

アドバイス・レポート

平成 28 年 3 月 29 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 28 年 1 月 18 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

特に良かった点とその理由 (※)	1) 組織体制 デイ会議、運営会議、代表者会議等案件別に意思決定の方法が定められて、職員の意見を反映できる仕組みになっていました。 また、管理者との面談も年 1 回実施されており、上司や上司以外の職員同士でも相談し合える関係がありました。職員ヒアリングでも「働きやすい職場である」ことを確認することができ、風通しのよい職場環境を組織的に構築されていると思われます。 2) キャリアパスシステムに沿った研修体系の充実 法人全体でのキャリアパスシステムに沿った研修体系に基づき、職位によって修得すべき知識や技術のレベルが明確にされています。個々の職員にとっても自分のレベルで求められる内容が明らかになっていることで、研修目標や個人の目標を立てやすい環境が整えられています。希望する研修については研修稟議の仕組みが整備されており、参加されていました。 3) 事故・緊急時の実践的な対応 事故・緊急時マニュアルの整備や研修は実施されており、事故の検証やミーティングで再発予防対策の話し合いもされていました。過去に施設から行方不明の利用者が出て対応に苦慮したため、実際に職員が徘徊の利用者役となり、施設外に出てもらい、職員が安全を確保する実践的な訓練が実施されていました。施設内外にかかわらず利用者の安全を守るという職員の意識の高さが窺えました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1) プライバシーへの配慮 トイレの出入口や各個室の入り口にはカーテンが設置されていましたが、排泄の場面は、プライバシーの観点でも特にデリケートな部分です。ハード面での制約はあると思いますが、利用する側の立場に立っての配慮をもとに、何らかの改善点が望めます。 2) 業務マニュアルの見直し・更新 各種業務マニュアルを整備してスタッフルームに配置されていましたが、実際には活用されていない様子が職員ヒアリングからうかがえました。マニュアル類を整備・配置するだけでなく、新しい情報の追加や見直しのタイミングなど、施設の実態に応じた標準手順書としての活用が必要と思われます。

	3) ホームページの充実とわかりやすい情報公開 担当職員の法人内の異動により、ホームページの更新がされていませんでした。ブログでは最近行われた行事の様子なども掲載されていましたが、一部専門的な表現があり、一般の方にはわかりづらいものになっていました。 利用者、家族に対して年に1回利用者満足度アンケートを実施し、その結果は公開されていました。内容についても職員間で協議し、要望や苦情があった際にも速やかに対応されていますが、公表した文書は文字のみの表現であり、利用者・家族には理解し難いものとなっていました。対応した内容や結果をわかりやすく公開することで更に透明性のある組織につながると考えられます。 4) 第三者への相談機会の確保 第三者委員を定め、重要事項説明書への記載や館内の掲示等周知が図られていましたが、事業所外の第三者への直接利用者の相談の機会は確保されていませんでした。第三者委員等が施設へ訪問する機会を設け、利用者アプローチする環境も検討されてはいかがでしょうか。
具体的なアドバイス	1) プライバシー環境への配慮 職員のプライバシーに関する意識は高いものを感じますが、トイレの出入り口や各個室の入り口がカーテンという環境は、プライバシーの観点から見ても不十分だと考えられます。施設の築年数等からハード面の限界はあると思いますが、トイレ全体の環境整備をすることで、利用者が安心して排泄できる場所になると考えられますので、ハード面の改善を検討されてはいかがでしょうか。 2) マニュアルの見直し・更新 チームケアの実践にはマニュアルは必要不可欠です。なぜ、マニュアルが必要なのかを職員間での再確認が必要であると考えられます。各部署の特色を生かした事業所独自のマニュアルにするために、それぞれの現場の職員が参画した形でマニュアルの作成をされてはいかがでしょうか。 3) ホームページの充実とわかりやすい情報公開 ホームページやブログなどは、常に新しい情報を記載するとともに、誰が見てもわかる表現を使うことが望ましいと考えられます。利用者満足度アンケートの結果の集計については、グラフなども活用し、見る側にとってわかりやすい工夫をされてはいかがでしょうか。その上で、ホームページ等で公開されると更に有効な活用ができると思います。

具体的なアドバイス	4) 第三者への相談機会の確保 施設の方針として、日常的に利用者との関わりを丁寧に行っており、相談窓口や第三者委員の連絡先の明示、定期的な利用者アンケートの実施など、利用者の思いや意見を汲み取る体制は整備されていますが、利用者の立場からは体制が整えられていても自ら進んで相談していかれることは少ないのではないかと思います。今までの地域への関わりを活かして、例えば民生児童委員、老人福祉員等に、第三者的な立場でご利用者の声を聴き取って頂く役割を依頼されてはいかがでしょうか。 また、法人の第三者委員に定期的に訪問して頂くなど、利用者にとってより身近で相談しやすい環境を工夫されれば、施設での取り組みがより充実していくと思われます。
------------------	--

※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)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護老人福祉施設、短期入所生活介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年2月2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)		1) 法人の理念をふまえて事業所独自の理念が定められており、玄関やフロアに掲示され周知されています。2) デイ会議、運営会議、代表者会議等、階層的な意思決定の仕組みが整えられています。			
(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)		3) 法人の中長期計画をもとに事業所独自の中長期計画が策定されており、各部署毎の事業計画も策定されています。4) 事業計画に対して半期ごとに達成度の確認が行われています。			
(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)		5) 法人内に配置された弁護士が、法令遵守に関する研修を実施されています。6) 管理者は、年1回個々の職員とヒアリングを実施され、各部署の会議にも出席するなど職員の声を聞く機会を積極的に持たれています。7) 事業の実施状況は業務日誌で確認し、緊急時の対応等の際は適切な指示を出されています。			

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
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)		8) 法人で資格取得の講座を実施し、資格取得者には、給与面での評価もされています。9) 年間の研修計画が作成されており、新規採用者には、プリセプター制度を導入されています。研修制度も初級・中級・監督職等、階層別に体系を整えられています。10) 社会福祉士、介護福祉士等の実習生も多数受け入れており、実習指導者も複数配置されています。		
(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) 希望の休暇や有給休暇の取得にも配慮され、職員ヒアリングからも働きやすい環境であることが確認できました。12) 職員の相談対応として2名の職員が任命されており、事務所内に顔写真入りで掲示されています。法人内に配置された弁護士にも相談できる仕組みがありました。		
(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)		13) 併設されている児童館との交流は定期的実施され、地域の保育所や小学校などとも交流があります。広報誌やホームページを通じて情報公開されています。14) 認知症サポーター研修の講師を派遣し、地元高校へも認知症の理解のために出前講義を実施されています。		

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)		15)施設の広報誌を発行し、ホームページでの情報提供もされていましたが、一部更新されていない部分がありました。ホームページの内容を充実させてより多くの情報の発信をされてはいかがでしょうか。		
(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)現在は、本人に代わり成年後見人と契約を結ばれている利用者はおられないとのことでしたが、過去には利用者本人に契約能力がない場合は成年後見人と契約を結ばれ、適切に対応されていました。		

(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) 定期的にあセスメントは実施されていますが、それ以外にも心身の状態や生活状況に変化が生じた際は再アセスメントを行われています。18) 個別援助計画の作成の際、ご本人・ご家族の意向を尊重して作成されています。19) 利用者の退院前カンファレンスにも参加し、個別援助計画に反映されています。20) 個別援助計画の見直しは担当職員を決め行われています。			
(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) 利用者毎に医療情報シートを作成し、救急時等には既往歴や主治医などがすぐに伝えられるようにされています。			
(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	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。	A	A	
(評価機関コメント)		22) 年度初めに業務マニュアルの見直しを行われていますが、マニュアルの活用ができていないとのことでしたので、使えるマニュアルの工夫をされてはいかがでしょうか。23) パソコンの使用や書類の管理についてルールが徹底されていました。24) パソコンの介護ソフトや法人内ネットツール、事業所内の申し送りノートにより情報共有を図られていますが、内容によっては重なっていることもあり、効率化の観点から記載方法の整理も必要と思われました。25) 連絡ノートで常に情報交換が行われています。			
(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)		26) 感染症のマニュアルも整備され、研修も実施されています。ノロウイルスやインフルエンザ等の対策として、フロアに嘔吐対応の備品を設置し、随時温度・湿度をチェックし必要に応じ換気を実施されています。27) 施設内は、清掃がいきなり清潔な環境が保たれていましたが、一部物品の整理整頓が不十分な部分が見受けられました。			
(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)		28) 利用中に行方不明になった事例を想定して模擬訓練を実施されています。29) 夕方のミーティングで、発生した事故の分析を行ない、事故予防に努められています。30) 施設内の防災訓練も実施し、地域との防災協定も結ばれています。			

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
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)		31) 虐待防止・権利擁護については内部研修を実施し、高齢者疑似体験も全職員に研修を義務付けられています。32) トイレの出入り口や各個室の入り口がカーテンという環境は、プライバシーの観点から見ても、不十分な面があると思われます。プライバシーが守れるようにトイレ内のカーテンについて環境改善を検討されてはいかがでしょうか。33) 利用申込みは、申し込まれた順番で全て受け入れられています。			
	(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	公的機関等の窓口に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)		34) 1年に1回、利用者アンケートを実施されています。意見箱も設置されているが有効に活用ができていないとのことなので、意見が入る工夫をされてはいかがでしょうか。35) 受け付けた苦情や要望などは、フロアに掲示されていますが、ホームページ等で広く公開されてはいかがでしょうか。36) 重要事項説明書に公的機関の相談・苦情窓口の連絡先を明記し、利用者・家族に周知を図られていますが、直接利用者の第三者との相談の機会は確保されていませんでした。			
	(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)		37) 年1回利用者アンケートを実施し、利用者・家族にも結果を報告されています。アンケートの結果報告について、グラフの利用等見やすい工夫をされてはいかがでしょうか。38) 施設内の会議や法人内のデイサービス会議でもサービスの向上の話し合いがされています。39) 毎年第三者評価を受診し、その結果をサービスの質の向上に活かされています。			