

アドバイス・レポート

平成26年4月15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

平成26年1月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（総合福祉施設 塔南の園）様につきましては、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>1) 利用者・家族の希望尊重 ショートステイの利用者の送迎を、業務委託せず自事業所の相談員が行うことや、送迎時や書面で利用中の様子を伝えることで、家族との情報共有や意向を幅広く拾い上げる仕組みがありました。ショート利用の度に作成されているプランには、本人・家族の希望を直接確認して反映させ、例えば送迎の時間帯なども柔軟に対応されていました。</p> <p>2) 理念の周知と実践 運営理念を具体化する「私たちの約束」や、介護技術の基本を整理した「基本のき」を定め、会議等での唱和や自己チェックを行って職員への意識付けを図られていました。職員ヒアリングなどから、日常的に利用者支援の内容やレクリエーションの企画などについて、職員間で丁寧に話し合いながら進める組織風土があり、業務レベルの向上に結び付いていることを伺うことができました。</p> <p>3) 地域との交流 ボランティアの積極的な受け入れを行い、利用者の支援の充実に結びつけられていました。特に、サークル活動などでは、特養、デイサービス、ショートステイなどの部門ごとに閉じることなく共同で実施されていました。地域団体と一緒に夏祭りや、塔南祭などの施設行事も積極的に地域に開いて多世代の交流に努めるなど、開かれた施設運営を目指されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 地域への情報公開 事業所の情報公開として、広報誌の年4回の発行や、施設内掲示板の活用などを行われていましたが、ホームページの更新が遅れていたり、ショートステイに特化した情報が少ないなど、更に改善の可能性が感じられました。</p> <p>2) 人権等の尊重の気づきへの支援 身体拘束については、直接拘束する行為は行われていませんが、どんな行為が身体拘束となるかという視点での日常業務の中でのケアの振り返りが不十分なように見受けられました。</p> <p>3) 利用者満足度の把握 ショートステイでの満足度調査のアンケート結果がまだ集約出来ていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 地域への情報公開 新しく増設したショートステイの個室フロアは利用者自身からのニーズも高いとのことでした。ショートステイは、家族支援のサービスのように見られがちですが、利用者本人の思いに応えられるという強みを、多様な媒体で繰り返し発信することは、ショートステイの役割の幅を明確にする上でも重要だと思われます。また、見学や相談を積極的に受けているという点についてもアピールされてはいかがでしょうか。見学や相談の実績からニーズの分析をし、運営に活用することも可能です。</p> <p>2) 人権等の尊重の気づきへの支援 身体拘束は基本的に行っていない、という点で、ケアの質の高さが確認できました。加えて、すべての職員が、どのような行為が身体拘束にあたるのかという認識を持つための研修を継続することで、より人権に配慮した支援が可能になると思われます。身体拘束や虐待につながるリスクは常にある事を意識して、継続してケアの振り返りを行い、権利擁護等に取り組むことをお勧め致します。</p> <p>3) 利用者満足度の把握 今年度、初めてショート利用者を対象に満足度調査を実施されていましたが、未だ結果が出ていませんでした。結果の集約後、内容について検討されると共に、次年度以後も定期的実施される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	2670500046
事業所名	総合福祉施設 塔南の園
受診メインサービス (1種類のみ)	短期入所生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所療養介護、居宅介護支援、介護予防居宅介護支援、介護老人福祉施設、
訪問調査実施日	平成26年2月1日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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)		理念の周知と徹底をめざし、運営理念や、サービス向上委員会を中心に検討した「私たちの約束」を各フロアの会議等で唱和することを新たな取り組みとして実施されています。			
(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)		ショートステイ委員会を中心に介護サービスの質の向上に関わる方針、事業計画を立てて実践されています。			
(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)		年1回以上、全職員にヒアリングを実施されています。サービス向上委員会には施設長も必ず出席し、運営方針に反映させておられます。			

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	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)		常勤職員の割合が80%以上、介護福祉士の有資格者を50%以上で配置する等、質の高い人材の確保に努められています。法人全体の研修だけでなく、施設内でも研修計画に基づき毎月1～2回の勉強会を実施しておられます。新人育成のためのプリセプター制を導入されています。		
(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)		休憩室が確保されています。職員の相談体制として精神科医、介護アドバイザー、弁護士などと契約し、メンタルヘル스에配慮されています。		
(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。	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)		ショートステイに関する記事は少ないものの、広報誌の発行、施設内掲示板などを通して施設全体の情報公開が行われています。職員は「塔南祭」などの行事の際に利用者と地域住民の多世代交流を図っておられます。職員による自主的な地域清掃活動を月2回程度行われています。		

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)		見学については、要望があればその都度対応しておられます。パンフレットなども整備されています。		
(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)		利用の仕方や料金などを、パンフレットやホームページに細かく掲載し、情報提供が行われています。		

(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	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)		ショートステイ独自でアセスメントを行い、ケアマネジャーのプランと連動した支援計画を利用毎に作成できていました。本人、家族の希望も直接確認をしてプランに反映されていました。		
(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)		定期利用者が病院から退院する際のカンファレンスなどには、積極的に参加するようにしております。ショートステイ利用時の様子を、その都度ケアマネジャーにも情報提供されています。		
(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。	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)		業務マニュアルは各種委員会で検討されていました。ショート専用フロア以外に、特養の2カ所のフロアでもショート利用者の受け入れが行われているため、情報共有は書面と事業所内メールを活用して行われていました。ショートステイ委員会にはデイ職員や看護師も入り検討が行われています。		
(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)		法人内の他事業所との相互評価により、事業所内の衛生管理や整理整頓について意見を受け、環境整備に努められていました。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		事故再発防止に向けて、事故後の報告書に基づいて振り返りを行われています。ヒヤリハット報告も重視して、報告書の数が少ない時には職員への意識付けを強めるなどの努力をしております。		

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)		事業所で作成した「私たちの約束」に、権利擁護やプライバシーの保護について、わかりやすい言葉で明記し掲示されています。介護サービス現場に精通した弁護士による勉強会を実施し、職員の意識を高めるよう努められています。		
(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)		利用者アンケートだけでなく、介護アドバイザーなどを外部から積極的に受け入れ、利用者の意見・要望を幅広く把握できる体制に努められています。また、ショートステイの送迎を必ず職員が行うことで、直接家族との意見交換ができる場を確保されています。		
(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)		特養、デイサービスの満足度調査は実施し、ホームページに結果を公開されていますが、ショートステイの満足度調査は、現在実施中でまだ集約できていませんでした。「サービス向上委員会」に施設長自らも参加され、全職員の総意で質の向上に取り組む体制が整っていました。		