

アドバイス・レポート

平成 27 年 2 月 13 日

平成 26 年 9 月 24 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 七野会 金閣こぶしの里デイサービスセンター 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 13 地域への情報公開) 町内会に加入してルームの貸出など地域との積極的な交流を図っています。法人の広報誌「なのの」および事業所のスケジュールを掲載した「たより」を学区社協などの地域の関係団体に配布して周知を図っています。また、介護サービスの過疎地域である小野郷・中川地域にも積極的に出向き、すこやか健康教室を開催しています</p> <p>(通番 25 利用者の家族等との情報交換) 連絡ノートに写真画像などを添付してわかりやすく利用者の日常の様子を伝えたり、送迎時などに家族から必要な情報を得たりしていました。また、サービス担当者会議にも利用者や家族が参加し、情報交換を行っておられます。</p> <p>(通番 29 事故の再発防止) 職員は事故だけでなく、日々の出来事報告、気づき報告として提出しています。月間内に発生した事故については部門会議において報告し、迅速に対応するとともに再発防止に努めています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 記録の管理については新入オリエンテーション等で研修が実施され、誓約書が交わされています。記録の管理体制については、記録の保管・持ち出しに関する規定は重要事項説明書に記載されていますが、記録の保存・破棄に関する取り扱い規定は整備されていませんでした。</p> <p>(通番 32 プライバシー等の保護) 入浴時の脱衣やオムツの交換などプライバシーに配慮したサービスを行っていましたが、研修等の記録が確認できませんでした。</p> <p>(通番 37 利用者満足度の向上の取り組み) 利用者に対する満足度調査が実施されていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>金閣こぶしの里デイサービスセンターは、わら天神交差点より西へ入ったところにあり、平成22年4月に開設された事業所です。</p> <p>法人理念に基づき事業所独自の理念を定め、併設する訪問サービス、入浴サービス、配食サービスと連携をし、一体的にサービスの提供を行っています。</p> <p>明るく家庭的な雰囲気ของ デイサービスを目指しておられ、お風呂は木の個浴槽、プログラムとしては外出活動やおやつ作り、曜日ごとで競うオリジナルレクリエーションなど日々の取り組みに対する工夫がなされています。職員間においても、ミニ学習会やケースの振り返りをこまめに行い、利用者の情報共有もしっかりとされています。</p> <p>また、危機管理として事故だけでなく、気づき報告、出来事報告もあげてもらうなど安心して生活してもらえるような取り組みも行われています。</p> <p>地域との関係も良好で町内会にも加入してイベントの案内を配布したり部屋の貸出などの交流も図っています。また、北区の間地であり、介護サービスの過疎地域である小野郷・中川地域にも積極的に出向き、すこやか健康教室を開催していることは高く評価できます。</p> <p>今後も地域の高齢者福祉サービスの拠点としてさらに展開していかれることを期待します。</p> <p>以下、今回の評価で気がついた点をアドバイスします。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人権等の尊重、プライバシーに関して実践としては行われていますが、再度振り返りのため、事業所内における研修をされてはいかがでしょうか ・災害に関する訓練について、実践的な訓練が行えていないということでした。地域と連携して想定訓練を行うとともに地域を意識したマニュアルの作成をされてはいかがでしょうか ・利用者に対する満足度調査が実施されていませんでした。年に1回は調査を行い、さらなるサービスの質の向上につなげていかれてはいかがでしょうか。 ・法令遵守について法人内にて研修等を行っているほか、自主点検表に基づき確認も行っていますが、事業所に必要な関係法令の整備ができていませんでした。リスト化をされることをおすすめします。
------------------	---

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670100821
事業所名	金閣こぶしの里デイサービスセンター
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)	訪問介護、介護予防訪問介護、 介護予防通所介護
訪問調査実施日	2014年12月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)法人の理念の他に事業所独自の理念を作成し事業所内に掲示している。年度初めの総括会議及び毎月の部門会議においても確認を行っている。利用者・家族には「利用のしおり」にて説明している。 2)法人内には各種委員会、事業所内担当(学習会、実習など)の設置がされている。また毎月の部門会議、役員会議で職員の気づきや意見などを反映する仕組みがある。			
(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)法人で中長期計画を策定し、それに沿った事業計画が作られている。事業所内においても年度初めにスローガンを掲げ、それに基づき月間目標を立てている。 4)上半期、年度末の振り返りを行うとともに毎月の部門会議において課題の達成状況を確認している。			
(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。	B	B	
	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。	B	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)法人内において法令遵守にかかる研修等を行っているほか、自主点検表に基づき確認を行っている。関係法令のリスト化ができていない。 6)職務分掌、各種規定があり役割や責任が明記されている。上司に対する意見等についてはアンケートを行っている。 7)管理者(施設長、主任、副主任)のいずれかが常に現場に常駐している。朝礼ミーティングへの参加、業務日誌での確認を行っている。緊急時には携帯電話で連絡が取れるようになっている。			

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) 正規職員への登用試験を年複数回行っている。資格取得にあたっては法人内における受験対策講座を開催や取得時の費用負担等の支援を行っている。 9) 法人にキャリア開発支援部があり、階層別研修が定められている。部門でも年間計画を立て毎月学習会を行っている。外部研修についても事業所内に掲示し参加を促している。 10) 法人全体で「実習生受け入れマニュアル」を作成し、受け例を行っている。また、実習前の見学も積極的に受け入れている。		
(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) 法人として育児休業や介護休業、セクシャルハラスメント規定を整備している。シャワーチェアや入浴ボード等を活用し労働環境に配慮しているだけでなく、個浴タイプの浴槽では手すりや脚台など置いて安全面にも配慮している。 12) 法人として外部の相談窓口と契約をして無料でカウンセリング等が受けられるよう職員に周知している。職員の休憩室も十分に休息が取れるように確保している。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		13) 町内会に加入して交流を図っている。法人の広報誌「ななの」及び事業所の毎月のスケジュールを掲載したたよりを学区社協など地域の関係団体に配布している。 14) 地域の会合にルームを貸出している。小野郷学区などに出向きこやか健康教室を開催している。一方で事業所としては地域住民に対する相談事業等を実施できていないと認識されている。		

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)		ホームページやパンフレット等で事業所の情報を提供している。見学者にも随時対応し、送迎・入浴・食事つきの体験利用も実施している。		
(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)		サービス内容や料金等が記載された重要事項説明書をもとに説明を行い、同意を得ている。また、現在のところ実ケースはないが、利用者の権利擁護のための仕組みも備えている。		

(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。	B	A	
(評価機関コメント)		17)日常生活動作を中心とした独自のアセスメントシートを活用し、利用前の面接時や介護認定更新時にアセスメントを実施している。 18)利用者や家族の希望は初回面接時に聞き取り、通所介護計画書を作成し同意を得ている。19)サービス担当者会議で専門家の意見を聞き、計画書に反映させている。 20)二か月に一度モニタリングを実施し、利用者の状況を確認して計画を見直している。			
(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)		必要時は、ケアマネージャーを通じて医師との連携体制が確保されているが、個人ファイルにも主治医や関係機関の連絡先が記入されている。			
(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。	B	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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	
(評価機関コメント)		22)事業所独自の看護業務マニュアルや認知症マニュアルを整備し、毎年見直しをされているが、顧客満足度調査ができていないため、サービスの具体案が反映された見直し方法とまでは至っていない。 23)記録の管理についての研修は行われているが、保存や廃棄など管理体制に関する規程が不十分であった。 24)毎朝のミーティングや業務日誌から職員間で情報を共有し、月1回のモニタリング会議でも利用者の情報交換が行える仕組みになっている。 25)連絡ノートを活用や送迎時等で家族との情報交換を行っている。また、定期的に家族と面接をする機会も設けている。			
(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)看護師による感染症学習会を開催し、感染予防に努めている。事業所独自の感染症マニュアルも整備されている。 27)業務終了後に毎回職員が清掃を行う他、二か月に一回は床清掃を外部業者に委託している。			

(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		28)緊急時対応マニュアルを作成している。2ヶ月に1回、部門会議において総括し対応策を検討している。実践的な訓練ができていない。 29)職員には事故だけでなく出来事報告、気づき報告として出してもらっている。月間内に発生した事故については部門会議において報告し再発防止に努めている。 30)災害マニュアルを作成し、火災を想定した訓練等をおこなっている。しかし、地域を意識したマニュアル作成、訓練がなされていない。		

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	B		
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。	B	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)運営規程、重要事項説明書に利用者の意思尊重や身体拘束を行わない旨が記載されており、利用者にも説明を行っているが、研修の開催についての記録確認ができなかった。 32)入浴時の脱衣やオムツの交換などプライバシーに配慮したサービスを行っているが研修等の記録が確認できなかった。 33)新規申し込みについては、医療処置のある方等も含め受け入れを行っている。定員を超えることが予想される場合は法人内の他事業所を紹介している。				
(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ご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	A		
(評価機関コメント)		34)苦情受付担当者及び責任者を定め、苦情があった場合は苦情報告書に記録するとともに対応を行っている。毎月の部門会議でも話しあっている。 35)苦情対応マニュアルを整備するとともに、結果については法人においてとりまとめ広報誌「なの」で公表している。第三者委員を設置し、報告を行っている。 36)重要事項説明書に公的機関等について記載している。また、第三者委員について事業所内に掲示し周知を図っている。				
(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。	C	C		
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。	B	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。	B	B		
(評価機関コメント)		37)利用者満足度調査を実施していない。 38)毎月の部門会議等においてサービスの質の向上について検討が行われている。また、法人内の同種委員会、京都市デイサービスセンター協議会に参加し、情報収集、比較検討を行っている。 39)第三者評価を定期的に受診し、次年度の事業計画に反映している。年に1回以上の自己評価が行われていない。				