

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 21 年 4 月 18 日

第三者評価の実施をお申込みいただいた（塔南の園）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><b>(通番8) 質の高い人材の確保</b> 人材開発部が設置され、採用から採用後の資格取得まで教育システムの充実を図ることで、職員のレベルアップと離職率の低下に努めています。試験対策の模擬試験や講座を実施し、資格取得後は資格取得祝い金支給や、給与アップ等職員の意欲向上に繋がっています。</p> <p><b>(通番26) 感染症の対策及び予防</b> ヨーグルトを嘔吐物に見立てて、様々な検証を行いながら実践に役立つ研修が行われています。マニュアルは文書だけでなく、実際に検証している様子を写真に撮り、説明文と併せて載せています。文章だけでは伝わりにくい内容も、写真を付けることで具体的にイメージできる為、より実践的で充実したマニュアルになっています。</p> <p><b>(通番38) 評価の実施と課題の明確化</b> サービス向上委員会を中心に課題の明確化を図っています。全職員が「塔南の園ケアチェックポイント」を実施し自己のケアの振り返りや課題の把握に努めています。さらに「第三者評価」に際しても全職員がチェックシートに取り組み、サービスの質の向上のため一丸となっていることが伺えます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 利用者の記録の管理体制について、廃棄に関する規程が不十分だと思われます。</p> <p><b>(通番35) 第三者への相談機会の確保</b> 重要事項説明書の相談・苦情受付窓口として生活相談員があたるとの記載がありましたが、担当者や電話番号が記載されていませんでした。公的機関等の相談窓口への連絡方法についても重要事項説明書への記載が不十分だと思われます。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 現在、廃棄に関する規程が口頭による指示のもとおこなわれています。今後は口頭での伝達に留まらず、他のマニュアルと同様に明文化されることを望みます。</p> <p><b>(通番35) 第三者への相談機会の確保</b> 重要事項説明書に相談・苦情受付担当者の氏名と電話番号を記載されることを望みます。また最寄の区役所、国民健康保険団体連合会等の電話番号やFAX番号および受付時間等を記載されることを望みます。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2670500046
事業所名	特別養護老人ホーム塔南の園
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 予防短期入所生活介護 通 所介護 予防通所介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成21年3月25日
評価機関名	NPO京都府認知症グループホーム協議会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
		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）及び事業所のスタッフ全員が、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)		「今この時を大切に」という基本理念を掲げ、運営方針と共に各フロアに掲示されています。利用者家族には年2回行われる家族懇談会を利用して理解を深めてもらえるよう取り組まれています。職員に対しては会議や職員全員が確認できる法人内メールを活用し周知が図られています。代表者会議・特養会議・ユニット会議が行われる他、様々な委員会を通じて職員の意見が反映される仕組みになっています。職務の権限と各責任については重要事項説明書に記載されていました。		
<b>(2)計画の策定</b>						
		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)		中・長期計画は「将来構想」として計画されています。単年度の計画は半期毎に進捗状況の確認をされています。ユニット別の目標を定め、半期で振り返りをし、個人目標は3ヵ月毎に達成状況について責任者と面談し現状把握に取り組まれています。		
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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、いつでもスタッフ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)		関係法令(介護保険法 生活保護法 個人情報保護法 医療法 消防法 食品衛生法 道路運送法等)は明文化され、図書コーナーで自由に書籍等で閲覧できるようになっています。インターネット等利用して情報収集に努められ、法人内メールや研修を通じて周知されています。副施設長が主要な会議に参加される等職員の意見を聞く機会を持たれている他、メールでのやり取りもできる体制がとられています。職員に対するアンケートもとられており職員からの意見も取り入れられています。緊急時には携帯電話で連絡がとれるようになっており、日誌等の管理もできる介護ソフトを通じて日々の業務の把握に努められています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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)	職員採用基準が定められています。人材開発部が設置されており、資格取得のための対策が行われています。資格を取得すると祝い金の支給や給料に反映される仕組みになっており、職員の意欲の向上に繋がっています。離職率が低下しているとのことでしたが、有給休暇や育児休暇・介護休暇の取得等で無理なく仕事に取り組んでいることが職員のヒヤリングからも聴き取れました。新人研修にはプリセプター制度が導入され、最低1ヵ月研修期間が設けられています。研修担当職員が配置され、研修や勉強会を企画・実施されています。毎月業務マニュアルをベースにした研修が行われています。実習の受け入れは積極的にされています。介護福祉士、社会福祉士、デイサービス、歯科衛生士を受け入れ、それぞれ専門職が実習担当にあたられています。市労協等が主催する実習指導者対象の研修だけに留まらず、法人内で毎月行われる実習担当者部会でも担当職員の資質向上に努められています。			
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)	サービス残業は無く、有給休暇の消化率は管理され、消化されています。安全衛生委員会で労働実態を把握し、必要に応じて改善されるよう取り組まれています。産業医とカウンセリング契約したり、組合に待遇面の不満を訴える体制がとられています。仮眠室があり、1フロア2名体制で夜勤にあたることで可能な限り仮眠をとれていることが職員ヒヤリングでも聴き取れました。福利厚生制度もあり、職員が活用できるようになっています。			
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)	事業所独自のパンフレットやホームページを作成されています。情報の公表に関しては事業所にパンフレットを置いている他、事業所ホームページから直接リンクされるようになっています。地域住民や学生等の施設見学や、ボランティア担当の職員を配置して、地域のボランティアを計画的に受け入れられています。事業所が主体となり毎年行われている「塔南祭」では地域住民に向けて介護相談を行ったり、おむつの試供品配布をされています。また、児童登校時の交通安全運動への参加等を通じて地域に貢献されています。			

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)	ホームページやパンフレットが作成されています。パンフレットはカラー写真や文字を入れた見やすいものになっています。			
<b>(2)利用契約</b>						

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)		料金等を重要事項説明書に記載され、事業所内にも掲示されています。成年後見制度は地域住民からの声を聞き、事業所が介入することで実際に利用につながった事例もあり、必要に応じて対応されています。		
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>				
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	定期的又は必要に応じて、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)		アセスメントが実施され、利用者や家族のニーズが反映される内容になっています。ケアカンファレンスは様々な職種に参加を呼びかけ、専門的な意見が取り入れられています。個別のケアプランが作成され、家族の同意も得られています。医師への意見照会をはじめ、理学療法士に個別機能訓練について意見を取り入れながら直接指導を仰いだり、歯科医師や歯科衛生士の意見を取り入れてケアプランに反映されています。「ケアプランチェック表」には個別に提供したサービスを毎日記録し、チェック項目以外の内容は文書で書き残されています。「ケアプランチェック表」を基に3か月毎にモニタリングし、結果は各部署の担当者に回覧され、必要に応じてケアプランが変更される体制が整えられています。		
<b>(4)関係者との連携</b>				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		受診時は入所者の状況を記載した「診療依頼書」を医療機関に渡し、医療機関で受診結果が記入されるようになっていきます。更に入院になった場合は「情報提供用紙」を医療機関に提供し、退院時は看護サマリー等を通じて情報交換できる体制ができています。		
<b>(5)サービスの提供</b>				
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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		各業務マニュアルは各フロアにファイルがあるだけでなく、パソコン上でも必要な情報が適宜閲覧できるようになっています。毎年各マニュアルは委員会でも内容を検討・改訂される機会をもたれています。毎月マニュアルの内容に則した勉強会が行われ、職員の理解が得られるよう取り組まれています。利用者の記録は介護ソフトに入力され管理されています。介護ソフトによる入所者情報の職員間の共有だけでなく、連絡ノートを作成され、閲覧者は確認のサインをすることで確実に共有化されています。毎月のケース検討の中で職員間の意見集約を行う仕組みがあります。毎年4月と9月の年2回行われる家族懇談会でサービス提供時の状況を伝えられている他、ケアカンファレンスへの出席を求めたり、電話での意見交換や手紙での近況報告もされ、情報交換に努められています。		
<b>(6)衛生管理</b>				
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、スタッフ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)		写真入りのマニュアルが作成され、内部研修は嘔吐物の飛散状況を把握するため、ヨーグルト等を使用しながら実践的に行われています。最新情報はインターネット等から入手され、感染防止委員会から事業所内メール等を通じて全員に周知が図られています。施設内の衛生管理等に関しては環境委員会が中心となり清掃方法や臭気対策等についての検討が行われています。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
(評価機関コメント)		事故対応マニュアルが作成され、年に2回消防署立会いの下、防災訓練が実施されています。地域の自主防災会と防災協定を締結されており、災害時には協力できる体制がとられています。事故報告書、ヒヤリハット報告書が作成され、事業所内メールで全職員が閲覧できるようになっています。リスクマネジメント委員会で原因分析と再発防止に取り組まれています。事故内容をデータ化されていることで事故の起こりやすい時間帯も把握されていました。		

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

#### IV利用者保護の観点

(1)利用者保護				
人権等の尊重	30	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	31	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	32	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)		基本理念や「私たちの約束」のなかに尊厳の保持に関する内容が盛り込まれ、事業所内やスタッフルーム内にも掲示されています。人権研修等行われ、職員の意識向上に努められています。プライバシー保護についてもマニュアルが作成され、事業所内で研修が行われています。入所検討委員会で入所者が選定され、対応が困難ケース(暴言暴力・要医療処置)の受け入れもされています。		
(2)意見・要望・苦情への対応				
意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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	B
(評価機関コメント)		各フロアに意見箱が設置され、投かんされた意見はサービス向上委員会で検討されています。担当ケアワーカーや生活相談員への相談体制をとられ、家族懇談会やアンケートをとられてサービス向上に努められています。苦情等は「苦情・相談記録表」に記載されて、内容と対応はホームページや事業所内へ掲示することで公開されています。第三者で構成された第三者委員会へ苦情を申し立てできる体制がとられています。市民オンブズマンや介護相談員の受け入れに関しては未だ実現されていませんが自治体への申し入れはされています。		
(3)質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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	38	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)		アンケートが行われ、サービス向上委員会で対応が検討されています。結果についてはホームページで公開され、懇談会で報告されています。サービス向上委員会は毎月開催され、議事録は事業所内メールで全職員が閲覧できるようにされています。管理者、職員全員が「塔南の園ケアチェックポイント」を実施し、自己のケアの振り返りや課題の把握に努められています。		