

アドバイス・レポート

令和2年3月30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

令和元年7月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「サンシティ木津」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 人員配置基準を上回る1.5（入居者）：1（職員）以上の職員を配置しています。資格取得の支援として、特別休暇で介護職員実務者研修を受講することができます。</p> <p>○利用者の家族等との情報交換 家族等が参加する年1回の「総会」、フロア毎3ヶ月に1回開催の「フロア懇談会」、家族来園時等に直接情報交換しています。また「運営近況のご報告」（明細書のカバーレター）等、定期的に入居者の様子を記した手紙などの配布も行っており、家族が安心できるきめ細やかな対応がなされています。</p> <p>○意見・要望・苦情等対応とサービスの改善 年1回の入居者や家族等が参加する運営懇談会の資料に意見や要望、改善状況を掲載し、改善事項の公開をしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○計画の策定・業務レベルにおける課題の設定 単年度の事業計画は作成していますが、中長期計画は、収支改善等の内容に限られており、サービス向上にむけた具体的な計画は作成していません。また、事業計画において課題を設定していますが、見直しが年1回しか行われていません。</p> <p>○専門家等に対する意見の照会 個別援助計画の策定にあたり専門職への意見を求めているとのことですが、参加できない場合に書面での照会はなされていません。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 個人情報保護についての職員研修は行われていますが、記録の持ち出しや廃棄についての規定が定められていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>サンシティは、株式会社ハーフ・センチュリー・モアが運営する有料老人ホームであり、京都をはじめ、東京、神奈川、千葉、埼玉、大阪、兵庫などで「自立型」と「介護専門」の有料老人ホームを展開しています。サンシティ木津は国際交流拠点や研究機関が集まる関西文化学術研究都市にあり、格調高い居住空間、高度な介護サービスをおもてなしの心で提供することを目指しています。</p> <p>行き届いた質の高いパーソナルケアを目指すとともに、地域へも目を向け、多職種協働や防災活動などに積極的に取り組まれています。</p> <p>今後より一層のケアの質の向上、目指していただけるよう、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○中長期計画の作成 中長期計画の作成は単年度の事業計画を検討する上でも重要であると考えます。中長期的な事業計画において年度ごとの到達目標を決め、その上で各年度の事業計画を立てるようにされてはいかがでしょうか。そうすることにより、各年度の事業計画の到達目標がより明確になり、具体的な行動計画になると思います。そして目標が日常の仕事と結びつくことにより、職員もより高い意識で仕事に取り組むことができるのではないのでしょうか。</p> <p>○専門家等に対する意見の照会 個別援助計画の策定にあたっての専門職等への意見の照会は、口頭だけでなく、具体的な記録や書面をもって確認できるようにしてください。支援にあたってその根拠を「見える化」することで、多職種連携の際の行き違い等を防ぎ、効果的な連携につながります。</p> <p>○利用者満足度の向上の取り組み 家族等が参加する年1回の「総会」、フロア毎3ヶ月に1回開催の「フロア懇談会」、「運営近況のご報告」（明細書のカバーレター）の郵送など、丁寧に入居者・家族の意向確認や状況の報告がなされているにも関わらず、アンケート等での満足度調査が行われていません。</p> <p>課題に対する職員等の評価だけでなく。課題の達成状況を客観的・総合的に判断する意味からも、匿名性のあるアンケート調査等に取り組んでいただくことをお勧めします。</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	2671400113
事業所名	サンシティ木津
受診メインサービス (1種類のみ)	(介護予防) 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)	
訪問調査実施日	令和2年1月31日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 会社の理念・運営方針を事業所内に掲示するとともに、職員は理念等を記載したカードを業務中に携帯し、必要に応じて確認することができます。入居者家族が参加する総会、運営懇談会等で理念・事業計画等を説明しています。 2. 職務分掌等で職務に応じた権限や責任を示しています。管理者が会議に参加して職員の意見を聞いています。会議で発言しにくい内容等は支配人「SOSボックス」を設け直接、発言できるしくみがあります。			
(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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画は作成していますが、中長期計画は収支改善等の内容に限られており、サービス向上に向けた具体的な計画とはなっていません。 4. 業務レベルでの課題を設定していますが、見直しについては年1回しか行われていません。			
(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。	B	B	
	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. 管理者は定期的に必要な研修に参加しています。関連法の改正にあたっては、本部からの通知を周知するとともに、事務所内でも関連資料を保管し、閲覧できるようにしています。 6. 会議への参加や職員面談により管理者が直接職員と意見交換の機会を持っていますが、職員の信頼を把握・評価・見直しする具体的な仕組みはありません。管理者の役割と責任については、業務分掌で定めており、職員も参加する入居者総会で表明しています。 7. 日々の運営状況を管理日誌等で確認するとともに、緊急時等には電話等で管理者へ連絡できる仕組みを整えています。			

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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 基準を上回る1.5(入居者):1(職員)以上の職員を配置しています。資格取得の支援として、特別休暇で介護職員実務者研修を受講することができます。 9. 年2回現場責任者による面談を行っており、施設内で定期的に研修を行っています。 10. 実習の受け入れ準備として、実習指導者講習会等に参加していますが、指針やマニュアルを整備していません。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 個々の有給休暇の取得状況を把握し、取得の改善に取り組んでいますが、部署ごとにデータ化するなど比較検討できる状態ではありません。 12. 管理者等による定期的な面談により、職員の要望や不満等をくみ取り、改善に努めていますが、専門職による相談体制は確保していません。		
(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. ホームページなどで情報提供をしていますが、情報の公表制度を住民に広報するまでには至っていません。 14. 年数回、地域住民向けに認知症や口腔ケア等の講演会を開催しています。		

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
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を用いて分かりやすい情報提供に努めています。います。資料請求を随時受け付けており、問い合わせや見学に対応した経緯は「顧客台帳」や「見学アンケート」に随時記録を残しています。			
(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)		16. 入居前に重要事項説明書等を用いて説明しています。成年後見制度が必要な入居者には、制度の説明や利用の支援を適切に行っています。成年後見制度のセミナー等を開催し啓発に努めています。			
(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	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)		17. 法人独自のアセスメントシートを用いて、利用者のニーズを適切に引き出せるよう課題分析をしています。 18. 更新の前月に入居者又は家族へ「要望書」を渡し、要望や意向を十分確認した上でケアプランに反映しています。 19. 計画の策定にあたり専門職に意見を求めているとのことですが、参加できない場合に書面での照会はなされていません。 20. モニタリングは3ヶ月毎、アセスメントは6ヶ月毎に行っています。家族には面会時に状況を説明しています。			
(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. 夜間に看護師が配置し、医療の連携体制を取っています。また地域包括支援センターとの連携や事業所連絡会に参加するなど、関係機関との連携を図っています。			

(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	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. 業務マニュアルをフロアに1冊ずつ配布しており、職員育成とも連動させながら活用しています。家族からの意見をマニュアルの見直しに反映しています。 23. 個人情報保護についての職員研修は行われていましたが、記録の持ち出しや廃棄についての規定が定められていません。 24. 毎日行われる申し送りにより、情報の共有を行っています。パソコンに記録された情報は職員が閲覧でき、タイムリーな情報を全職員間で共有しています。 25. 家族等が参加する年1回の「総会」、フロア毎で3ヶ月に1回開催の「フロア懇談会」、家族来園時等に直接情報交換しています。また「運営近況のご報告」（明細書のカバーレター）等、定期的に入居者の様子を記した手紙等を送付する等、家族が安心できるきめ細やかな対応を行っています。		

(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、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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 本部で開催する研修をインターネット上で受講するなど、定期的に研修を実施しています。予防策をケアプランに載せるなど、二次感染を防ぐ対策をとっています。 27. グループ会社の業者が専任で清掃を行う等、衛生管理を徹底しています。施設内は整理整頓が行き届いており、要所要所に花が活けられるなど、明るく清潔で心地よい環境です。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		28. 安全対策委員会を設置しています。緊急時の対応は消防署による指導（年1回）、施設の看護師による指導（年2回）を実施するなど、実践的な訓練により職員の意識向上を図っています。 29. 毎月、インシデントの振り返りを行っています。法人で重要なアクシデントやインシデントについて共有し、事業所で活かせるしくみがあります。 30. 木津川市の防災訓練、福祉避難所開設運営訓練に担当者が参加し、地域との連携や協力体制の構築に努めています。しかし、地域との連携を意識したマニュアル整備や訓練などは行われていません。		

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. 「虐待の芽チェックリスト」で各自が虐待や身体拘束の防止に努めています。2ヶ月に1度、高齢者虐待防止法に関する研修を行っています。 32. 新人研修においてプライバシー保護に関する研修を行っています。 33. 「受入基準と対応について」という冊子を作成し、入居希望者等に説明しています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		34. フロアごとに定期的に懇談会開催の案内文を送付しています。更新時には家族に要望書を送付する等、意向や苦情などを拾い上げるしくみがあります。 35. 年1回の運営懇談会の資料に意見や要望、改善状況を掲載し、利用者や家族等に改善事項を公開しています。 36. 苦情の窓口として法人にコールセンターを設置しています。市民オンブズマンや介護相談員等、外部人材を活用した相談の機会は確保できていません。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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)		37. ケアプラン更新前に要望書を送付し要望等を確認していますが、満足度調査等は行われてません。 38. 各課のリーダーが参加し、サービス内容について検討しています。 39. 3年に1度の第三者評価を受診しています。定期的に自己評価が行われておらず、課題を総合的に分析・検討する体制が不十分です。		