

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 30 年 11 月 2 日

平成 30 年 10 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <p>単年度の事業計画に加え、中・長期計画も作成していました。また、事業計画の評価も「各部署会議」にて年度末に行っており、次年度につなげていました。</p> <p><b>2. ストレス管理</b></p> <p>施設長が全職員とのヒアリングを実施しており、職員からのヒアリングでも風通しの良い施設であることが伺えました。また、職員の休憩場所も和室等で十分にくつろげる環境を整えていました。</p> <p><b>3. 地域への貢献</b></p> <p>地域のふれあい祭りに介護支援相談ブースを設け介護相談に応じると共に地域のニーズを把握していました。また、地元の上賀茂学区民を対象に介護教室を実施するなど、事業所の持つ専門的な技術や情報を提供し、地域貢献に積極的に努めていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>把握すべき法令についてのリスト化が出来ておらず、調べる体制も整っていませんでした。また、職員に対する法令等の周知もしていませんでした。</p> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>業務マニュアルを整備し、棟カンファレンスや特養会議で話し合い、見直しをしていましたが、見直しの基準がなくマニュアルを更新した日付の記載がありませんでした。</p> <p><b>3. 災害発生時の対応</b></p> <p>消防・風水害・土砂災害のマニュアルを整備していました。また、年 2 回</p>

	<p>消防署立会いのもと避難訓練が実施され、土砂災害の避難訓練の実施もして いました。しかし、地域が参加する訓練などを実施していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b>          事業を運営するためには、介護保険法以外にも様々な法令を遵守する必要があります。そのために、職員が必要に応じて即座に調べられるように、一覧表の作成や法令集をファイリングされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b>          マニュアルの見直しは、基準に沿った業務の徹底や最新情報の周知といった職員の意識づけに役立つほか、見直すことによって、より実務的なマニュアルになります。          例えば、マニュアルを管理する担当を決め、見直す時期やメンバーを明確にすることで、サービスの向上に繋がります。          ぜひ、マニュアルに関する規則を作成されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 災害発生時の対応</b>          火災だけではなく、大規模な自然災害に対応するためには、隣接する事業所や病院との連携、近隣住民との協力等どういった対策が必要かを検討し、訓練する必要があります。          まずは、隣接する病院と互助の関係を図れるように訓練や応援体制の検討を病院とされてはいかがでしょうか。</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)	短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成30年10月15日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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（施設長含む）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（施設長含む）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. 運営方針は玄関ホールや各フロアの介護員室の見やすいところに掲示しているほか、ホームページにも掲載していました。また、9月に実施している家族会でも運営方針を説明していました。 2. 理事会は定期的に行われていました。施設内の会議体も「運営・連絡会議」「主任会議」「各部署会議」と体系的に運営しており、各種会議で職員の意見が反映される仕組みとなっていました。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画に加え、中・長期計画も作成していました。また事業計画の評価も「各部署会議」にて年度末に行っており、次年度につなげていました。 4. 今年の7月に施設長が交代されたこともあり、その機会に各部署の所属長とヒアリングを実施され、事業計画に沿って事業運営がスムーズに行っているかを確認していました。			

(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	B
管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は施設長は、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	経営責任者又は施設長は、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. 施設長は、法令研修に参加していました。しかし把握すべき法令についてのリスト化が出来ておらず、調べる体制も整っていませんでした。また、職員に対する法令等の周知もしていませんでした。 6. 施設長の役割と責任は、理事長等専決規程で文書化されていました。また施設長は「各部署会議」にも出席し、その場で出た意見を施設長自らの判断で決められる事項は速やかに反映していました。しかし施設長自らの評価・見直しをする為の方法はありませんでした。 7. 施設長は携帯電話を所持し、常に連絡のつく体制をとり、緊急時にも対応していました。業務日誌等も確認していました。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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. 人員体制に関する考えや人事管理に関する方針、常勤職員と非常勤職員の比率を明確に示すものではありませんでした。 9. 介護福祉士を取得する際、取得にかかる費用の一部を負担したり勤務の調整をするなど資格取得支援を積極的に行っていました。 10. 組織の中で実習生の指導に関する研修が実施出来ていませんでした。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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	B
		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. 就業状況や意向について具体的に分析、検討する仕組みがありませんでした。 12. 施設長が全職員とのヒアリングを実施しており、職員からのヒアリングでも風通しの良い施設であることが伺えました。また、職員の休憩場所も和室等で十分にくつろげる環境を整えていました。		

(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	B
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)		13. 事業内容等について地域の広報紙に掲載されていますが、情報の公表制度をホームページから直接リンク等閲覧できるしくみはありませんでした。 14. 地域のふれあい祭りに介護支援相談ブースを設け介護相談に応じると共に地域のニーズを把握していました。また、地元の上賀茂学区民を対象に介護教室を実施するなど、事業所の持つ専門的な技術や情報を提供し、地域貢献に積極的に努めていました。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	事業者情報等の提供	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. 施設の設備や生活の様子を写真付きでわかりやすく明記したパンフレットや「ユウカリ通信」を作成していました。また、見学は随時受け付けており、記録していました。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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. 入所前の事前見学時または面接時に、重要事項説明書を用いてサービス内容や料金について説明し、同意を得ていました。保険外のサービス料金についても説明し、同意を得ていました。権利擁護に関する取り組みとして成年後見制度の相談など、司法書士と連携して対応していました。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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う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	B	
	(評価機関コメント)		17. アセスメント様式は包括的自立支援プログラムを活用し、利用者の心身の状況や生活状況、課題の把握に努めていました。 18. サービス担当者会議に参加し、本人や家族の意向を把握、確認し、個別援助計画に反映していました。また、家族に健康・食事・交流・余暇・日常生活全般に関する要望を記入する用紙を配布し、意向の把握にも努めていました。 19. 医師や看護師、介護職員、管理栄養士、言語聴覚士の意見を踏まえ、個別援助計画を策定していました。 20. モニタリングは3カ月に1度行われていましたが、計画の見直しや変更を行う手順や基準が定められていませんでした。			

(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)		21. 利用者にかかわる関係機関のリストを作成していました。利用者の入退院の際には病院と連携し利用者の状態把握に努めていました。また、退所される（自宅にもどられる）場合も、地域の介護支援事業所と連携していました。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルを整備し、棟カンファレンスや特養会議で話し合い、見直しをしていましたが、見直しの基準がなくマニュアルを更新した日付の記載がありませんでした。 23. 記録の保管、保存についての規定はありましたが、持ち出しや廃棄に関する規定がありませんでした。また、職員への研修も記録がありませんでした。 24. 業務日誌や棟カンファレンスの記録などで利用者の状態について情報を共有していました。不参加の人も閲覧しサイン・日付の記入をし情報共有に努めていました。 25. サービス担当者会議や日常の電話連絡で家族と情報交換を行っていました。また年1回、秋ごろに家族会を開催し、家族と意見交換を行っていました。		
(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)		26. インフルエンザやノロウイルスなどの感染症マニュアルを作成し、研修の開催をしていました。 27. 事業所内は毎日職員で清掃を行っていました。利用者の動線に配慮した備品の管理や整理整頓を行っていました。		
(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	B
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)		28. 緊急搬送電話連絡初動手順（マニュアル）を整備していましたが、予防や対応方法についての研修等を実施していませんでした。 29. 事故報告書やヒヤリハット報告書を作成し、職員間で事故の原因・分析・検証・対策の検討を行い、また、安全衛生委員会でも評価や見直しをしていました。 30. 消防・風水害・土砂災害のマニュアルを整備していましたが、年2回消防署立会いのもと避難訓練（夜間想定含む）が実施され、土砂災害の避難訓練の実施もしていませんでした。しかし、地域が参加する訓練などを実施していませんでした。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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	B	
	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	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>31. 身体拘束禁止に関するポスターを玄関ホールに掲示し「高齢者虐待防止法」についての研修を実施していました。また、身体拘束に関する会議も2カ月に1回開催し、具体策等周知していました。しかし、権利擁護に関する勉強会や研修を行っていませんでした。</p> <p>32. プライバシーの重要性は新人研修で意識付けをしていましたが、プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供や援助方法について勉強会や研修会は実施していませんでした。</p> <p>33. 入所の優先順位は、申し込み順ではなく、緊急度や困難度などによって公平に入所判定会議で決定しており、個別の相談には、そのことを伝えていました。また、希望があれば医療機関等適切な施設へ紹介していました。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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	B	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 玄関ホールにご意見箱を設置していました。また、9月に家族会を開催し利用者や家族からの意見を聞く機会を設けていました。サービス担当者会議も適切に開催されており、意見収集の場としても活用していました。</p> <p>35. 利用者意向等に対する対応策は「トラブル防止対策マニュアル」で定めていました。しかし、利用者からの苦情等は公開していませんでした。</p> <p>36. 事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置し、連絡先も明記していました。しかし、介護相談員等の外部人材の確保は出来ていませんでした。</p>			
	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。	B	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、施設長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	B	
	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)		<p>37. 年1回利用者アンケートを実施し、その結果を「各部署会議」で分析しサービスの改善につなげていました。</p> <p>38. 毎月開催する運営連絡会議内でサービスの質について検討していましたが、他事業所の取組みなどの情報収集の具体的な手段はありませんでした。</p> <p>39. 第三者評価は2年に1回受診していましたが、また、各会議体で質の向上の為の評価を実施していましたが、自己評価をする仕組みはありませんでした。</p>			