

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 2 8 年 1 0 月 2 5 日

平成 2 8 年 8 月 1 3 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」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, 組織の理念、運営方針が事業計画に具体化されています 単年度計画は、社会福祉法人仁恵会事業計画があり、ユーカリの里特別養護老人ホーム事業計画、特養介護部事業計画と大きな目標をより身近に引き寄せた計画を策定しています。中・長期計画は「明日の仁恵会を創り上げる運営方針」として5つの運営方針とその具体的な行動計画37項目を策定し、現在はそれに沿っての改革をすすめています。 2, サービスの質の向上をめざした取り組みが行われています 年2回「生活満足度アンケート」を職員が聞きとり調査し、分析・検討・改善につなげています。また日常的にももの言いやすい雰囲気づくりを工夫されています。利用者家族は、面会時、家族の都合に合わせて行われるサービス担当者会議、年1回の家族会で意向を伝えています。 職員の利用者担当制、利用者ファイルの一元化、自主学習会、今年度の重点課題として人権の尊重・権利擁護の学習、職員の心の健康を保つためのメンタルヘルスへの取り組みなど、サービスの質の向上を図っています。 3, 経営責任者、運営管理者のリーダーシップと職員のやる気の高さ、改革の息吹があります 理事長は毎月開催される運営連絡会議に出席し現場の状況を把握しています。施設長は、全職員に年1回ヒヤリングを実施し、管理者としてリーダーシップを発揮するとともに、職員との意思疎通を図っています。職場は風通しの良いものになっており、職員の仕事に対する志気の高さ、積極性があります。
-----------------------------	--

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について 各種マニュアルは整備されて、有効に利用もされていましたが、見直し実施基準の策定と改訂日の記載が必要です。 2, 自己評価のためのシステムをお作り下さい 事業計画があり、各委員会でサービスの質の向上について話し合われていますが、総花的になっています。自己評価のための検討委員会設置などお考え下さい。 3, 施設スペースの有効利用について 施設内外にある余裕の空間利用を考えてはいかがでしょうか。例えば、2階に草花の生えている庭とその前面にコンクリートを敷き詰めた空間があります。利用者の憩いの場所として活用されてはいかがでしょうか。
具体的なアドバイス	1, マニュアルの見直しについて マニュアルを研修に使う際、マニュアルを活かした上手な工夫や、新しく作られたマニュアルもみせていただきました。見直しの実施方法、基準、時期を決めるとともに、見直した年月日と担当者名の記載をするようにしてください。 2, 自己評価のシステム作りについて 各種会議、棟会議、主任会議、運営連絡会議などで、サービスに対しての課題、問題点など話し合われていますが、自己評価について系統だっ取り組む部署が明確ではありませんでした。特に中・長期計画「明日の仁恵会を創り上げるための運営方針」については、現在この方針にそって改革が進んでいますので、運営連絡会議などで話し合われていることと思いますが、検討委員会など独立した委員会を設置し、分析・検討されてはいかがでしょうか。 3, 施設スペースの有効利用について 草花を目の前に“ホットできる”場所がありました。以前は利用者の方が、花や野菜を育てていたそうですが、現在は介護度も進んでそのような利用者がいらっしやらないということでした。外出レクの時以外にも、手近な場所にベンチを設置することで日常的に外の風を感じられたら、利用者の方にとって気分転換になるのではと思われます。

※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	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・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年9月27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)		① 法人（仁恵会）としての基本理念と事業所の理念は、受付窓口、各介護スタッフ室に掲示し、研修をとおして職員に周知され、行動計画37項目に取り組んでいます。 ② 理事会、運営連絡会議、主任会議、特養会議、各棟会議、各種委員会会議を定期的に行い、職員の意見が反映される仕組みがあります。			
(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)		③ 単年度および中・長期計画を策定しています。中・長期計画として「明日の仁恵会を創りあげる運営方針」があり、5つの運営方針をより具体的なものとするために37項目の行動計画を作成しています。 ④ 各業務レベルの課題設定や達成度についての把握は、棟会議、主任会議で確認、見直しを行っています。			

(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)		⑤ 各種法令は、ファイルされ職員が閲覧しやすいように整備されています。運営責任者や主任は、法令遵守の研修会や勉強会に積極的に参加し、その内容を会議で職員に伝えています。 ⑥ 施設長は、運営連絡会議などで、自らの役割と責任を表明しています。また、年1回全職員のヒアリングを時間をかけて行い、職員の意見を聞くと共に、自らへの評価も把握しています。 ⑦ 緊急時の連絡体制は明示され、介護スタッフ室に掲示されており24時間連絡体制ができています。運営管理者は、現場で直接実施状況を把握し、連絡ノートにより確認もしています。		
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)		⑧ 人材確保については、「きょうと福祉人材育成認証制度」に認証されています。今年度より介護福祉士の資格取得について、上限10万円 の支援をしています。 ⑨ 研修委員会で各種研修計画を作成し、職員が段階的に学ぶ体制ができています。外部研修も積極的に取り入れ、費用の負担や勤務の調整を行っています。他施設へ交流研修もしています。できれば職員個別の研修計画を策定することが望まれます。 ⑩ 大学からの実習生（社会福祉士）や医師会看護実習、教職体験の受け入れをしています。受け入れる体制と、スケジュールもできていますが、一本化してマニュアルに整備する必要があります。		
(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。	A	A
	(評価機関コメント)		⑪ 月2回のノー残業デイを設けています。また、残業時間の上限を20時間と定め実行されています。職員の負担軽減につながる機器として、「電動マッサージチェア」や「ストレッチボード」を設置し、活用しています。また、パソコンの台数を増やし事務作業の負担軽減を図る予定です。 ⑫ 産業医による相談体制があり、仮眠室や休憩室は各フロアー・部署ごとに適切にリラックスできるように配慮されています。施設長によるヒアリングで職員の要望、不満などが聞き取られ、ストレス解消につながっています。		

(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。	B	A
	(評価機関コメント)	⑬ ホームページには、施設の理念や運営方針が詳しく掲載されていますが、さらなる充実をめざしリニューアルの計画があります。季刊の「ユーカリ通信」月刊の「デイサービス通信」をとおして、利用者家族や地域に情報を発信し、利用者は地域の「ふれあい祭り」や「スカイふれあいフェスティバル」などに参加しています。 ⑭ 地域の「ふれあい祭り」では、介護支援相談ブースを設け介護相談に応じるとともに、地域ニーズの把握に努めています。地域住民を対象として施設の交流スペースを使い「介護教室」を開催しています。			
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)		⑮ ホームページ、パンフレット、利用者家族への通信などで事業所の情報を提供していますが、今年度ホームページ、パンフレットの見直しを行い、施設の内容をよりわかりやすいものにしていく予定です。見学は随時受け付けています。			
(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)		⑯ 重要事項説明書、利用料金表で説明しており、三評利用者アンケートでは95%の方がわかりやすく説明を受けたと答えています。利用者の権利擁護については、法律事務所に相談できる体制があり、成年後見制度の利用者もおられます。			
(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)		⑰ 包括版アセスメント表を使用し、利用者の状況を把握し、記録しています。アセスメントは、利用者・家族と面談して、希望する生活像等について聴き取り、主治医や看護師の意見も聴いて行っています。6ヶ月毎と状況変化時にアセスメントを見直しています。 ⑱ 個別援助計画は、利用者・家族のニーズを尊重して作成されています。サービス担当者会議は、家族の都合に合わせて開催されており、利用者、家族の意見を聞き取っています。介護職員を利用者担当制にして、積極的に職員がケアプランの作成にかかわる仕組みにしました。 ⑲ 個別援助計画は、サービス担当者会議において専門家の意見を聞き、多職種の意見を反映したものになっています。退院時には病院の地域連携室と連携しています。 ⑳ 個別援助計画の見直しは6ヶ月ごと、状況変化があった場合はその都度行っています。モニタリングは、看護師、栄養士及び介護職が協議し、必要に応じて専門家に意見紹介して見直しています。			

(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)		⑳ 主治医と医務室との連携がよく取れており、看護職、介護職、ケアマネジャーと連携し、利用者の状況に応じて、主治医、他科の往診、受診などが適切に行えています。入院、退院時には地域連携室を通じて連絡を密に取っています。		
(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)		㉑ 各種業務マニュアルは整備され、見直しもされていますが、見直し時期の記載がありませんでした。マニュアルは研修で使用する際、職員の共通理解が得られるような工夫がされており、使いやすいものになっています。 ㉒ ケア記録ソフト「ほのぼの」を使用して、利用者の状態やサービス内容などの記録をしています。記録は5年間保存され、その後廃棄（溶融処理）されています。記録の管理については、就業規則や個人情報保護に関する基本方針に明示し周知しています。 ㉓ 職員間の日々の情報共有は、申し送りノートとパソコンに打ち込まれた閲覧ノート、毎夕各棟でのミーティングで行っています。また、月に一度ケアカンファレンスを各棟で行ない職員間の意見集約をしています。 ㉔ 家族とは、サービス担当者会議を家族の都合に合わせて開催し情報交換をしています。家族の訪問時にも話すようにしており、「ユーカリ通信」で日常の様子を伝えています。		
(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)		㉕ 感染症や食中毒に関して、年2回の全体研修を行っています。感染症については安全衛生委員会で対策を協議し、棟会議で伝えています。罹患者のための部屋を定めるなど二次感染予防に努めています。 ㉖ 施設の整理整頓は行き届き、清掃・洗濯専門の職員が毎日清掃し、清潔が保たれています。居室内のポータブルトイレは、日中は外に出し、トイレの使用を促すなどしています。		

(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)		⑳ 事故・緊急マニュアルは作成されており、職員に周知されています。医務室主催で事故・緊急時の研修と訓練をしています。事故・緊急時の指揮命令系統は非常時連絡網で明らかにされています。 ㉑ 事故防止委員会が2ヶ月に1回開催され、事故報告書、ヒヤリハット報告書の分析をし、主任会議での検討を経て現場の改善につなげています。ヒヤリハットの報告件数が多く事故予防の意識の高さが伺えました。 ㉒ 地震・風水害などの対策マニュアルがあります。今年度、施設裏側が「土砂災害特別警戒区域」に指定され、災害を想定した訓練を実施しました。夜間想定避難訓練は年2回消防署員立ち会いの下で行っています。地区の自衛消防隊に加入しています。			
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

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)		③① 年度初めに各棟会議で虐待防止の説明をしています。今年度は職員に虐待防止のアンケートを実施し、分析・検討した結果を職員に伝えています。利用者には、日常生活の場面で自己決定を促すよう意見を聞いています。 ③② プライバシーの重要性を新人職員研修で説明しています。トイレ、入浴に関しては特に配慮がされています。入浴は希望を聞いて同性介助を心掛けています。サービスの提供や援助の方法について、棟会議で話し合っています。 ③③ 入所判定委員会を月に1度開催し、介護の必要度や生活環境、緊急性、優先度などのルールの上に、公平・公正に決めています。			
(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)		③④ 意見・要望・苦情は、職員が年2回聞き取り調査をしています。また日頃から話しやすい環境として、ケアマネジャーの席を利用者から見えるところにしたり、相談コーナーの設置もしています。 ③⑤ 利用者からの意見要望・苦情はケース記録（ほのぼの）に入力し、すぐできることは迅速に対応し、即答できないことは、主任会議で検討しています。年1回の家族会と事業報告で公表していますが、今後ホームページでの公開も考えています。 ③⑥ 第三者を相談窓口として設置し、重要事項説明書に明記するとともに、施設内に掲示しています。介護相談員の受け入れをしています。			

(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。	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	B
(評価機関コメント)		③⑦ 生活満足度アンケートを年2回、担当職員による聞き取り調査で行っています。結果の分析・検討は主任会議で行われ、職員に周知しサービスの改善などケアプランに反映させています。 ③⑧ 毎月開催される、棟会議、主任会議、運営連絡会議（施設長、理事長参加）でサービスの質の向上について話し合われています。京都市老人福祉協議会開催の部会に定期的に参加し、他事業所の情報収集をしています。 ③⑨ サービス提供状況の質の向上について、各種会議で話し合われており、次年度の計画に反映されていますが、連続的に系統だった取り組みとして、自己評価のシステム構築が必要です。第三者評価を定期的に受診しています。		