

アドバイス・レポート

令和2年3月26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10月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「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>○理念・運営方針の周知 理念、運営方針を全職員に浸透させる取り組みとして法人で冊子「和顔愛語」を作成し、全職員に配布しておられます。また、毎朝の朝礼時には当番職員が項目ごとに読み上げ、それに対するコメントを行う取り組みが実施され理念運営方針の徹底が実施されています。</p> <p>○地域への貢献 地域の老人会が行政から委託の受けている草刈り作業に、スタッフをボランティア派遣されています。その活動を地域ニーズの収集の機会として活用し、サービスに反映されています。</p> <p>○意見・要望の収集 利用者の意見や要望については生活相談員が中心となって聞き取りが行われ、ISO事務局会議で法人全体の課題として共有され、対応が実施されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○マニュアルの見直し 新任職員に対してはマニュアル「はじめの一步」を作成し配布しておられます。また、事故防止に関するマニュアルが作成されていますが、定期的な見直しは実施されていません。</p> <p>○訓練を実施 事故や緊急時の対応については「アクシデントスタンダードマニュアル」を策定し、新任職員の研修において対応訓練を実施されていますが、年一回以上の全職員を対象とした訓練が実施されていませんでした。</p> <p>○プライバシー保護 プライバシー保護について定期的な研修の実施が確認できませんでした。また、プライバシーを保護のための設備が壊れているものがありました。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>サンヒルズ紫豊館は、京都府中丹地区に3施設をし、大阪府にもサービスを展開する社会福祉法人成光苑に所属し、福知山市において積極的な福祉サービスを展開されています。また、地域との連携に注力されており厚い信頼が寄せられています。 今後もその役割を担っていかれる中でサービスのさらなる向上のヒントにさせていただけるように以下のアドバイスをさせていただきます。</p> <p>○事故防止に関して新任職員への研修や事故発生時の検証などを定められた方法により確実に実施されていますが、マニュアルの見直しについては実施されていませんでした。すでに定められたものがありますが、時間の経過とともに修正点や改善点は発生するものです。常に状況に即した対応ができるマニュアルとするためにも定期的な見直しと、それを行った期日の記載が必要と思われます。</p> <p>○事故緊急時の対応については新任研修時に実施されていることが確認できましたが、全職員に対するする年一回の研修訓練については実施されていないとのことです。事故緊急時の対応の手順や方法を常に意識し把握しておくことにより、迅速確実な対応が可能になると考えられますし、職員の不安軽減にもつながると思われます。研修訓練はそのために重要な位置づけになりますので実施に向けた検討を期待します。</p> <p>○プライバシー保護に関する研修は、定期的には実施されていません。プライバシー保護については日々の業務の中で常に意識することが重要であり、その意識徹底のために定期的な研修は重要であると考えます。定期的実施に向けた企画検討を提案いたします。</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	267200075
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、介護予防短期入所生活介護、通所介護、訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	令和2年1月28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. 理念、経営方針、求める職員像等を示した冊子「和顔愛語」を全職員に配布し、朝礼時に一項目ずつ読み上げ、それについての当番職員がスピーチを行う取り組みを実施し、理念の浸透を図っています。 2. 「人事システムガイド」において職種別、職員等級別に職務内容、責任権限を定めています。		
(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)			3. 京都北部に所在する3施設で年度毎の事業活動の検証を行う会議「マネジメントレビュー」を行い、計画策定に反映しています。 4. 部署会議において取り組み重点目標を検討し品質目標計画書を作成しています。その計画書に基づき各年度の進捗目標管理が実施しています。		
(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. 関係法令に関する書籍等を事務所に配置し調べられる体制を確保するとともに、「品質マニュアル」「各種規定ファイル」に関係法令をリスト化しています。 6. 「成光苑品質マニュアル」に責任、役割を記載しています。また、全職員が「自己申告書」を年1回提出し、その中に勤務に関する希望、要望などを記載するとともに運営管理者への意見要望を記載することができます。それを基に面接を実施しています。 7. 運営管理者とは常時連絡が取れ、緊急時の連絡体制を整備しています。また、緊急時は「緊急対応規定」に基づく対応を実施し、「不適合緊急対応報告書」で報告しています。		

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
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。	B	B
		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)		8. 人材確保プロジェクトチームを編成し、体系的に人材確保活動が実施されています。しかし、採用後の資格取得支援の活動は実施していないとの事です。 9. 京都福祉人材育成上位認定事業所として体系的研修を法人単位で実施し、チューター制度も設けてOJTにも力を入れています。 10. 実習受け入れマニュアルを整備し実習受け入れています。実習受け入れは相談員が行っています。		
(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. 有休取得状況を総務部で管理し計画的に有休取得できるようにサポートを実施しています。また、全職員が年1回に提出する自己申告書に勤務について要望を記入し、それを基に面談を実施し、勤務体制について配慮を行っています。 12. 職員親睦会により、月1回の食事会や旅行などを実施しています。また、各種サークル活動への助成を実施し、交流とストレス解消の機会を確保しています。		
(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. 「紫豊館だより」を年3回発行し自治会、近隣住民、利用者および家族に配布しています。しかし、「情報の公表制度」の周知は実施していません。 14. 行政から委託を受けている老人会の草刈り作業にボランティア職員を派遣するなどの地域貢献を行っています。また、その活動を通して地域ニーズの把握を行っています。		

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
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. ホームページや施設パンフレットで、事業所の情報を提供しています。月1回、情報公開委員会でホームページや機関誌の内容について検討し、見直しをしています。見学は随時受付しており、相談カードに記録しています。			
(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. 施設の入所時に、契約書、重要事項説明書で料金等の説明をしています。利用者本人の判断に支障がある場合は、家族に説明して同意を得ています。入所後、権利擁護の必要と思われる場合は、成年後見制度等につないでいます。			
(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. 施設独自のアセスメント「ケアチェック表」を使用し、利用者の心身状況、生活状況についてアセスメントを実施しています。看護師を通じて医師の意見を聞き取り、利用者、家族の意向を聞き取っています。アセスメントは、6ヶ月ごとに行っています。 18. 利用者、家族の希望を聞き取り、アセスメントに基づいてサービス計画書を作成しています。利用者、家族に内容を説明し同意を得ており、ケアカンファレンスに利用者の参加が難しい場合は、家族に参加を呼びかけています。 19. サービス計画書は、看護師、調理師、介護職、相談員の意見を聞き取り、カンファレンスを行って、作成しています。 20. 毎月、介護職が計画書のサービス内容ごとにモニタリングを行っています。また、6ヶ月ごとにアセスメントを行い、サービス計画書を見直しています。その際は、看護師等の専門職に意見を聞いています。サービス内容変更時は、朝礼やミーティングで報告しています。			

(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. 嘱託医が週1回務めており、必要に応じて意見を聞き、入退院時は病院と連携をしています。地域包括支援センターや行政機関と連携して、措置入所の利用者を受け入れています。		
(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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		22. 法人で、新人職員向けに「基本マニュアル～はじめの一歩～」を作成し、配布しています。事業所で各種手順書を策定し、事故防止策を反映して、随時、内容の見直しを行っていますが、定期的な見直しとはなっていません。 23. 個人別にケース記録ファイルを作成し、パソコンソフトを活用して記録しています。個人情報保護規程を策定し、個人情報の利用目的、情報開示について明記しています。また、文書管理規定に記録の保管、廃棄について記載し、廃棄手順も明記しています。 24. 朝礼の引継ぎ報告書、フローノート、引継ぎノートを活用して、日々の情報共有を図っています。また、部署会議、ミーティングで意見交換を行っています。 25. 利用者家族には、面会時や家族懇談会、夏祭り、敬老祝賀会等の行事の際に状況を伝えており、希望者には個別の面談も行っていきます。必要に応じて電話連絡を行っていますが、日常の様子を定期的に伝える取り組みは行っていません。		
(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. 感染症共通マニュアルを整備して、安全衛生委員会が研修を行っています。職員全員が受けられるように、同じ内容を2回実施しています。インフルエンザの発生が多い期間は、通所と入所の利用者のスペースを分け、玄関先に面会場所を設けて居室への出入りを制限し、二次感染の防止に努めています。 27. 記録等の書類は書棚で管理しています。居室や共有スペースに空気清浄機を設置し、臭気対策を行っています。		
(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	B
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	A
(評価機関コメント)		28. アクシデントスタンダードマニュアルを策定し、転倒、発熱、嘔吐等事故や緊急時の種類別にフローチャートでわかりやすく、記載しています。新人研修時に緊急時対応の研修を行っています。マニュアルは随時見直していますが、定期的な見直しとはなっていません。また、年1回以上の定期的研修、訓練を実施していません。 29. 事故やヒヤリハットの報告に基づき、体制の不適合の有無、是正の可否に分別を行っています。是正が必要な場合はいつまでに行うか、改善後の効果の確認まで追跡記録をしています。転倒事故が続いた時は、それぞれに原因の分析を行い、重点的に対応しています。 30. 緊急避難時の対応を定め、非常災害対策計画を策定しています。年2回の避難訓練の他、地域の自治体と協定を結んでおり、地域の訓練に参加しています。また、福祉避難所の指定を受けています。		

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
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	B	
	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)		<p>31. 法人で作成している冊子「和顔愛語」に、事業所の理念や運営方針を明確にしています。人権についての研修(リスクマネジメント研修)を行っており、自施設のチェックリスト(虐待の芽チェックリスト)を使用し、虐待防止への取り組みを行っています。</p> <p>32. プライバシー保護について、新人研修やOJTにより職員に意識付けし、チューター制度等を仕事に取り入れてサービス提供を行っています。しかし、定期的な研修は行っていません。</p> <p>33. 入所指針を通して公平・公正に入所処理を行っています。相談を受けた場合には、相談カード等を作成し、相談援助を行っています。申し込みがあった場合、基本的にはすべて受け付けていますが、受け付けることができない場合の対応方法も策定しています。</p>			
(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。	B	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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 施設内担当の生活相談員が中心となって、利用者の要望を聞き、事務局会議でその対応を検討しています。また、定期的に家族懇談会を開催して、利用者の意向や満足度を把握しています。</p> <p>35. 苦情に対応するための規定(苦情解決規定)があり、苦情に関しては苦情報告書を作成し、ISO事務局会議で迅速に対応しています。しかし、対応の内容について十分な公開ができていません。</p> <p>36. 施設関係者以外の第三者(2名)を相談窓口を設置しており、契約書や重要事項説明書に記載し、玄関などにも掲示しています。公的機関についても同様の対応を行っています。介護相談員の受け入れを行っています。</p>			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年に一度の満足度調査を行っており、ISO事務局会議にて結果を分析し、是正を行ってサービスの改善につなげています。その議事録や改善前と改善後の資料を、ISO事務局で作成しています。家族懇談会等でフィードバックを行っています。</p> <p>38. 毎月行っているリーダー会議にてサービスの質の向上に向けての検討を行っています。全職員の意見が把握できるように、現場のユニットでの会議(部署会議)を行っており、施設全体に意見をあげています。6施設の担当者が集まった会議(ISO事務局会議)にて水平展開をしています。</p> <p>39. サービス品質の向上のために、ISO審査を通して、年2回の内部審査と、年1回の外部審査を受けており、自己評価からサービス品質の向上活動を実施しています。この活動を通して、次年度の事業計画を作成しています。3年に一度、第三者評価を受診しています。</p>			