

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 6 月 8 日

平成 28 年 3 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サンフラワーガーデン 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

| | |
|-----------------|--|
| 特に良かった点とその理由(※) | <p>(通番 1) 理念の周知と実践 理念とミッションを始業時に唱和するなど、職員に理念とミッションを浸透させ、それに基づいたサービス提供を行う取組がなされています。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換 利用者の日常生活の様子を、毎月発行の「サンフラワーだより」にて報告されており、内容もとても充実していて良いと感じました。家族会も年 3 回開かれており、利用者家族の要望も聞いておられます。</p> <p>(通番 29) 事故の再発防止等 ヒヤリハット事例を積極的に報告する環境をつくり、介護事故が起きる時はシステムの欠陥が存在することを意識し、個人責任ではなく組織責任を明確にし、施設長を中心に職員が安心して介護を行える組織作りをされています。利用者の尊厳に即したリスクマネジメントの取り組みであると感じられます。</p> <p>(通番 31) 人権等の尊重 人権や意志を尊重したサービスを提供するため、法人の理念に明記し、毎日ユニットの日勤帯で業務する職員が、始業前に集合して唱和しています。新人研修や委員会活動などでも事例検討を行い、職員への周知徹底を図っておられます。</p> |
|-----------------|--|

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(通番 9) 継続的な研修・OJT の実施 施設内の全体研修については、委員会内で研修を行い、それをユニットに持ち帰って伝達講習を行っていましたが、報告書を確認できませんでした。</p> <p>(通番 16) 料金の明示と説明 重要事項説明書等は年に 1 回きっちり見直しがされていますが、保険外サービス料金の改定の見直しが反映されていることが確認できませんでした。</p> <p>(通番 19) 専門家等に対する意見照会 ケアプランの更新時や状態の変化時にサービス担当者会議を開催され、その時に主治医の意見も確認されていますが、その記録が確認できませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <ul style="list-style-type: none"> ・施設内の全体研修については、委員会議事録に残すだけでなく、各ユニットで行った伝達講習の内容も記録に残し、ファイリングされることをお勧めします。 ・保険外サービス料金の改定の見直しは、実際の業務ではしっかり理解して対応されていますので、年に 1 回重要事項説明書等を見直された際に、変更すべき内容をしっかりと確認されることをお勧めします。 ・入所者や家族の思いに寄り添い、人権や意思を尊重したケアプランを作成されています。専門家等に対する意見照会についてはケアプランの更新時や状態の変化時にしっかりとサービス担当者会議を開催され、その時に主治医の意見も確認されていますので、その確認された内容を担当者会議の議事録等に残しておくことをお勧めします。 |

※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 | 2673100133 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホームサンフラワーガーデン |
| 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・居宅介護支援・訪問介護・介護予防短期入所生活介護 |
| 訪問調査実施日 | 2016年3月18日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都私立病院協会 |

| 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) | | 「ミッション」として法人や職員が大切にしている理念・指針が、職員によって守り育てられている様子が良く分かりました。この雰囲気や姿勢を、大切に守り育て、好ましい高齢者介護の現場として永続させて頂きたいと思います。 | | | |
| (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) | | アンケートやカンファレンス、各種委員会で自分たちのサービスを評価・点検し、より良いものへと高めようとされています。謙虚な姿勢がチームの和を強め、職員と利用者の距離を縮め、より良いものへと高められているように思われます。 | | | |
| (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) | | 基本的人権の擁護と社会的権利擁護を目指した介護保険法の理念を正しく理解し、実践していくことを心がけておられます。職員が法令を理解し、組織の運営が速やかに行われるよう協力・工夫し、管理者も強い気持ちで職務に臨んでおられます。 | | | |

| 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) | | 常勤比率・有資格者比率も高く、有資格者を優先して採用されています。京都府の支援制度を活用し、職員の勤務調整をして実務者研修を自己負担なしで受講されました。財団グループのマナー研修に職員全員が参加し、事前の接遇自己評価及び研修受講後の自己の年度目標の設定、年度末に所属長と一緒に評価するシステムがあり、入所者への質の高いサービス向上を考えた目標管理の取り組みも素晴らしいと思います。感染・医療安全対策の研修は委員会の中で研修を行い、ユニットに持ち帰って伝達講習されていましたが、研修報告は残されていませんでした。実際に行われた研修(伝達講習等)の記録も文書で残されると良いと思います。 | | |
| | | 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) | | 有給休暇の取得率が高く、時間外労働時間も短く、施設長や産業医等が出席する安全衛生委員会で職員の就業状況や休業者の状況等を確認できました。リフレッシュ休暇の取得を職員に対して声掛けし、育児休暇の取得制度もあります。平成25年度にワークライフバランス企業の認定を受け、平成26年度に京都府子育て支援表彰も受けられました。人事考課時等の面談やキャリアアップ申告書で、職員の悩みや相談等を吸い上げるシステムがあります。休憩場は男女別であり、冷蔵庫や流し台、ソファを設置し、職員が仮眠でき、くつろげる空間を確保されていました。 | | |
| (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 | 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) | | サンフラワーだより(施設広報誌・月1回発行)やパンフレット、ホームページで施設の情報をわかりやすく発信されています。地域との交流については、利用者の生活に楽しみが生まれるよう、協力ボランティア等(約40団体・登録人数90人)による幅広い内容の各種イベントを毎月開催され、さらに地域の保育園や幼稚園、小中高生との交流会も定期的に開催されていました。 | | |

| 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) | | 重要事項説明書は事務所の横に設置されており、自由に確認できるようにされています。パンフレットやホームページも記載漏れはなく見やすいものになっていました。施設の広報誌「サンフラワーだより」で入所者の日常生活を垣間見ることができ、良いものに仕上がっていました。 | | |

| (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 | B |
| (評価機関コメント) | | 重要事項説明書を用いてサービス内容や料金など詳細に説明され、署名・捺印をもらっていましたが、保険外サービスの料金改定について反映されていない部分がありました。改定内容の反映をお願いいたします。 | | |
| (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 | B |
| 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) | | アセスメントから計画の見直し等を行った記録がきちんと作成されていました。主治医より意見ももらっておられますが、会議録に記載がありませんでした。また、医療と介護の記録が別々になっていたため、両方を見比べないと確認できないことがありました。 | | |
| (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) | | 地域ケア会議・退院カンファレンスにも参加され、病院の看護師や連携室の方と連携や情報交換をされており、しっかりと連携が取られていると感じました。また、外部の多職種との連携もできていました。 | | |
| (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 | 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、利用者の家族等との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 業務マニュアルが整備され、年に1回見直しもされていました。個人情報「ちょうじゅ」というソフトの中にあり、記録の共有ができ、全職員に周知徹底されている取組を評価いたします。また、ご家族とも面接を行い、家族交流会も開催されていました。 | | |
| (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) | | 感染症の病原体を施設の外部から持ち込まないようにするため、玄関での感染対策を実施され、職員・委託業者・ボランティア・面会者等への手洗い・うがいの声かけを職員全員が実施していました。毎朝の朝会では施設長を中心にユニットの出勤者全員が参加し、感染の現状や週報・トピックスについて注意喚起されています。施設長が高齢者施設の感染の特徴を理解されているだけでなく、職員一人一人の感染防止への意識も高く、清掃・感染活動を実践し支援することで、事業所内は清潔に保たれ、排泄やオムツのにおい等の臭気が無い環境でした。 | | |

| (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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 介護事故に対するリスクマネジメントとしてヒヤリハット事例を積極的に報告する環境をつくり、施設長を中心に報告書の確認・検討等に積極的に取り組んでいます。介護事故が起きる時はシステムの欠陥が存在することを意識し、個人責任ではなく組織責任を明確にして、職員が安心して介護を行える組織作りをされていました。また、施設長が『利用者様がより良く安心して生活できるために取り組んでいる』と言われているように、利用者の尊厳に即したリスクマネジメントの取り組みを行っていると感じられました。年に1回以上の研修もできていました。 | | |

| 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 | 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) | | 法令遵守の姿勢は、公益通報者保護規程を更に定め、その方針の徹底を図っておられます。個浴を勧めるなどプライバシー保護の姿勢も強くうかがうことができます。利用申し込みを拒否することのないよう真剣に取り組んでおられます。 | | | |
| (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) | | 介護サービス苦情受付第三者委員を設置するなど、積極的に意見・要望・苦情への対応を心がけておられる様子がうかがえます。苦情対応記録は個人情報と特定できないように配慮して公開しています。傾聴ボランティア等を受け入れ、外部との交流を図っておられます。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 自己評価の項目については、利用者に向けて実施した満足度調査で出された意見等も項目として加え、質の向上に取り組んでおられます。ただ、満足度調査の結果を、次年度の事業計画に反映させているところまではできていないと自ら評価されているので、次回への課題として取り組んで頂きたいと思います。 | | | |