

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 2 月 9 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

令和 3 年 1 0 月 2 4 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ゆりのき）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) 継続的な研修・OJT の実施</p> <p>職員教育は質の高いサービスを実践していく上で欠かせないものになっています。貴施設では必要な研修がしっかり実施されており、資料配布の研修であっても内容の理解が出来ているかをチェック形式で確認されており、マニュアルに沿った支援の実践につながるものとされていました。共通評価項目チェックシートにおいては基準を満たさない部分がありましたが良い取り組みとして評価させていただきました。</p> <p>2) 多職種協働</p> <p>家族で看取りをしたいとの希望のある方に対して、関係職種と連携し在宅復帰に繋げるという取り組みを実践されていました。施設に入所した後の在宅復帰は難しいと思われませんが、その困難を乗り越え、家族、本人の希望に寄り添った支援を多職種協働で取り組まれていました。</p> <p>3) 利用者の家族等との情報交換</p> <p>利用者の状況を家族に伝える手段として、看護師から受診状況を手紙にして伝えておられました。医療的な内容を専門職が伝える事は、家族の安心につながる良い取り組みだと評価しました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 中・長期的な事業計画の策定</p> <p>事業計画が単年度のものしかありませんでした。事業は 1 年、2 年と積み重なりながら改善をしていくものかと思われます。事業内容が単年度で終わらず、複数年度をまたがって検討や改善に取り組む必要がある事も出てきます。その対応をしていくための中・長期的な視点をもった事業計画が必要ではないでしょうか。</p> <p>2) 個別援助計画の見直し</p> <p>モニタリングが 6 か月ごとにしか実施されていませんでした。第三者評価のガイドラインでは 3 か月を単位にしたモニタリング実施が推奨されています。ご高齢者の状態は変化しやすいものと思われます。その中で適切な支援を提供していこうと思うと、6 か月という期間は適当ではないものと思われます。仕組みとしてのモニタリング期間を見直していく必要があるのではないのでしょうか。</p> <p>3) サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>記録類の保管や保存、持ち出し、廃棄に関する規定について、持ち出す際の規程が「記録類は持ち出さない」という前提で作成されておりました。サービス提供に際しては記録類の持ち出しをすることが今後でてくることもあ</p>

	<p>ると思われます。個人情報紛失してしまうと大きな問題に繋がります。その際にどのように管理していたかは重く問われます。持ち出しの規定について検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>4) 利用者満足度の向上の取り組み</p> <p>アンケートを実施されていましたが、結果が公開されていない状況がありました。折角伝えた内容がどのように取り扱われているかは伝えた側にとって大きな関心事です。伝えた内容が反映されている事がわかれば、伝えた内容が真摯に受け止められている事がわかれば、サービスの改善と共に家族等との信頼関係の構築に役立つものと思われます。コロナ禍でもあり、面会が思うようにできない家族にとって、自分たちの思いが届いているかどうかを知ることはとても重要な問題だと思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 中・長期的な事業計画の策定</p> <p>単年度で作成された事業計画は、毎月の会議で評価されています。毎年立てられている事業計画は当然にその流れの中で前年度の取組状況を振り返ったもので作成されているかと思われます。その振り返りをもとにした単年度事業計画という視点だけでなく、中・長期計画を作成することで、より貴施設の事業発展に繋がる実践的なものになるのではないのでしょうか。中・長期計画についてぜひ作成をご検討ください。</p> <p>2) 個別援助計画の見直し</p> <p>個別援助計画の見直しは状態にあわせて適宜されているかと思いますが、仕組みとして6か月単位で行うと、見直しから漏れるケースも出てくるのではと懸念します。第三者評価のガイドラインにある3か月程度を目安としたモニタリング期間に見直されることを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>記録の持ち出しに関して、紛失を防止していくために、持ち出して良い書類や持ち出す際の確認事項などが整理されている事が望ましいと思われま。持ち出すことを前提に規定に定める事は持ち出し時の手間も発生することになりますが、職員が持ち出す際の問題に気が付くことができる機会にもなります。サービスを必要とする高齢者の個人情報は特に秘匿性が高いものと言われております。持ち出す場合の対策をしておくことは組織のリスク管理に大いに役立つものと思われます。持ち出す際の規定の検討をされてはいかがでしょうか。</p> <p>4) 利用者満足度の向上の取り組み</p> <p>アンケート結果や意見などに対して、施設側で検討した内容や改善できた内容、あるいは対応の難しいことについても、施設内掲示やご家族への手紙、ホームページへの掲載などでお知らせすることはいかがでしょうか。施設のサービス向上に繋がる可能性があり、家族等との信頼関係が向上することにも繋がるものかと思われます。</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	2673500035
事業所名	特別養護老人ホームゆりのき
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	2021年11月12日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 玄関に理念を掲示されており、ユニットで使用する日誌にも理念が記載されています。月次の朝礼や全体会議においても職員への周知を行い理念の実践に努められていました。2) 理事会を頂点にした各所属長が参加する月一回の全体会議、リーダー会議、ユニット会議、他各種委員会により組織的な意思決定がなされていました。			
(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。	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) 単年度計画は策定されていましたが、中・長期計画は策定されていませんでした。4) 事業計画は部署単位で策定されており、全体会議、リーダー会議、ユニット会議で達成状況の確認が毎月されており、年度末に評価が行われています。			
(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) 関係法令・通達等のファイリングがされており、事務所に設置されており実務に使用できるように取り組まれていました。法令遵守の研修も実施されている事を確認しました。6) 年一回、管理者による職員面談が実施されています。面談後には無記名アンケートを実施されており、意見や要望の確認、フィードバックに取り組まれました。7) 緊急連絡事の体制を整えられており、管理者不在であっても連絡が取れるようになっていました。管理者が補佐のどちらかが出勤できる体制をとられていることを確認しました。			

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
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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		8) 介護福祉士資格の保有者の採用を優先されており、資格取得支援として試験日の有給休暇優先取得やシフト調整、試験情報の提供をされていることを確認しました。9) 年度単位で職種別、階層別研修が策定されており実施されていることが確認できました。コロナ禍ではありますが、資料を配布してチェック方式で内容の理解を確認する等工夫した形での研修も実施されており、研修が有効に機能するように取り組まれています。職員が学び合うための勉強会開催については確認できませんでした。10) 実習指導者講習を受講され実習が受け入れられるように取り組まれています。受け入れマニュアルは作成がなく、受け入れの姿勢について確認することはできませんでした。		
(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) 時間外労働はほぼ発生していないことを確認しました。育児休業や介護休業は実績はないとのことでしたが、整備されている状況を確認しました。12) 系列の医療法人が行う「心の相談窓口」が活用できるようにされており、メンタルヘルスの対応が取られている事を確認しました。		
(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。	B	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) コロナ禍で受け入れを止められていますが、それまでは傾聴ボランティアや創作ボランティアなどを受け入れられており、地域の広報誌を施設内で回覧して地域の情報を利用者に提供するなど取り組まれている事を確認しました。14) 地域の高齢クラブに職員を派遣して勉強会を実施したり、地域の防災訓練には三角巾の使用方法等応急処置の講習会を看護師を派遣し実施されていました。		

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
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により事業所概要などの情報提供されている事を確認しました。見学にも対応されていることを確認しました。		
(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) 契約時には料金説明など重要事項説明書以外にわかりやすい資料を準備し説明されていました。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		17) 独自のアセスメントシートを使用してアセスメントに取り組まれていました。丁寧な情報収集に取り組まれていますが、記載項目がシートにないものもあり工夫の余地があるように思います。18) サービス担当者会議で利用者・家族の希望の確認をされていました。19) 医師を含めた各専門職に意見照会をしてケアプランを立てられていることを確認しました。20) 計画作成は6か月単位で実施されている事を確認しました。3か月ごとのモニタリングは確認できませんでした。		
(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) 週二回の嘱託医による往診、退院時の病院等のカンファレンスなど関係機関と連携した支援が実践されていました。看取りを在宅でと希望された方の在宅サービスへの移行支援、連携を実際にされていることを確認しました。		
(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) 業務マニュアルは各種整備されており、ユニットごとに設置し管理されていました。定期的な見直しがされていないマニュアルがありました。23) 記録の保管、保存、廃棄、持ち出しについて定められた規程を確認しました。記録の持ち出しに関しては、持ち出しを禁ずる規定になっており、持ち出される想定の規定にはなっていませんでした。24) 申し送りノート、朝夕の定時ミーティングにより情報共有をされており、リーダー会議、ユニット会議も活用した情報共有がなされていました。25) コロナ禍で面会制限などがある中で、電話による連絡や、看護師による受診状況の手紙報告などを行い、丁寧な情報交換に取り組まれていました。		
(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) 感染症マニュアルを作成、活用し感染対策に取り組まれている状況を確認しました。嘔吐物処理の研修などを定期的に行われており職員への周知にも取り組まれていました。27) 5S活動（整理・整頓・清掃・清潔・しつけ）に取り組まれており、職員による清掃、委託業者による清掃が行われていました。施設内は清潔感のある状態が保たれていました。設置している消毒液について利用者の誤飲など発生する可能性もありますので置き場所など管理の工夫を考えることもリスクヘッジにつながると思われます。		

(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)		28) 事故や緊急時のマニュアルが整備されていました。緊急通報時にはメインとサブという役割を決めて、研修ではどちらの役割でも動けるように要点のチェックを各職員に実施されており、現場で有効な研修になるべく取り組まれていました。29) 事故報告、ヒヤリハット報告を受け原因究明と再発防止のための仕組みがあることを確認しました。30) 避難訓練は実施されており、災害のマニュアルも整備されている事を確認しました。福祉避難所として位置づけられており、市町村が行う避難所開設のための連絡訓練には参加されていましたが、地域と協働した災害訓練は実施されていませんでした。		

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
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) 内部研修を実施されており人権尊重、プライバシー保護、身体拘束防止に取り組まれていました。写真付きの資料を使い身体拘束防止のための説明を入居時に行うなど取り組まれていました。32) 内部研修を行い、プライバシー保護が実践されるように取り組まれていました。新しい職員が入職する際にも行う等取り組まれている状況を確認しました。33) 毎月入所判定のための会議を開催されており、定期的に行政の職員にも入ってもらい公平性が担保されるように取り組まれていました。			
(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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		34) サービス担当者会議で家族からの意見を聴取されており、民生委員の方を第三者の相談窓口として設置され、苦情の受付ができるように整備されているのを確認しました。35) 意見や苦情には対応するマニュアルに従い対応されていることを確認しました。意見や苦情の公開については確認することができませんでした。36) 民生児童委員の方を第三者としての相談窓口として設定されており周知をされていました。外部の人材による相談機会の確保について確認できませんでした。			
(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。	B	B	
	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職員の積極的な参加している。	B	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) 満足度調査を行われていましたが、内容の検討や改善がシステム化されている状況は確認できませんでした。38) 全部門が参加できる全体会議や委員会の中でサービス向上に向けた話し合いをされています。会議や委員会で検討された内容でサービスの改善につながるよう取り組まれていました。施設長は京都府の南ブロックの集まりに参加され他施設の情報収集を行い内容に従い必要な検討を実施されていました。39) 事業計画を作成し細やかに振り返りをされていました。事業計画の振り返りを行う以外の自己評価実施は確認できませんでした。第三者評価を3年に一回受診されていました。			