

様式 7

## アドバイス・レポート

平成22年11月22日

平成22年10月26日に第三者評価の実施をいたしましたサンヒルズ紫  
豊館につきましては、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>II 組織の運営管理 (2)労働環境の整備 (通番12)ストレス管理 職員が横になれるような休憩室等が確保され、業務から離れて心身を休める事が出来る環境の整備を行っている。外部の福利厚生サービスを活用し、希望する職員は各種サービスの割引や外部カウンセラーへの悩み相談等を利用することができる。毎週月・木の朝礼時にメンタルヘルス体操を実施し、職員のストレスの軽減に繋がるような取組も行っている。また、親睦会を年5、6回開催し、スポーツ大会を年1回程行う等、職員のリフレッシュだけでなく、職員間の交流や情報交換にも努めている。</p> <p>III 適切な介護サービスの実施 (5)サービスの提供 (通番22)業務マニュアルの作成 ISOを取得し、サービス提供や緊急時対応等、事業所運営に関わる様々な業務に関するマニュアルや規定を詳細に作成し、定期的に見直しを行って、実用的な標準的サービス実施手順を確立している。</p> <p>IV 利用者保護の観点 (3)質の向上に係る取組 (通番38)評価の実施と課題の明確化 法人内の各職種の職員をISOの内部監査員として養成し、その専門性を活かして、京都府、大阪府の計6施設を対象に年2回内部監査を行っている。また、第三者評価も定期的に行っている。内部監査や第三者評価を実施した際には、その結果を確認して期間を定めて改善に取り組み、サービスの質の向上に向け全職員で取り組んでいる。</p>
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>Ⅲ適切な介護サービスの実施 (3)個別状況に応じた計画策定 (通番17)アセスメントの実施 法人独自のアセスメントシートを使用して入所前にアセスメントが実施されており、随時モニタリングも実施されているが、入所後は再度のアセスメント実施は行っていない。</p> <p>(6)衛生管理 (通番27)事業所内の衛生管理 臭気対策を課題として認識しており、現在特殊な加湿器を施設内に複数設置し、感染症予防と同時に臭気対策も行っている。しかしながら、訪問調査時に数カ所で臭気が感じられた。</p> <p>Ⅳ利用者保護の観点 (3)質の向上に関わる取組 (通番37)質の向上に対する検討体制 サービスの質の向上を図るべく、各種会議や委員会を設置し定期に開話し合いを行い改善に繋げている。みとりに関してですが、年に一回家族等に聞き取りを行っているものの事業所としての考え方、取組が不十分に感じられた。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>Ⅲ適切な介護サービスの実施 (3)個別状況に応じた計画策定 (通番17)アセスメントの実施 利用者の様々な状態が日々変化しうることを念頭に置き、利用者の希望や置かれている状況、ADL、認知状態等を含めて変化があったとき等の再アセスメントについて検討されることを期待したい。また、入所に至った理由、生活歴、その背景、趣味や嗜好に至るまでの情報等をより深く把握することで、その利用者のニーズや課題をさらに具体的に把握することが出来ると考えられる。</p> <p>(6)衛生管理 (通番27)事業所内の衛生管理 介護サービス事業所の臭気については、様々な要因が考えられる。加湿器による臭気対策と同時に、事業所内の構造や設備を考慮に入れて、汚染物の管理方法やその処理方法、そのときの職員の動線、室内の温度管理等について、全職員で更なる検討をされることを期待したい。</p>
<p>その他</p>	<p>Ⅳ利用者保護の観点 (3)質の向上に関わる取組 (通番37)質の向上に対する検討体制 年に一度は看取りについての意思確認が行われており、終末期を含めた重度化と認知症への対応を検討されています。職員の不安やストレスの観点からも、事業所としての方針や対応方法、定期的な研修や勉強会などを通じて、職員の看取りに関するサービスの統一や不安の低減等についてご検討を続けられることを期待したい。</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	2672600075
事業所名	サンヒルズ紫豊館
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、訪問介護、 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成22年10月26日
評価機関名	株式会社ケア・ウィル

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（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	A	
	(評価機関コメント)		理念、運営方針を事業計画に明示し、広報誌やホームページなどにも掲載して、利用者や家族へ公表している。毎日の朝礼で運営方針を唱和し、職員の名札の裏に掲載するなど、職員への周知にも努めている。リーダー会議や職員会議など役職別、部署別に定期的な会議が行われ、それぞれ有機的に結びついている。各職務について人事システムガイドを作成し、明確に規定しており、毎年度の事業計画でもそれぞれの役割分担を明示している。			
<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。	A	A	
	(評価機関コメント)		各年度の事業計画を作成し、その中で中長期の計画についても確認している。利用者へのアンケートの分析などからサービスに関する品質目標計画を作成し、その進捗について定期的に確認している。各部署の品質目標はそれぞれの部署で検討されてリーダーが設定し、リーダー会議で進捗報告、分析が行われている。また、管理者によって3か月毎の確認も行われている。毎年度全職員が個人目標を設定し、半期毎に達成状況を確認、必要に応じて指導等を行っている。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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)		マニュアルの中で法令遵守について規定し、ISOに基づく内部監査、外部監査を実施し、職員に徹底されている。法改正等については、法人が情報収集し、幹部職員は法人研修を受けている。各種マニュアル等が整備され、組織体制が確立されており、日常の報告や緊急時の対応などが明確にされている。管理者は、毎年度末に全職員から提出される申告書や月1回の職員会議などで、職員からの意見に耳を傾けている。			

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	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)		職員採用は法人本部で行われ、正規職員については有資格者を基準にしている。資格取得委員会が資格取得に関する情報や参考書などについて情報提供しており、保有資格に対する手当も支給されている。自己啓発援助制度として、業務扱いで外部の研修に参加することもできる。外部研修の情報は施設の総務課が入手し、職員に提供されている。新人職員は法人が一括して研修を行い、サービス提供現場でも指導担当者が1年間指導を行っている。その後も階層別に研修計画が立てられている。実習生を受け入れており、その担当者に対する講座にも参加している。		
<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、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)		就業規則で育児・介護休業について規定され、職員の労働状況を管理して、有給休暇もしっかりと消化されている。週2回、朝礼の後にメンタルヘルス体操を行い、職員が心身をリラックスして業務にあたるよう図っている。福利厚生として、外部の福利厚生サービスを利用する他、年に5、6回の法人内施設合同親睦会や施設内スポーツ大会等を行っている。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)		施設の広報誌等を民生委員や自治会に配布し、夏祭りや敬老式典を主催して地域住民を招く等、地域への情報開示を行っている。回覧板等で地域の情報を収集し、利用者の地域行事への参加を促している。介護予防教室やヘルパー研修、介護用品の貸し出し等地域の介護力の向上に努めている。		

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)		ホームページが法人で作成され、施設ごとの情報公開委員会がパンフレットや広報誌を作成し、利用者に対して必要な情報を提供している。パンフレット等の資料は事業所の窓口にも設置しており、地域の方に判りやすいような形で情報提供をしている。利用者からの問い合わせがあった場合は、個別に丁寧に対応し、相談ごとに内容を記録している。		
<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)		利用者と新規に契約するときには、契約書と一体となった重要事項説明書に沿ってサービス内容、利用料金等の説明を分かりやすく行っている。それらの内容について、利用者、家族の同意が得て、契約している。利用者本人の判断能力に支障がある場合は、必要に応じて成年後見制度などの権利擁護への取り組みがなされ、パンフレット等で利用者、家族への周知を図っている。		

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)		アセスメントの様式は、全体状況アセスメントを利用しており、施設用と在宅用とがある。利用者一人一人に対してアセスメントが行われ、フェイスシートとして利用者理解につとめている。利用者の状況が変化した場合は、随時モニタリングを実施し、定期的および随時に個別ケア計画に反映されている。		
<b>(4)関係者との連携</b>				
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)		利用者が病院から入退院される場合は、その都度医療機関や関係機関等との話し合いに参加して、利用者状況等の情報を交換し、互いに連携をとっており、施設での生活を安心して継続できるよう支援されている。		
<b>(5)サービスの提供</b>				
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	A
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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		ISOを取得し、各種業務マニュアルを作成、整備しており、職員が実務書として日常的に使用できるようになっている。マニュアルは毎年見直され、職員が安心してサービスを提供できるようにしている。利用者へのサービス提供内容を記録に残し、職員間で情報が共有できるようにしている。利用者の家族との情報交換は連絡ノートが利用され、内容に応じて電話や面談、懇談会等も行われている。		
<b>(6)衛生管理</b>				
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	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	B
(評価機関コメント)		2ヶ月に1回開催される感染症対策委員会では、感染症についての様々な事例検討、感染症対策マニュアルの作成、勉強会や研修等が行われている。委員会の議事録が残されていて、職員は誰でも閲覧できるようになっている。通路の各所に特殊な加湿器を設置し、湿度調整とノロウイルス予防を図っている。施設内の見学中に若干の臭気が感じられた。		
<b>(7)危機管理</b>				
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)		リスク管理や緊急時対応等のマニュアルが作成され、事故予防対策が図られている。緊急連絡網等、緊急時の連絡体制が整備されている。事故等が発生した場合は事故報告書やヒヤリハット記録が作成され、速やかに報告される体制がある。消防計画を作成し、定期的に避難訓練を行っている。		

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	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	A
		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	A
		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)		利用者の人権擁護の方針を明文化し、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供に取り組んでいる。毎年度全職員に対して人権や高齢者虐待に関する研修や勉強会を実施し職員の意識づけと日々のサービスの振り返りの機会としている。サービス利用希望者は基本的に受け入れる方針を掲げており、満床時に限り説明の上納得頂いている。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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	A
		第三者への相談機会の確保	35	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)		第三者委員や市の相談員が定期的に訪問し苦情や要望の聞き取りを行っている。また家族の来訪の際にも意見を聞きとれるよう注力している。苦情や要望は各種会議の議題として話し合いがなされ報告書に記載されている。それらの内容や集計結果は機関紙にも掲載し、情報の公開にも取り組んでいる。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	A	A
		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	A
		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)		年に1度、法人主導の利用者満足度調査を実施し、その結果について公表している。ISOの基準に沿った内部監査員による内部監査を年に2回実施し、各専門分野のなかで事業所の現状の把握、日々の業務の振り返り、指摘事項に関する改善に向け全職員で取り組んでいる。		