

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5 年 3 月 3 0 日

令和 4 年 7 月 1 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

<p>特に良かった点と その理由(※)</p>	<p>(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 運営管理者（施設長）の行動が職員から信頼を得ているかについては、職員アンケートの実施を通じて、意見を把握しておられます。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換 コロナ禍でもサービス担当者会議への家族の出席率が高く、家族との関係性が良い印象を受けました。面会ができない状況下で家族へ利用者の写真を送る等して、近況報告を行っておられます。</p> <p>(通番 31) 人権等の尊重 「人間の尊重に重きをおくこと」をミッションに掲げ、内外に広報するとともに、毎日職員が唱和し、常にミッションを意識しながら、利用者及び家族の意向に沿った質の高いサービス提供を行っておられます。形式的な満足度調査や嗜好調査ではなく、記載内容をサービス改善にしっかり活用されています。また、現場の職員の気づきを大切にし、組織全体で課題解決に向けて迅速に対応されています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 13) 地域への情報公開 ホームページに「介護サービス情報公表」のバナーを貼っておられますが、クリックすると厚生労働省の「介護サービス情報公表システム」のトップページに移動し、サンフラワーガーデンについて掲載されたページを直接閲覧できるようになっていませんでした。</p>
<p>具体的な アドバイス</p>	<p>・貴施設に関する情報をより閲覧して頂けるように、バナーをクリックすると貴施設のページに直接移動するような設定に変更することを検討され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	267310013
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)	(介護予防)短期入所生活介護 居宅介護支援、訪問介護
訪問調査実施日	令和4年7月22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)		理念とミッションについて、事務所及び各ユニットに掲示するとともに、朝礼及び月1回のユニット会議で唱和されています。理事会を定期的に開催されています。また、「運営委員会」「職種間連絡会議」「ユニットリーダー会議」と体系的に運営しており、各会議で職員の意見が反映される仕組みとなっています。職務分掌管理規程も定めておられます。			
(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)		事業計画の内容について、運営委員会で現状分析や課題の抽出を行っておられます。また、2040年を見据えた中・長期計画を策定されています。毎月「職種間連絡会」にて各職種の課題報告や検討会を行い、年1回達成状況を確認されています。			
(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)		運営管理者はBCPの研修に参加しておられます。関係法令についてはパソコンの共有フォルダで閲覧でき、リスト化されていることを確認しました。運営管理者の役割は「職務分掌規定」において文書化されています。また、管理者は各種委員会・会議に参加し、職員の意見を運営方針に反映しておられます。職員アンケートを通じて、職員の運営管理者（施設長）への意見を把握されています。運営管理者は、業務日誌で事業の実施状況を把握されています。また「緊急時対応マニュアル」に沿って運営管理者に報告する仕組みを確認しました。			

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		人員体制に関する考えや人事管理に関する方針を明確にされています。資格取得支援については、看護学校への進学にあたっての奨学金制度を設けています。年間研修計画を作成しており、計画に基づいて必要な研修を実施されています。必要な外部研修については、勤務調整や参加費を負担する仕組みがあり、また、職員に必要な研修として、今年度は嚙下体操の研修を実施されました。実習生受入れマニュアルを整備するとともに、実習指導者に対して臨床指導者会議を実施しています。		
(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)		有給休暇消化率・時間外労働の管理及び就業状況や意向についての分析は、安全衛生委員会で行っておられます。有給消化率も70%以上となっていました。また、職員の負担軽減のためにスライディングボードを使用されています。腰痛ベルトの貸し出しも行っておられます。精神科の医師に相談できる仕組みがありました。福利厚生として共済会に加入しています。ハラスメント規程もしっかり整備されていました。		
(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)		施設広報誌「サンフラワーだより」を発行するとともに、必要な情報をホームページに掲載されています。また、介護サービス情報の公表制度の内容をホームページに掲載されています。年2回、認知症をテーマにした講演会を開催されています。また、乙訓地域包括ケアシステム推進交流会へ参加し、地域の福祉ニーズを把握されています。		

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)		施設の概要がホームページや広報誌に写真等を用いてわかりやすく掲載されています。入所希望の家族等に対し、施設見学の受入等丁寧に対応されていることを確認しました。		
(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	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書にサービス内容と料金が明示され、その内容について書面で同意を得ていることを確認しました。成年後見制度については、現在利用されている方はおられません。パンフレットを1階受付に設置しておられます。		

(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。	B	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)		包括的自立支援システムにおけるケアチェック表を用いて生活レベルの把握に努めておられました。入院で状態変化があった方についてケアプラン内容を変更した記録も確認しました。また、多職種の意見をケアプランに反映しておられます。		
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)		嘱託医と精神科医が週1回ずつ来所されています。協力医療機関として提携している病院が多く、協力体制が整っていることを確認しました。		
(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)		各種マニュアルが整備され、記録の管理は「ちょうじゅ」システムを用いて行っておられます。職員はパソコン内の共有システムを活用し、必要な情報の収集を行っておられます。現在、家族との面会は実施されていませんが、家族へ利用者の写真を送る等して近況報告をされています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		感染症対策に関するマニュアルを整備するとともに、研修を実施されています。委託業者の厨房のスタッフに対しても勉強会を行っていました。施設内がきっちり整頓されていることを確認しました。		
(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)		緊急時の対応に関してマニュアル及び連絡網が整備されています。事故発生時の保険者への報告の状況を記録で確認しました。月1回の事故防止対策委員会において件数の集計や事例検討を行い予防に努めておられます。災害発生時のマニュアルを整備するとともに、福祉避難所として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	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)		「人間の尊厳に重きをおくこと」をミッションに掲げ、パンフレットや機関誌でミッションを広報されています。また、毎日職員が唱和し、常に意識をして利用者および家族の意向に沿ったサービス提供に努力されています。プライバシー保護や、利用者の羞恥心に配慮した内容でマニュアルを整備されています。基本的に入所の制限はなく、医療ニーズにもしっかり対応されています。			
(2)意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	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)		サービス担当者会議には家族の参加を促し、要望に沿ったサービス提供に努力されています。施設満足度調査を定期的に行い、調査結果を全職員で共有し、サービス改善につなげておられます。苦情対応マニュアルが整備され、苦情があった場合には速やかに対応されています。寄せられた意見・要望・苦情は匿名性に配慮しながら公表されています。介護サービス苦情受付第三者委員を設置し、担当者を明確にされています。公的機関の相談窓口も掲示されています。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		施設満足度調査や嗜好調査を定期的実施し、その結果をサービス向上委員会で分析し、リーダー会議で共有し、全職員に伝達されています。特に、調査結果の自由記載の内容を重要と捉え、必要な内容を自己評価の項目に加える等して、サービス改善に向けて取り組んでおられます。地域の会議にも積極的に参加され、他の事業所の情報を得て、食事やサービスの改善に活用されています。サービス向上委員会で分析した課題が事業計画に反映されていることを職員に周知する仕組みを設けることを検討されています。			