

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 2 月 12 日

平成 25 年 1 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 京都市菊浜老人短期入所施設様につきましては、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>管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の意見を聴く機会として、年 1 回の個人ヒアリングに加えて随時管理者に話すことができ、事業に反映されました。管理者に対する評価は、法人事業部が直接職員の思いを聞き取る体制がありました。 <p>ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 給与明細の裏面を利用し、法人総務部から福利厚生等の案内を周知され、利用につなげておられました。 <p>利用者の家族等との情報交換</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 機関紙「菊浜たより」で事業所の様子を知らせ、退所時には「菊浜メモ」を手渡し入所時の様子を積極的に情報提供されていました。 <p>人権等の尊重・プライバシー等の保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 身体拘束禁止や高齢者虐待防止法、プライバシー保護などの研修を計画的に実施し、全職員が意識してサービス提供が出来るよう取り組んでおられました。また現場においても、施設内での注意事項の掲示、同性の介護に努めるなどきめ細やかな配慮が実施されていました。
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>個別援助計画等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 退所時にカンファレンスを行い、利用時の状況を「菊浜メモ」として利用者や家族、事業所に情報提供されていましたが、個別援助計画通りにサービスが行われているか確認する仕組みがありませんでした。 <p>意見・要望・苦情の受付</p> <ul style="list-style-type: none"> 家族懇談会や個人面接などを定期的には実施されていませんでした。 <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> 苦情はリスクマネジメント委員会で検討し、組織として対応し機関紙に改善点の報告を掲載されていましたが、内容が不十分でした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>個別援助計画等の見直し</p> <ul style="list-style-type: none"> 計画通りにサービスが行われているか確認することで、残された課題や新たなニーズが明らかにされます。計画上設定された目標が達成できたかどうか確認できる仕組みとして評価しやすい書式を整えられてはいかがでしょうか。 <p>意見・要望・苦情の受付</p> <ul style="list-style-type: none"> 毎月利用される方が多い施設でもあるため、日頃の困ったこと・相談などの交流・懇談する機会を設けられてはいかがでしょうか。例えば行事のある日に実施するなど参加しやすい方法を考えられてはいかがでしょうか。 <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <ul style="list-style-type: none"> 改善事項などをホームページや機関紙などで公開されると、より透明性を確保でき、利用者や家族、地域からの信頼度をさらに高めることができるのではないのでしょうか。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用者が法人外の苦情解決第三者委員に直接アクセスできる体制作りの検討をされてはいかがでしょうか。 法人内の長寿すこやかセンターと連携して、昼夜問わず緊急ショートの迅速な受け入れなど、利用者や家族、地域に貢献されていました。

※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	2670400387
事業所名	社会福祉法人京都市社会福祉協議会 京都市菊浜老人短期入所施設
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)	介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成25年1月21日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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)		・理念は名刺・FAX送信票・封筒に明記し、玄関・食堂・スタッフルームにも掲示され、利用者・職員・外来者等に周知されていました。 ・毎月のリスクマネジメント委員会をはじめ、各種委員会を設置することで、職員の意見が反映される仕組みがありました。			
(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)		・法人事業計画を基に事業経営目標を設定し、推進計画として数値的・職種別・委員会活動別に策定し、半年毎に見直されていました。			
(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)		・経営研修は、法人の管理職研修で毎年実施し、自主点検は年1回主任会議で実施されていました。また、毎月の職員会議で法令改正時に随時周知されていました。 ・組織図・業務分掌により管理者の役割が明記されていました。また職員の意見を聴く機会として、年1回の個人ヒアリングに加えて随時管理者に話すことができ、事業に反映されていました。管理者に対する評価は、法人事業部が直接職員の思いを聞き取る体制がありました。 ・管理者は毎日ミーティングに参加し、業務日誌・申し送り表で事業の実施状況を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
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。	B	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・有資格者を優先採用し、88%の職員が各種資格保有されていました。また資格取得の費用支援等が行われていました。 ・研修体制は充実しており、法人が運営する研修センターへの参加や長寿すこやかセンターとの共催、また施設独自の内部研修委員会による研修が行われていました。 ・実習生マニュアルを整備し、中学・高校・大学等数多くの実習の受け入れをされていました。 		
(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、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な環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・職員個別のヒアリングを年1回実施し、就業状況を確認することで労働環境に配慮されていました。 ・給与明細の裏面を利用し、法人総務部から福利厚生等の案内を周知され、利用につなげておられました。 		
(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。	B	B
		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)		<ul style="list-style-type: none"> ・毎月施設の機関誌を作成し利用者等に配布されていましたが、情報の公表制度等の情報は地域に広報されていませんでした。 ・菊浜学区のすこやか学級に参加し、相談等を行っておられました。 		

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
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)		・ホームページに加え、パンフレットの字は大きく見やすく、情報提供されていました。利用者からの相談受付は随時行い、経過、結果も記録されていました。		
(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)		・重要事項説明書に分かりやすく明記し、同意が得られていました。法人地域支援部と連携し、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の情報提供をされていました。		

(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	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身や生活状況を踏まえたアセスメントを入所の都度行い、個別援助計画が策定されていました。また退所時にはカンファレンスを行うことで課題やニーズの把握に努めておられました。 ・利用時の状況を「菊浜メモ」(情報提供書)として利用者や家族、事業所に情報提供されていますが、個別援助計画通りにサービスが行われているか確認する仕組みがありませんでした。 		
(4)関係者との連携				
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関と密に連携をとり、虐待ケースの緊急ショートを受け入れておられました。 		
(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、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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルは年1回と必要時に変更し、全体会議録に記載されていました。 ・朝夕の申し送りや「申し送りノート、リーダーノート、みんなのノート」を活用し職員間で情報の共有を図っておられました。 ・送迎時や電話により随時情報を交換し、退所時には「菊浜メモ」を手渡すことで利用時の状況を知らせておられました。 		
(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、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)		<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルは写真等を活用し理解しやすく作成されていました。また感染症関係の通知等を回覧することで職員に情報を伝達されていました。 ・事業所内は整理整頓され、また空気清浄機やオゾン発生装置を設置し、事業所内の衛生管理に努めておられました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ひとまち交流館との共同火災避難訓練を実施されていました。 ・利用者の入退所が多く、事故発生後の対策がとりにくいが、毎月のリスクマネジメント委員会で事故発生時やヒヤリハットを分析し、対策をとる仕組みがありました。 		

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束禁止や高齢者虐待防止法、プライバシー保護などの研修を計画的に実施し、全職員が意識してサービス提供出来るよう取り組んでおられました。また現場においても、施設内に注意事項を掲示し、同性での介助に努めておられました。 ・基本的に断らない体制にあり、緊急ショートを受け入れも迅速に対応されていました。 		
(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。	B	B
		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	B
		第三者への相談機会の確保	35	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・家族懇談会や個人面接などを定期的には実施されていませんでした。 ・苦情はリスクマネジメント委員会で検討し、組織として対応し機関紙に改善点の報告を掲載されていましたが、内容が不十分でした。 ・市民オンブズマンや介護相談員等は受け入れておられませんでした。 		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査を年1回実施し、リスクマネジメント委員会やケア検討員会で分析、検討して具体的にサービス改善向上につながる仕組みがありました。 ・第三者評価を3年に1回受診されていました。 		