

アドバイス・レポート

平成 23 年 4 月 26 日

平成 22 年 6 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（有限会社加藤サンライフ三友）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>○人材の確保・育成 責任者は、特別養護老人ホーム理事としての豊かな経験を元に、介護保険以前から福祉の原点をこつこつと実践されています。現場のスタッフは責任者に頻繁に相談し、忠実に実践しています。責任者が職員ひとりひとりと話をし、支持的に育てています。職員との関係は他の事業所には見られないほど家族的です。職員を育てることに限らず、学費を全額負担して看護師資格を取得する道を作ったり、講習費用全額補助をするなど、年々新しい計画を打ち出されています。小規模事業所の利点を生かし、職員間の意思疎通が頻繁に行われている暖かい施設です。</p> <p>○労働環境の整備 利用者と職員の比率は常勤換算で 1 : 1.29 です。残業は原則なく、110日の休日に加え、5日連続のレフレッシュ休暇が年2回あります。職員の希望を柔軟に取り入れた環境整備をしていることが利用者への優しいケアとして表れています。</p> <p>○関係者との連携 近隣の熱心な開業医の支援体制が確保されており、ターミナルケアも可能な状況です。主治医等へ施設側から出向いて意見を聴取しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○組織の理念・運営方針 現場改善の鍵となる現場リーダーとの話し合い結果がメモ帳への記入であり、記録としては不完全です。</p> <p>○衛生管理 最新の感染症に備えてのマニュアル整備がなされていません。</p> <p>○意見・要望・苦情への対応 苦情へは誠実、迅速に対応しています。記録は揃っていますが、外部への公開がありません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>サンライフ三友は介護付有料老人ホームとして平成3年に開設された施設です。定員20人の家庭的な環境を大切にして、入居者の方への家族的な対応をしています。施設内の季節の花鉢、多くの観葉植物、中庭の花壇や木々があり、ロビーでは金魚や、ここで育ったというオオナマズなどの水槽などが置かれ、入居者への温かな想いが伝わります。</p> <p>ハードの面ではいろいろな問題も出てくる時期にはなっていますが、ホールや廊下をスタッフ皆でワックスがけをされ、とてもきれいになっていました。また、入所者の一番の楽しみである食事には食材から季節のもの、旬のものを多く利用し、地産地消を実行して喜ばれています。</p>

	<p>さらに、ここでの看取りを希望される方には地域の医療サービスとの連携のもとに可能な限り対応しています。</p> <p>この第三者評価がさらなるサービスの向上にお役にたてばとおもいます。</p> <p>○組織の理念・運営方針 現場リーダーとの意思疎通の機会を1週間に1回持っておられますが、会議として位置づけし、会議録を残し、業務改善のために必要な会議として機能することが望まれます</p> <p>○衛生管理 新型インフルエンザやノロウイルスなど最新の感染症等に対して、職員が理解しやすいマニュアルを作成することが望まれます。</p> <p>○意見・要望・苦情への対応 苦情の記録はありますが、公開されていません。組織の透明性を保つためにも施設内への掲示、ホームページへの掲示が望まれます。苦情は要望と捉え、書面で公開し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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673200099
事業所名	サンライフ三友
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	(介護予防)特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	平成22年10月21日
評価機関名	京都社会福祉士会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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	B	
	(評価機関コメント)		1 組織の理念及び運営方針を掲示しています。また、理念び運営方針に沿ったサービス提供のための年3回の運営懇談会、週1回のリーダー会議、年1回の全体会議があります。 2 組織として従業者への職務権限の移譲や、リーダー会の位置づけが明確ではありません。議事録としての記録が確認できません。			
(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)		単年度の事業計画を策定しています。1日1回のミーティングで課題を抽出しています。課題の達成状況が確認できました。			
(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、いつでもスタッフ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)		運営管理者は法令遵守のための研修に数多く参加し、法令遵守のための全体会議、ミーティング・申し送りを行っています。			

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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		8 人材確保のための体制として、看護師資格取得のための学費全額援助、講習には講習費用補助を行っています。 9 各職員に対する研修実施計画が体系的に定められていません。研修計画に基づく研修や職員が学びあう勉強会は開催されていません。 10 実習生の受け入れ体制はありますが、現在は受け入れは行っていません。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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)		年間休日を110日に増やし、職員の待遇改善を図っています。常勤職員には年2回5日のリフレッシュ休暇を実施されています。施設長が職員からの相談を聞き、特定施設連絡協議会の専門職を確保しています。		
(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。	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 利用者と地域の関わりが定期的には確認できていません。 14 近隣の認知症ケアの相談を引き受けています。		

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)		パンフレット・ホームページなどで、サービス選択に必要な情報を提供しています。見学・相談記録はあります。		
(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)		本人、家族に契約書・重要事項説明書を説明し、同意を得ています。成年後見制度を利用している方もいます。		

(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	定期的又は必要に応じて、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)		ケアプランには多様性があり、毎月のモニタリング・3か月ごとの更新が確認できます。主治医・看護師・介護支援専門員・社会福祉士の専門的意見が確認できました。ケアプランの作成及び変更については独自の規程を設けて、個別具体性のあるケアプラン作成を目指しています。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		他職種協働で看取ることが出来る体制を整えています。退院時のサマリー、主治医の紹介状で事例が確認できました。		
(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、スタッフに活用されている。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 業務マニュアルの見直し基準が不明瞭でした。また、見直した年月が確認できませんでした。 23 利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程がありません。 24 職員間での利用者情報の共有化は十分にできています。 25 家族へは必要に応じて連絡調整をしています。		
(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、スタッフ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	B
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 マニュアルの更新が確認できませんでした。また、感染症である利用者に対しての対策マニュアルが一部ありません。 27 各居室は毎日、共有部分は週3回清掃しています。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
(評価機関コメント)		事故や緊急時、災害発生時等における対応等を定めたマニュアルがあり、訓練が行われています。AEDを設置しています。ヒヤリハット記録を作成し、それをもとに職員間で検討し手順書として周知徹底しています。		

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	30	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	31	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	32	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)		30 人権に配慮したサービス提供や援助方法の研修が確認できません。 31 利用者の個人名表示に配慮した具体的な方策が確認できません。 32 自立のから要介護5まで身体的に重度の障がいのある人や、認知症の人も受け入れています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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)		33 利用者の威光についてはコミュニケーションによりケアに対する要望を聞き取っています。 34 苦情については、些細なことまで情報の共有はされていますが、公開が確認できません。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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)		36 満足度調査は実施されていますが、定期的ではありません。 37 サービスの向上にかかわる検討内容が全員に周知されていません。 37 自主点検は年に2回行い事業計画、業務改善に反映しています。		