

アドバイス・レポート

平成22年2月1日

平成21年10月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた京都市陶化ケアプランセンターにつきましては、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>(通番14)地域への貢献 平成17年より事業所を開放し、地域住民の【葉ざくら会】との交流が月に2回継続的に行われており、スタッフもボランティアとして毎回参加する等、積極的な交流がなされており、他事業所の模範となる活動として高く評価できます。</p> <p>(通番24)職員間の情報共有 ミーティングや会議を通して情報収集や研修の伝達講習などが効率よく行われ、全スタッフで情報の共有ができるように工夫されています。</p> <p>(通番38)評価の実施と課題の明確化 前回の第三者評価を受診された後、早急に改善に取り組まれるなど、サービスの向上に積極的に取り組んでおられる事は高く評価できます。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番12)ストレス管理 スタッフの休憩場所の確保が困難なようです。リラックスできる環境の確保を臨みます。事務スペースで昼食を取っている現状は、業務の効率や気分転換を図る機会を損ねていると考えます。</p> <p>(通番22)業務マニュアルの作成 マニュアルは作成されていますが、1年に1回以上の見直しがされていません。</p> <p>(通番34)意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 意見・要望・苦情等への対応内容とそれに伴うサービス改善状況を掲示する予定はあるようですが、未だ実施されていないようです。</p>
<p>具体的な アドバイス</p>	<p>(通番12)ストレス管理 業務から離れて休憩を取り気分転換を図る事は、業務の効率化につながると考えます。スタッフが気持ちよく働ける環境作りに工夫をお願いいたします。</p> <p>(通番22)業務マニュアルの作成 全てのマニュアルを1年に1回以上見直しされ、改善の必要が無い時も、見直した日付を記入されることをお勧めします。 又、マニュアルに索引を付けるなどして誰にでも分かりやすい工夫をされてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番30)人権等の尊重 人としての尊厳を考える時、身体拘束排除への意識付けは大切な事だと思います。予定通りに行えなかった時は日時を改めて研修を行っていただくようお願いいたします。</p> <p>(通番33・34)意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 日頃の利用者とのかわりの中でコミュニケーションを図っておられますが、意見・要望・苦情等をより積極的に吸い上げる仕組みを検討していただき、利用者へのフィードバックを確実に実施し、より透明性を高めていただければと思います。 苦情については、改善状況を掲示予定との事なので、早急に進められてサービスの向上につなげていかれますことを期待いたします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670500095
事業所名	社会福祉法人 京都市社会福祉協議会 京都市陶化ケアプランセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	平成 21年 12月 24日
評価機関名	社団法人全国老人保健施設協会 京都府支部 京都府老人保健施設協会

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)		法人の理念及び方針と施設独自の理念及び方針を掲げ、理事会⇄法人内プロジェクト会議⇄施設長会議⇄ブロックケアマネ会議(市内4ブロックに分割)⇄職員会議にて、議論された内容や意見を吸い上げる体制が確立されています。		
(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)		3事業(通所・包括・居宅)の職員個々の意見が反映された、年次の事業計画と経営計画を策定し、中・長期計画と併せて文書化して月次の職員会議で課題の評価を行い、また半期毎に達成度の評価を取りまとめ、会議にて報告されていて、計画の実効性を高める取り組みが組織的に実施されています。		
(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)		市内14ヶ所の居宅を4ブロックに分けて、ブロック内会議にて実地指導や外部研修等の情報交換を行い、内部会議にフィードバックされています。また、新型インフルエンザ対策として、事前に、リスト化した感染時の個別対応策を立てられ、情報の共有が図られています。		

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
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)		主任ケアマネの資格取得、研修については法人内で年に2回、ブロック毎で2週間に1回開催し、OJTについては、常に全員でケースを検討し、対応する事が実践されています。実習生の受け入れに関しては、社会福祉士の実習生を受け入れています。		
(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、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。	B	B
		(評価機関コメント)		月次平均超過勤務時間が約13時間、年次有給休暇も概ね取れているようです。ストレス対策として、(財)京都工場保健会との提携で「こころの健康相談室」を開設されています。休憩を事務室でとっていて、電話対応や窓口対応を必要とされる状況は環境が整っているとは言いがたく、配慮が必要でしょう。		
(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)		地域住民からの要望を受けて開設された設立経緯があります。平成17年からは「葉ざくら会」を月に2回開催されています。75歳以上の地域住民が毎回50名～60名参加されるほど盛況な会で、スタッフも毎回、ボランティアとして参加されています。また、地域の開業医を含め、関係機関と「東九条地域における医療と福祉のネットワークを発展させる会」を東九条の在介センターと共に中心になって3週間に1回開催されています。他の参加団体は「訪問介護、訪問看護、南口腔ケアセンター、区社協、区役所」と幅広く、地域への参加も呼びかけています。		

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)		法人としてのホームページやパンフレットの他、広報誌を発行して情報の提供をしています。		
(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)		重要事項説明書や「すこやか進行中」等の資料を使用して説明し、ご本人や代理人と契約を結び、必要に応じて日常金銭管理の覚書を交わしながら対応をされています。金銭へのかかわりは複数で対応するなどの配慮もされています。		
(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)		医師がサービス担当者会議に参加できない時は、直接主治医に会い照会をされるなど細やかな意見照会をされています。利用者、家族、各関係機関から情報収集してアセスメントを行い、個別援助計画に繋げています。東九条ネットワーク連絡会にも参加をして情報収集を図っています。		
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
(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)		緊急時は、かかりつけ医に連絡をして対応されています。入退院時には地域連携室を通じて情報の交換を行いながら、退院後の受け入れ態勢を整えています。		
(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、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	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)		業務マニュアルは索引が無いため、使いにくいものになっています。マニュアルの見直しはされていますが毎年ではなく、また改定をされた日付の記入漏れもありました。書類の管理は退社時の施錠を徹底されています。職員間では毎日のミーティングや週に1回の会議で情報交換や意見交換をされています。		
(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、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	B
	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)		新型インフルエンザ発生時については、個々に応じて対応できるように、利用者や家族と確認ができています。感染症対策マニュアルは作成されていますが、毎年の見直しができていません。		
(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)		防災訓練や自衛消防隊などで緊急時、非常災害時の備えはできています。事故やヒヤリハット発生時は職員会議で検証を行う体制をとられています。		

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
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	B
		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)		人権や意思の尊重について、理念や運営方針でも明文化できています。マニュアルを通して職員への身体拘束禁止の意識付けをされていますが、高齢者虐待についての研修ができていません。		
(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。	B	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。	A	A
		(評価機関コメント)		ユーザーアンケートなどで要望を聞く体制ができています。苦情については全職員に伝達し、解決に向けての対応をしていますが、対応内容が利用者個人の記録に残されているだけでした。苦情内容受付から対応までを一枚の書類にまとめて管理されてはいかがでしょうか。		
(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)		利用者アンケートの結果を会議で検討し、事業所計画を作成されています。サービス提供時の留意事項などは、週1回の会議で伝達するなどして全職員に周知徹底できています。事業計画については、前期、後期の評価を職員全員で行っています。		