

アドバイス・レポート

平成26年10月25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26年9月1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 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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1 施設の管理面と介護サービスに基本理念を活かし、さらに高い水準を目指して取り組みを進めています。 (理由) 法人の理念・運営方針をもとに、37項目の行動計画を策定し、5カ年計画としてその実現を図っています。</p> <p>2 利用者・家族及び職員の意見・希望を把握し、サービス向上に努めています。 (理由) 年2回、聞き取りによる利用者満足度調査を実施・分析してサービス改善に活かしています。理事長は、毎月の「運営連絡会議」に出席し、施設長は全職員のヒヤリングや日常的な会話を通して業務実態の把握と職員意見・希望の把握に努めています。</p> <p>3 職員に到達目標を明示しています。 (理由) キャリアパスによって階層別に取得すべき技能や受講すべき研修などが明らかにされています。また、新規採用職員研修プログラムが明確で充実しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1 マニュアル類の一覧表がありません。 (理由) 各種マニュアルの整備に努めておられますが、系統的に整理されていません。</p> <p>2 施設の有する資源の地元への還元が十分できているとは言えません。 (理由) 地理的条件による困難さ・施設の物理的条件から、施設を利用した地域貢献を実施するに至っていません。</p>
具体的なアドバイス (所感)	<p>1 法人の諸規程は一括編纂されていましたが、マニュアルは個別に保管されています。 実用に供するものと別に、マニュアル全体が一覧把握できる状態にして、欠落しているものがないかなどチェックしてください。また、「見直し基準」を定め「見直し・点検時期」「担当者」などを明らかにするとともに、「見直し(点検)年月日」を各マニュアルに記載するようにしてくださいと良いかと思います。</p> <p>2 施設資源の地元還元については、学区社会福祉協議会や地域包括支援事業所に協力を求めて、老人クラブ、女性会、小・中学校保護者会等にメニューを提示して、施設内外での講習会・研修会開催の可能性を探るなど、今後の積極的なコミットを期待いたします。 (所感) ○ 明るく雰囲気の良い事業所であるとお見受けいたしました。職員数も充足されたとのことであり、施設として充実期に入ったのではないかと感じました。24年度に受診した第三者評価の結果を受けて、中期計画の策定(37項目の行動計画を5年計画と位置づけた)をはじめとする諸改善に取り組まれ、施設ぐるみでその実をあげられました。 さらに高い水準の施設を目指されるにあたっては、部門目標と個人目標が連動できる「目標管理方式」を導入する方法もあるかと考えます。すでに施設長による職員ヒヤリングやキャリアパスを取り入れ個人の資質向上を図られています。目標を設定し意識しながら自己評価を記入・点検する方式により、多くの気づきを生み、さらなる目標が設定できます。個人の向上のみならず、施設の目指すものも高まるかと思われます。</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	2670100219
事業所名	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・介護予防通所介護・ 介護予防短期入所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年9月24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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 理念及び運営方針に基づく37項目の「行動計画」を策定し、「5カ年計画」と位置づけて実現に取り組んでいます。 ○ 各種会議を積み重ねて、職員の意見を法人の理事会に反映させるとともに、決定事項の周知を図っています。 			
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 「行動計画」（5カ年計画）を基に単年度の事業計画を策定し、各種会議で点検・見直しを図りながら業務を進めています。 ○ 部署別会議、主任会議などで課題を明確にし、理事長が参加する「運営連絡会議」で毎月達成状況・問題点等を総括しています。 			
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 運営管理者や主任等が集団指導や業界団体の研修会等で情報・資料を入手し、現場職員の会議で周知に努めています。また、事務室に関係法令を備えています。 ○ 職務規程及びキャリアパスに運営管理者（施設長）の役割と責任を明文化しており、経営責任者（理事長）は毎月の「運営連絡会議」で、施設長は日常的また計画的に全職員のヒヤリングを行って、意見を聞き自らの評価を受けています。 ○ 施設長は各部署を巡回し、利用者及び職員の状況を把握するとともに、必要な指示をしています。不在時の連絡体制も確立しています。 			

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	A
		(評価機関コメント)		<p>○ 毎月人員体制を分析して、管理・整備を図っています。また、「きょうと福祉人材認証制度」の認証を得るべく取り組んでいます。</p> <p>○ キャリアパスにより、習熟度（職責）別に課題が明確化されており、研修受講が推奨されています。また、新採研修プログラムが充実しています。</p> <p>○ 実習生受け入れマニュアルが整備されており、指導担当者は研修を受講しています。</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。	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)		<p>○ 職員の意見を取り入れて、介護員室の改善や各棟の事務作業スペース整備により、労働環境の改善を図っています。</p> <p>○ 職員のメンタルヘルスケアは産業医に委嘱していますが、窓口となる看護部長に相談できる体制が整えられています。</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。	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)		<p>○ ホームページは明るく、わかりやすく作成されており、事業所の情報を地域に開示するために努力されています。</p> <p>○ 施設の立地条件から施設内での取り組みはありませんが、学区社協や提携病院の行事に参加して、事業所の持つ技術や情報を地域に伝えています。</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
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)		○ ホームページ、パンフレットのほか、家族向け（見学者にも手渡し）には、毎月「ユーカーの里通信」を届けています。			
(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)		○ 事前見学時または入所時に資料を提示してサービス内容や所要費用等について説明されています。 成年後見人制度の利用者もおられ、身寄りのない利用者のためには、法律事務所に相談・依頼してもらえ体制も整えています。			
(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)		○ 「包括的自立支援プログラム」を利用して、施設ケアマネジャーが介護職員等の協力を受けながら、利用者の状況・希望把握に努めて、定期的または随時にアセスメントを行っています。 ○ 利用者・家族のニーズ、希望等に基づいて、具体的な目標を明記した個別援助計画が作成されています。 ○ 担当者会議において各種専門家の意見を反映させ、個別援助計画を作成しています。 ○ 日々の「チェックシート」、モニタリングや専門家への意見照会を行い、変更基準を基に必要に応じて計画変更が行われています。			
(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)		○ 医師（病院）や関係機関と連携体制が取れており、入退院時や退所時においても関係施設と連携し対応しています。			

(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、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	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)		<ul style="list-style-type: none">○ 各種マニュアルが整備され、随時見直しもされています。しかし、系統的に整理されておらず、見直しの責任体制（所管委員会等）が各種職員会議にゆだねられ、点検・見直しした年月日を記録していません。○ コンピューターに入力されている記録は具体的であり、記録の管理も適切に行われています。○ 利用者情報は出勤時に確認されており、申し送りや引継ぎ等により共有化が図られ、月に一度のカンファレンスで意見集約しています。○ 計画変更時等必要に応じて家族と面接しており、「ユーカリの里通信」を発行して活動状況を知らせるほか、利用者に状況変化があったときや3か月ごとのモニタリング結果を伝えています。		

(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)		<ul style="list-style-type: none">○ 感染症の流行期ごとに医務室から最新情報により知識を伝達し、注意喚起しています。感染症の利用者は、個室対応する体制を整えています。○ 書類や物品は整理整頓されており、清掃・洗濯は専任職員により行われ、衛生が保たれています。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none">○ 消防署の指導の下「夜間想定避難訓練」が実施されており、自衛消防隊に加入するなど事故・緊急時対応への意識が高いです。事故発生時の対応は、速やかで適切です。○ 事故報告とヒヤリハットは分離され、分析して再発防止に活用されています。○ 災害発生時の指揮命令系統は明示されていますが、マニュアルを作成中です。		

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)		<p>○ 各層の会議において虐待防止や人権尊重について話し合い、介護サービスに取り組んでいます。一方、利用者の残存能力を重視して、過剰介護を避けるようにしています。</p> <p>○ 利用者のプライバシー保護や羞恥心に配慮して介護されています。</p> <p>○ 毎月「入所判定委員会」を開催し、介護の必要度等を公平・公正に判断し、必要度に応じて「優先待機者名簿」に登録しています。</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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>○ 利用者に「食品嗜好と生活希望調査」を年2回、聞き取りして実施しています。三つあるブロックの1か所では、職員に利用者目線になって“何をしてほしいか”“何がしたいか”を書き出してもらおう試みを実施しています。利用者意向把握は、職員の日常業務の一つとしても取り組まれており、報告があれば速やかに対応されています。</p> <p>○ 苦情・要望への対応結果は、家族会で報告するとともに「ユーカリの里通信」にも記載しています。</p> <p>○ 第三者及び公的機関等の相談窓口情報は「重要事項説明書」に記載し、施設内に掲示されています。また「介護相談員」も受け入れています。</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	A	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>○ 利用者満足度調査は、主任会議で分析検討し、部署の会議に報告してケアプランに反映させるなり、サービス向上に資するようになっています。</p> <p>○ サービスの質の向上を検討する仕組みとしては、部署別の会議で挙げられた内容を主任会議等で協議し、最終的に、理事長も参加する「運営連絡会議」で検討・決定しています。その結果は、職員全体に周知されています。</p> <p>○ 一昨年に受診した第三者評価の結果を踏まえ、昨年度中に未実施の課題解消に取り組み、ほとんどが改善されています。特筆されてよいのは、五つの運営方針を基に、37項目の行動計画を策定し、これを5カ年計画で実現されようとしていることです。</p>			