利用者の安全の確保に努めています。</p>		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
(評価機関コメント)	28. 事故や緊急時のマニュアル、連絡網が整備され、消防訓練も実施しています。 29. 事故報告書の記載、分析がなされ職員間で共有していますが、事故とヒヤリハットとが混同された報告書になっています。			

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	30	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	31	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	32	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)	30. 利用者の生活歴を大切にサービスを提供し、身体拘束をしないサービスの工夫をしています。 31. 排泄や入浴介助などにおいては同性による介助を基本とし、利用者の羞恥心やプライバシーを尊重したサービスを提供しています。 32. 入所判定会議を月1回開催して、利用者の入所の可否を決定しています。医療ケアの必要な利用者に関しては、より良いケアを提供するために受け入れ可能な枠を設定しています。			
(2)意見・要望・苦情への対応				
意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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。	B	B
(評価機関コメント)	33. サービス担当者会議、家族会や意見箱、受付窓口などで意見を収集しています。 34. 苦情の対応を家族会で公表しています。 35. 公的な苦情相談窓口を重要事項説明書や窓口に掲示して周知しています。市民オンブスマンや介護相談員の受け入れはありません。			
(3)質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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)	36. 年2回満足度調査を実施していますが、結果についての十分な分析ができていません。 37. 運営連絡会議でサービスの質の向上について検討し、その結果を棟会議、主任会議等に伝達し職員全体の共有を図りサービスの向上に努めています。 38. 第三者評価を毎年受診していますが、独自の自己評価の実施はありません。また、全体で評価結果を分析、検討するシステムが構築できていません。			