

アドバイス・レポート

2024年3月26日

令和5年6月18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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>○人材採用・育成 1.5:1以上の職員配置になるように採用計画を作成し、基本的に有資格者の採用を優先して行っておられます。無資格者を採用する際には、採用前に介護職員初任者研修の受講を勧めておられます。経験年数などによる階層別の研修制度を策定され、それに基づいて、全職員に応じた研修を受講することができるようにされています。また、個々の職員の目標などを確認するために、年2回個人面談を行い、面談により把握した目標などに基づき、参加する研修を決定されています。さらに、資格取得支援も積極的にされておられ、介護支援専門員や介護福祉士、社会福祉士などの資格取得の際には、お祝い金を渡すこともされています。</p> <p>○看取り対応 利用者や家族の意向をしっかりとくみ取り、施設での看取りを希望されている場合は対応されています。利用者が体調悪化により入院された場合も入院後の状態確認を病院と連携しておられ、施設での看取りを希望されている時は、退院の調整を行い、施設で看取りを行っています。看取り後の家族のグリーフケアにも力を入れておられ、施設の対応について、家族の気持ちを確認する機会を持っておられます。</p> <p>○家族への連絡 コロナ禍においては面会制限をされていた時期もあったとのことでしたが、現在は、面会対応もされておられます。家族が面会に来られた際などには、利用者の状態の報告をされています。なかなか面会などに来ることができない家族もおられますので、アプリを使用して、施設での生活の状況などを写真でお伝えされています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>○単年度事業計画の策定 3年間の中期計画を策定していますが、単年度については、各職種の目標は決めておられましたが、事業計画は策定されていませんでした。</p> <p>○マニュアルの更新 各種マニュアルは作成されていましたが、それらのマニュアルを更新することができていません。</p> <p>○自己評価 事業所内でのサービスの質の向上のための自己評価は行っておられません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>株式会社ハーフ・センチュリー・モアは、関東、関西で17か所の有料老人ホームを運営されています。企業理念の一つとして、「事業としてではなく、お客様の安心のために。」を掲げ、職員は利用者のことを「お客様」と呼んで対応されるなど、徹底したホスピタリティを実践されています。全事業所において、その対応を持続できるように、1.5（利用者）対1（職員）以上の人員配置を確実に行っておられます。</p> <p>サンシティ木津は、平成10年10月に開設されています。要支援1から要介護5までの方を対象に事業を運営されています。調査は事業所内の「サロン」という共用部で行いましたが、職員の方からは「このサロンはお客様のためにあるものなので、今回もお客様に説明してお借りしています」と話されていました。このことから、利用者の生活を第一に対応されていることがわかりました。事業所内の見学では、各フロアの談話室などで利用者が集まって職員との話しを楽しんでおられたり、利用者だけでマージャンを楽しんでおられる姿を拝見させていただき、利用者が自由に好きなように過ごすことができるように対応されておられます。また、より良い利用者対応のため、各職種、役職別などでの情報共有やケア内容などを話し合う機会を確保して対応されています。</p> <p>調査の際に、一番印象に残っていることとして、看取り対応を丁寧に行っていることでした。お亡くなりになられた後、家族に看取りの際の対応についてなどの意見を収集してより良い対応を行うために努めておられました。</p> <p>今後、より一層のサービスの向上につなげていただくために、以下の通りアドバイスいたします。</p> <p>○単年度の各職種の目標については、利用者や家族が参加する運営懇談会で説明されていました。しかし、その設定した目標に対しての行動計画などについては明記されている計画はなく、どのように達成していくのかということが不明確になっています。今後、利用者に対するサービスの質の向上に向けて、上記にお示しした内容等を明示した単年度事業計画を策定し、職員間で共有、理解し、業務を行われてはいかがでしょうか。</p> <p>○マニュアルは法人全体で作成・管理されているものが多いため、事業所のみでマニュアルの更新を行えないとのことでした。しかし、事業所として、マニュアルの種類により、担当する職員や委員会などを決め、実際のケアやサービスの実施内容との齟齬はないのか、発生した事故の要因から変更点はないのかなどを検討する機会を持ち、法人に提言していくことをされてはいかがでしょうか。</p> <p>○サービスの質の向上のために、事業所で行っているケアや利用者対応について、チェックを行う機会を持たれてはいかがでしょうか。利用者本位のサービスを提供されていますが、より一層の質の向上のために自己評価を組織として行うことを検討し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	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)	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)	介護予防特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	2024/1/29
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思決定を行い、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. 職員全員に、入職時に理念や運営方針などを記載した「クレド」を配布し、毎日の朝礼で唱和しています。年1回の総会や運営懇談会で利用者や家族に施設の状況などとともに説明しています。 2. 全国規模の法人であり、取締役会や支配人会議を開催し、運営方針や運営状況などの確認をしています。事業所内でも、マネージャー、リーダーなどの役職ごとの会議や、ケアスタッフやリハビリ職などの職種ごとの会議を開催し、職員の意見を活用するための仕組みがあります。			
(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質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。	B	B	
	業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	B	
	(評価機関コメント)		3. 3年間の中期計画を策定し、各目標において期間を設定し実行に移していました。今年度は、来年度からの中期計画の策定期間として前回の中期計画の評価等を行っています。単年度の事業計画については、運営懇談会で利用者や家族に今年度の目標の説明を行っていますが、その目標に対しての実行内容などが設定されていません。 4. ケアスタッフや看護、リハビリなどの職種別に今年度の目標を設定していますが、それに対する単年度事業計画の作成はしていません。			
(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り組みを行っている。	B	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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)	<p>5. 支配人や副支配人は、有料老人ホーム協会が行っている管理者研修を受講し、法令遵守について理解を深めています。入職時に全職員に配布している「サンシティへようこそ」という資料の中に、職員として守るべき法律をリスト化し記載しています。</p> <p>6. 支配人や副支配人は、リーダーコミュニケ（リーダー会議）に参加し、職員の意見を聞き、事業運営を行っています。また、年2回、支配人が全職員に対して支配人面談を行い、個別に意見を聞く機会を持っています。しかし、支配人の役割について職員に表明していません。</p> <p>7. 支配人は、事業所入口にある事務所で業務を行い、情報の収集に努めています。法人から支給の携帯電話を常に所持し、事業所を離れても連絡が取れる体制を取っています。情報共有ソフトを使用し、利用者等に関するすべての情報を把握することができます。</p>
--	------------	--

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

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
実習の受け入れ	11	実習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)		<p>8. 法人として、職員に期待することを「求める職員像」として明記しています。「キャリアラダー制度」を策定し、職員がステップアップするために必要となる内容を記載し職員に周知しています。</p> <p>9. 1.5（職員）対1（利用者）以上の職員を常に配置するように、職員採用を行っています。職員採用にあたっては、初任者研修以上の資格を必要としています。新卒採用時にも、入職までに研修を修了することを求めています。</p> <p>10. 法人として、階層別研修制度を制定し、職員のレベルに応じた研修を受講できるようにしています。介護福祉士や介護支援専門員などの資格取得に対しては、資格取得支援制度を定め、業務内での研修参加や費用負担、取得後祝い金などを行っています。</p> <p>11. 養成校と協力し、リハビリ職の実習の受け入れを行っています。介護福祉士の実習指導者講習を受講している職員が配置しています。しかし、実習生受け入れに関するマニュアルはありません。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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)		<p>12. 事業所内の総務において、有給休暇や時間外労働のデータの把握を行っています。各年2回、マネージャー面談と支配人面談を行い、職員の意向の確認を行っています。利用者の状態の確認がモニターで行うことができるベッドセンサーや、移乗などの重介護を行う際に職員の負担軽減のための機器を導入しています。</p> <p>13. 職員に対して、ストレスやメンタル不調の際には、産業医に相談できることを周知しています。また、「支配人SOS意見箱」を職員出入り口に設置し、支配人に直接意見を届けることができるようにしています。</p>		

(3) 地域との交流				
地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	B	B
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		14. 重要事項説明書の中に、地域との関わりについて記載し、利用者や家族に説明しています。木津川市や隣接する奈良市の広報誌に、事業所の広報を掲載しています。しかし、地域のネットワークなどへの参加はできていません。 15. 近隣の中学校の職業体験やインターンシップを受け入れを行っています。また、傾聴ボランティアなどの受け入れも行ってはいますが、ボランティア受け入れに関するマニュアルは作成していません。 16. 事業所内のサロンを使用し、地域の民生児童委員を対象に有料老人ホームに関する勉強会や、地域住民対象に成年後見制度に関する勉強会等を行っています。勉強会などの際に、地域住民の高齢者のニーズを聞き取るなどを行っています。		

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	17	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。	B	A
		(評価機関コメント)		17. ホームページやパンフレットを用いて、事業所やサービス内容、費用について掲載しています。また、見学だけでなく、1週間程度の体験利用など必要に応じて対応をしています。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	18	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)		18. 入居前には重要事項説明書等を用いて契約内容や利用料金を説明しています。必要に応じて、成年後見制度の案内や利用支援を行っています。また、成年後見人セミナーを開催し、活用を推進しています。		
(3) 個別状況に応じた計画策定						
		アセスメントの実施	19	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	20	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
		専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. 独自のアセスメント様式を用いて、利用者の心身状況やニーズの把握を行っています。また、入居前に1週間程度の体験入居を行い、生活像や課題を明らかにしています。 20. サービス担当者会議には、利用者や家族も参加しています。「要望書」を利用者や家族に記入してもらい、要望や意向の確認を行っています。 21. ケアプランの策定にあたって、主治医や理学療法士等から意見を求め、反映しています。 22. ケアプランの更新は6か月ごとに、モニタリングは3か月ごとに行っています。見直した場合は介護ソフトに入力し、職員に周知しています。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23. 退院前カンファレンスに参加しています。参加が難しい場合は書面で情報の共有や医療との連携を図っています。同敷地内にある診療所や地域の医療機関との連携すると同時に、施設内のケアスタッフ、看護、リハビリ、ケアマネジャーなどが連携し、利用者の対応を行っています。 24. 自宅へ退所される場合には、主治医や居宅介護支援事業所と連携を図り、継続してフォローを行う体制をとっています。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25. 法人全体として共通のマニュアルを作成しています。業務内容に合わせて施設独自で作成しているマニュアルもありますが、年1回の見直しが出来ていません。 26. 個人情報について入職時や定期的に研修を行っています。個人情報保護について規定していますが、記録の持ち出しや破棄についての取扱い方法の規定は確認できませんでした。 27. ケアプランや日々の記録は、パソコン上で閲覧できるようになっています。また、毎日の朝礼で利用者の状況の変化について職員間で共有を行っています。 28. 年1回、運営懇談会やフロア懇談会を開催し、家族との情報交換を行っています。また、アプリを用いて利用者の日々の様子を写真や動画で伝えるなど工夫をしています。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	B
事業所内の衛生管理等	30	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)		29. 「感染管理マニュアル」として整備しています。定期的に施設内でも感染症の研修を実施しています。しかし、年1回マニュアルの見直しが出来ていません。 30. 関連会社が清掃を行い、2か月に1回は安全衛生委員会が施設内を巡視しています。施設内は整理整頓がされており、明るく清潔な環境です。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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	B
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	B	B
(評価機関コメント)		31. 緊急時の対応として、消防署による救急救命講習を年1回、施設看護師による事故発生時の対応について指導を年回行っていきます。 32. 安全対策委員会で協議した内容を職員に周知しています。改善策をワンフロアで実施し、改善が確認されたものは全フロアで実施するなど事故報告が有効に活用しています。 33. 福祉避難所に登録するなど地域との連携・協力体制が取れるよう努めています。地域住民も参加した消防避難訓練は実施していません。 34. 消防に対する計画は作成しています。しかし、台風や地震に対する計画は作成していません。		

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	35	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
利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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)		35. 入職時、OJT、年3回の全社オンライン勉強会、フロアミーティング、虐待防止委員会で話し合うなど継続的な取り組みを行っています。 36. 虐待防止委員会や身体拘束等委員会を毎月開催し、施設内において虐待や身体拘束を行っていないことを確認しています。年3回、虐待に関する勉強会を行っています。見守りセンサーを使用している利用者ごとに必要性の有無を、身体拘束等委員会にて確認しています。 37. プライバシーの保護について、法人が作成しているマニュアルの中に記載し、留意しています。利用者対応の際のプライバシー保護について、「虐待の芽チェックリスト」を用いて、確認しています。 38. 受け入れ基準があり、ホームページで公表し、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	39	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、利用者等に周知されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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。	B	A

(評価機関コメント)		<p>39. ケアプラン更新時の「ご要望」、フロア懇談会、栄養相談会などで利用者の意向を汲み取っています。また、支配人等はフロアを廻り、直接利用者の意見を聞く機会をもっています。</p> <p>40. 利用者の意見は介護ソフトに、運営懇談会での意見は議事録に記録し、全職員に周知する仕組みがあります。また利用者からの意見に対しては、速やかに対応するようにしています。</p> <p>41. 重要事項説明書等に苦情に対応する窓口として、法人のコールセンター、全国有料老人ホーム協会、京都府国民健康保険団体連合会を明記しています。</p>			
		(3) 質の向上に係る取組			
利用者満足度の向上の取組み	42	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている	B	B	
質の向上に対する検討体制	43	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	44	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	C	
(評価機関コメント)		<p>42. 半年に1回の「要望書」や「看取りアンケート」で満足度を確認していますが、満足度調査は行っていません。</p> <p>43. 利用者のサービスの介護支援委員会の検討課題は全職員が問題提起できるようになっています。委員会の内容は「介護支援委員会資料集議事録」として全職員にメールソフトで回覧しています。</p> <p>44. 今回の第三者評価はコロナ禍のため、前回受診時から3年以上経過していません。また、年1回以上の自己評価も行っていません。</p>			