

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 1 1 月 2 0 日

令和 2 年 1 0 月 1 7 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>1. 理念の周知と実践</p> <p>毎月開催の特養のフロア会議で業務上の課題を運営方針に照らし合わせて検討を行い全職員に理念や運営方針の周知を図っていました。また、2020 年は新型コロナウイルス感染予防の為に毎年開催の家族会が出来ない状況でしたが、入所者の様子や活動報告を掲載した冊子を作成して家族に配布し、理解を深める取組みを継続されていました。</p> <p>2. 災害発生時の対応</p> <p>地震・風水害時等の対応を網羅した防災マニュアルがあり、年 2 回は消防署員立ち会いの基で、夜間想定避難訓練を行っていました。また、地域の自衛消防隊連絡協議会への加入及び、年 1 回の訓練にも参加して、地域との連携を図っていました。</p> <p>3. 人権等の尊重</p> <p>日常の業務を振り返り、2020 年 10 月「不適切ケアから自分たちの業務を考える」をテーマに外部講師による研修を全職員が受講できるよう 3 回にわたって実施していました。また、職員へのアンケートをもとに特養のフロア会議で不適切ケアについて気づきを共有していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルは、手引書として利用していました。しかし、見直しの基準が定められていませんでした。</p> <p>2. プライバシーの保護</p> <p>権利擁護研修でプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの研修を行っていました。脱衣室の入り口のカーテンはありましたが、ドアが解放され、利用者への配慮が不足していました。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルの委員会等を設置し、委員会のメンバーが業務マニュアルの見直しの基準を定められてはいかがでしょうか。</p> <p>マニュアルの見直しを定期的実施することで、最新の情報を取り入れた内容やその時々に対応したサービス内容を反映できます。各マニュアルの見直し基準と方法を（いつ、誰が、どのように、見直しの年月を記録する等）定められてはいかがでしょうか。</p> <p>2. プライバシーの保護</p> <p>新型コロナウイルス感染症予防対策として、3密（密集・密閉・密接）を避けたり、定期的な換気を継続しなければならない状況にあります。生活空間である浴室脱衣所やトイレのドアの開放はプライバシーの保護の対策が欠かせないところでもあります。施設の持つ広いスペースを有効に活用しドアを解放した手前にパーテーションを設置し、開放していることをさりげなく見えないようにするなど、利用者が安心して利用できる環境づくりを検討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	令和2年10月30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
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. 運営方針や理念は、玄関ホールや各フロアの介護職員室に掲示し、ホームページにも掲載して周知していました。今年新型コロナウイルス感染症予防で家族会の開催が出来ませんでしたが、入所者の様子や施設の活動報告を掲載した冊子を作成配布し、理解を深める取り組みを行っていました。 2. 理事会は定期的に開催していました。施設内では「運営連絡会議」「主任会議」「各部署会議」を毎月開催し、職員の意見を反映する仕組みとなっていました。			
(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. 中期計画に基づいて、各部署で単年度事業計画を作成し、具体的な目標の達成や課題解決に向けた取り組みをしていました。年度末に評価して次年度に繋げる仕組みがありました。 4. 事業計画に挙げられた各部署の課題や目標の達成状況を、毎月開催する各部署会議にて確認し、必要に応じて見直しを行っていました。			
(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。	B	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。	B	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)	<p>5. 業務上及び服務管理上、必要な各種規定は各部署に備え、遵守すべき法令も必要時に各職員に回覧し周知を図っていました。各フロアに設置のパソコンから各種法令の検索は行えるようになっていました。</p> <p>6. 施設長の役割や責任は運営規程に明記していました。施設長は運営会議や主任会議に出席し、意見・要望に対し、自らの権限で解決出来る事項は速やかに対応していました。施設長は全職員とヒアリングを行い、自らの行動の評価・見直しをする機会として意見などを聴取していました。</p> <p>7. 施設長は、日々の業務報告により情報を把握し、緊急時には連絡網を通して指示・命令を行っていました。</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

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>8. 「基本理念」を理解し業務に従事してもらえる人材を確保していました。施設として有資格者の在籍率を確認し、介護福祉士資格取得にかかる費用の一部負担や勤務の調整をする等、資格取得支援を積極的に行っていました。</p> <p>9. 研修委員会により研修計画（採用時研修、全職員研修、外部研修等）を企画・実施していました。新人研修では医務研修や介護現場で上司からの指導・助言などを行っていました。</p> <p>10. 大学生の介護実習やインターシップを広く受け入れていました。今年度より社会福祉相談援助実習の受け入れも始められ、実習指導者は外部研修に参加し、受け入れマニュアルを基に準備していました。</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>11. 有給休暇の取得率や時間外勤務の実績などはデータ管理していました。有給休暇消化日数の周知や月3日の希望休制度の実施、各部署においてノー残業デイの設定など時間外勤務が少なくなるよう工夫をしていました。</p> <p>12. 産業医による相談体制を職員に周知すると共に、全職員に対しストレスチェックを実施していました。職員が休憩・仮眠できる場所は和室等でくつろげる環境を整えていました。ハラスメントに関する規定も整備していました。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>13. 事業所の概要・運営理念・事業報告などは施設内の掲示やホームページなどで開示すると共に、事業所紹介チラシを地域や居宅介護支援事業所に配布し周知していました。施設外レクリエーションの買物等を通し地域の方々との交流する機会を作っていました。</p> <p>14. 地域行事に参加し、介護支援相談ブースを設けたり、地域の小学校で介護教室の実施・デイフロアの場所提供による地域住民のサロン運営支援などを行っていました。</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)		15. ホームページやパンフレット、家族向けのユーカリ通信等により、施設の概要や基本情報を分かりやすく提供していました。また、見学希望者に丁寧な対応をしていることが、記録により確認できました。			
(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. サービスの利用の内容や、料金について重要事項説明書を用いて説明し、同意を得ていました。また、権利擁護に関する取り組みとして、成年後見制度の相談等、司法書士と連携し対応していました。			
(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. 入所時に利用者・家族と「望む生活像」について話し合い、利用者の心身状況や生活状況を把握していました。また、アセスメントは基本6ヶ月毎に実施していました。さらに状態の変化時にも実施していました。 18. 個別援助計画書は、利用者のニーズ及び課題に対して記載し、利用者や家族の要望、希望を尊重した内容になっていました。 19. 介護支援専門員は、医師や看護師、管理栄養士等の専門職の指示や意見を個別援助計画に反映し連携を図っていました。 20. サービス内容のチェックシートを作成し、毎日担当者が出来ているか確認していました。チェックシートやモニタリング等により、利用者の状況の変化に応じて個別援助計画等の見直しを行っていました。			
(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. 介護支援専門員は、退院時カンファレンス等に参加して情報等を得ていました。退院時には主治医、看護師、介護職等が連携して、利用者を受け入れる支援体制がありました。			
(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。	B	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)	22. 業務マニュアルは、手引書として利用していました。しかし、見直しの基準が定められていませんでした。 23. 利用者の生活状況や健康状態は毎日パソコンにデータ入力し、多職種の職員で情報共有ができる仕組みになっていました。利用者等の個人情報等は「個人情報保護に関する基本方針」に基づき取り扱いの周知を図り、外部への持ち出しを禁止するなど管理を徹底していました。 24. サービス計画・個人記録等は全てデータ管理し、職員は出勤時に情報を確認し共有していました。また、月1回ケアカンファレンスを各フロアで行う他、意見を集約する全体カンファレンスも開催していました。 25. 介護認定更新時や利用者の健康状態等に変化が生じた時は、家族と面会の機会に合わせて情報交換を行っていました。また、施設での日常の様子を定期的にユーカリ通信で家族に伝えていました。
------------	---

(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. 感染症対策は年2回の研修を行い、全職員への周知に努めていました。また、感染した利用者については、個室対応等により二次感染予防に努めていました。 27. 施設内は整理・整頓され、安全に移動できるようになっていました。		

(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	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)		28. 医務研修により、利用者急変時の対応に係る訓練を行っていました。また、夜勤者同士で、事故や緊急時の研修を行っていました。 29. 事故後に関係職員間で原因の分析・検証及び再発防止等の検討をした上で報告書を作成していました。また、マニュアルや事故防止策等の評価や見直しなどは、2ヶ月に1回安全委員会で行っていました。 30. 地震・風水害時等の対応を網羅した防災マニュアルがあり、地域の自衛消防隊連絡協議会への加入及び年1回の訓練にも参加して地域との連携を図っていました。		

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
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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		31. 「身体拘束の適正化のための指針」を定め、身体拘束防止委員会を2ヶ月に1回開催し研修を実施していました。全職員対象に「不適切ケアから自分達のケアを考える」をテーマに研修を実施し、高齢者の人権の尊重・尊厳の保持に配慮したサービスの提供に取り組んでいました。 32. 権利擁護研修でプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの研修を行いました。脱衣室の入り口のカーテンはありましたが、ドアが解放され、利用者への配慮が不足していました。 33. 「長期入所選考規程」に優先入所の基準を定め、月1回入所判定会議で検討していました。利用申込を断った事例はありませんでした。		
(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	B
		(評価機関コメント)		34. 施設玄関ロビーに「ご意見箱」を設置していました。また、利用者ごとに担当職員を決め個別の希望や相談を聴く仕組みがありました。年1回の家族懇談会、満足度アンケートを実施していました。 35. 利用者の意向に対する対応を定めた規定がありました。収集した意向は主任会議で検討し、対応結果を玄関に掲示していました。 36. 事業関係者以外の第三者の相談窓口の設置があり、連絡先も含め受付への掲示や重要事項説明書に明示がありました。2019年度以降はボランティアを含め、外部の人材による相談機会の確保はありませんでした。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		37. 満足度アンケートの結果を主任会議・特養フロア会議で検討していました。会議で決めた改善策を実施し、会議内で評価していました。 38. サービスの質を検討する会議を主任会議、運営連絡会議で行っていました。出席できない場合は事前に書面で意見を収集し、会議後に伝達を行い、取り組みについて次月に振り返りを行っていました。 39. 主任会議で半年に1回事業計画の総括を行い、次年度の事業計画に反映していました。		