

様式 7

アドバイス・レポート

平成26年4月12日

平成25年12月14日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都市山科老人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 9) 継続的な研修・OJTの実施 法人全体で研修体系を定め、管理職・指導的職員・中堅・新人などの階層別研修や、情報セキュリティ、メンタルヘルス、交通安全などの希望参加型研修を実施しています。また、京都市内をブロック分けし、地域ブロックごとの勉強会を開催しています。</p> <p>(通番 12) ストレス管理 法人として『こころの健康相談室(京都工場保健会)』と契約し、給与明細表と一緒に連絡先や心の健康についての記事を掲載しています。さらに、年1~2回の職員ヒアリングを実施しています。柔道整復師を配置し、職員の腰痛等の相談に応じています。</p> <p>(通番 24) 職員間の情報共有 前回の利用時の特記事項を毎朝のミーティングで確認しています。毎日の業務日誌に利用者の特記事項を記載しています。毎日の朝・夕ミーティングや毎月の職員会議を開催し、職員の意見を集約し情報共有しています。サービス担当者会議には必ず参加して他事業所職員との情報共有を図っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番4 業務レベルにおける課題の設定) 単年度計画の各項目について半期ごとに見直しを行っていますが、部門ごとの課題設定はできていませんでした。</p> <p>(通番22 業務マニュアルの作成) 一日の流れや各場面に応じた業務マニュアルが作成されています。数年に1度マニュアルの見直しを行ってはいますが、見直しの基準が定められていませんでした。</p> <p>(通番35 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善) 苦情に関するマニュアルを整備し、対応方法を定めています。職員との会話の中で得た利用者の意見も、必要に応じて苦情報告として記録に残しています。しかし、意見・要望・苦情についての改善状況などの公開はできていませんでした。</p>
	<p>京都市山科老人デイサービスセンターは、JR山科駅の南側に位置し、社会福祉法人京都市社会福祉協議会が運営する施設です。デイサービスセンターは京都市山科総合福祉会館の1階にあり、山科区社会福祉協議会と山科中央老人福祉センターが併設されています。利用定員は1日37名で、「利用者の居場所づくり」をモツ</p>

具体的なアドバイス

トーにカラオケ・制作・麻雀・囲碁・将棋等のレクリエーションが多く、利用者が楽しんで参加されていました。

喫茶やおやつを無料提供されており、柔道整復師によるリハビリも実施されていました。また、利用者一人ひとりのニーズを把握した個別支援も大切にされており、一人暮らし利用者へのモーニングコール等の取組みは大変評価できます。

さらに、地域との交流がさかんで、毎日来所するボランティアとお話しや囲碁の対戦などで交流できることや、併設される老人福祉センターで開催される映画会やコンサート等に参加できることが、利用者の楽しみとなっていました。

ハード面では、廊下やトイレ・脱衣場・浴室以外はワンフロアとなっており、間仕切りなく見渡せる間取りは、利用者・職員の様子が常に把握でき安心感がある反面、入浴後の利用者が髪の毛を乾かしたりする様子やベッドで静養する様子等も見えるため、プライバシーへの配慮や一人で気持ちを落ち着かせたい方への対応場面に課題が感じられました。

第三者評価に対して法人として真摯に取り組まれており、3年に1回は必ず受診し、第三者評価の結果を現場の中に活かし改善につなげていく取組みは高く評価されます。今回の評価受診の中で気づかれたことについても、今後の実践に繋げて頂きたいと思います。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 介護業務、看護・機能訓練業務、厨房業務など、業務や職種ごとの課題を抽出し、改善を図る取組みをされては如何でしょうか。全体の課題や事業の課題と分けて、業務や職種ごとに課題を改善することが、職員のレベルアップやサービスの質の向上につながると思います。
- ・ 法令遵守の取り組みとして、法令のリスト化や職員に対しての遵守すべき法令の周知を実施されては如何でしょうか。
- ・ 管理者によるリーダーシップの発揮の中で、職員から信頼を得ているかを把握・評価する方法が明確にされていませんでした。管理者自らが現場職員に聞き取るのではなく、法人本部や法人内のデイサービス施設長が、代わりに職員からヒアリングや面談などで聞き取り、管理者の行動が職員からどのように評価を得ているかを確認する取組みをされては如何でしょうか。
- ・ 業務マニュアルの見直し基準が定められておらず、満足度調査や事故防止策などがマニュアルの見直しに反映されていませんでした。定期的にマニュアルの見直し、利用者の声や事故防止策などを反映させていくことで、職員により浸透するマニュアルになると考えます。
- ・ 利用者からの意見・苦情・要望についての改善状況について、公開されていませんでした。毎年寄せられた意見・苦情・要望やその改善状況などをまとめ、事業所内の壁に掲示したり、利用者の声として広報誌に掲載されては如何でしょうか。

※ 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	2674100249
事業所名	社会福祉法人京都市社会福祉協議会 京都市山科老人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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成26年3月20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「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)		1)法人の理念をもとに、職員間で話し合い、施設運営方針を定めている。法人の信条や事業所の運営理念・運営方針を施設内に掲示している。 2)案件別の意思決定方法が先決規程で定められている。役職ごとの会議や、月1回行われる職員会議で職員の意思が反映される仕組みがある。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3)法人で中・長期計画を策定している。利用者ニーズの分析を施設長会議で把握・分析し、単年度の事業計画を策定している。 4)単年度計画の各項目について半期ごとに見直しを行っているが、各部門ごとの課題設定はできていない。			
(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。	A	B	
	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)		5)法令遵守の研修や勉強会には参加しているが、リスト化や職員に周知する取組みは不十分である。 6)業務分掌に管理者の役割・責任が明記されていた。今年から行っている人事考課の中のヒヤリング等で職員の意見を聞く仕組みはあるが、職員から管理者の評価をする方法はなかった。 7)利用者の記録や業務日誌、会議録等で状況を常に確認している。管理者は常に施設内で指示できる状況にあり、不在の時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。	B	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)職員募集事項に必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方を明記している。資格取得についての講座に参加する費用を職場で負担するなど、資格取得支援を行っている。 9)法人全体で研修体系を定め、階層別の研修や地域ブロックごとの勉強会を開催している。 10)実習生受入れに関するマニュアルが整備されている。実習担当者の研修を開催している。		
(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、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)業務の見直しを行って時間外労働をほとんどなくし、労働環境の整備を図っている。育児休暇の取得事例がある。 12)法人として『こころの健康相談室』(京都工場保健会)と契約し、給与明細表と一緒に連絡先や心の健康についての記事を掲載している。柔道整復師を配置し、職員の腰痛等の相談にのっている。		
(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。	B	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)ホームページの開設や広報誌『山科デイ通信』を関係機関に配布し、地域への情報提供を行っている。併設する老人福祉センターでの映画会やコンサート・福祉まつり等に利用者が参加できるよう支援している。 14)老人福祉センターでの講演会の講師を派遣している。管理者が山科区地域福祉計画の策定メンバーとなっている。		

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
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) 毎月発行の広報誌『山科デイ通信』の中で、各事業所の取組みや最近の行事などの写真を掲載し、外部の人がわかりやすいように情報発信している。見学や問い合わせ、体験利用の希望に対応している。			
(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)		16) 重要事項説明書を用いて内容や料金の説明を行い、同意を得ている。利用者の判断能力に支障がある場合は、ご家族や成年後見人と契約締結している。			
(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)		17) 所定の様式を用いてアセスメントを行い、利用者や家族から聞き取り記録している。状態やサービス内容に変更があった場合等、必要に応じて再アセスメントを実施している。 18) 本人・家族の希望を取り入れながら、通所介護計画書を作成し同意を得ている。サービス担当者会議には必ず参加している。 19) 介護支援専門員や訪問看護師等が参加するサービス担当者会議に出席し、意見交換している。主治医からの意見を個別援助計画書に反映させている。 20) 職員会議や毎日のミーティングで、利用者の状況の変化やサービス状況を話し合っている。定期的にモニタリングを実施し、必要に応じて個別援助計画の見直しをしている。			
(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)		21) 利用開始時や退院時には、介護支援専門員を通じて主治医や看護師等からの情報を得ている。利用者ごとに関係機関の情報を整理し、必要に応じて連携している。			
(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、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	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。	B	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)		22) 一日の流れや各場面に応じた業務マニュアルが作成されている。数年に1度マニュアルの見直しを行っているが、見直しの基準が定められていない。 23) 記録はパソコンシステムで行われ、利用者一人ひとりの記録があり、全体で共有できるようになっている。法人の定める「個人情報の取り扱いについて」の規程の中で保存や廃棄に関することは明記しているが、持ち出しについての記載はなかった。個人情報保護の研修を常勤職員には実施しているが、非常勤に対する研修が実施できていない。 24) 前回の利用時の特記事項を毎朝のミーティングで確認している。毎日の朝・タミーティングや毎月の職員会議を開催し、職員の意見を集約し情報共有している。サービス担当者会議には必ず参加して他事業所職員との情報共有を図っている。 25) 送迎時や毎日の連絡帳等で家族との意見交換を行っている。			

(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、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)		26)感染症についてのマニュアルを作成し、ノロウイルス対応等の研修を実施している。インフルエンザ予防接種を職員に実施している。 27)毎日職員が清掃している。施設内の書類や備品は整理・整頓され適切に保管されている。		
(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
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	A
(評価機関コメント)		28)事故防止や緊急時対応のマニュアルを整備し、職員に周知している。事故や緊急時等における指揮命令系統が明確になっている。 29)ヒヤリハットや事故の報告書を作成し、夕方のミーティングで内容や注意事項を確認している。事故等の内容を毎月の職員会議で振り返りを行い、必要に応じて業務手順の見直しを行っている。 30)災害対応マニュアルを整備している。施設全体が地域の福祉避難所に指定されている。山科消防署職員による『水災害における注意点』と題した講演会を実施している。		

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
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	A	
	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)「高齢者虐待について」の研修を実施し、新聞記事などの虐待事例を用いて職員に注意喚起している。 32) 内部研修の中でプライバシー保護について教育している。カーテンやパーテーション等を活用し、プライバシー保護に配慮したサービス提供を行っている。 33) 新規申し込みについては原則断らないようにし、利用希望日もできるだけ希望に沿うようにしている。			
(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。	B	B	
	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) 毎年、利用者アンケートを実施している。必要に応じて利用者への個別面談を実施している。 35) 苦情に関するマニュアルを整備し、対応方法を定めている。職員との会話の中で得た利用者の意見も、必要に応じて苦情報告として記録に残している。意見・要望・苦情についての改善状況などの公開はできていない。 36) 重要事項説明書に苦情受付担当者や公的機関の相談窓口を記載している。事業所関係者以外の第三者委員を設置している。毎月のボランティアミーティングで利用者からの意見を伝えてもらっている。			
(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。	B	B	
	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	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) 年1回利用者アンケートを実施し、職員会議で内容を共有している。アンケートに基づいてサービスが改善されたかを確認する仕組みはなかった。 38) サービスの質の向上について、毎月の職員会議や施設長会議で話し合っている。法人内の専門部会や地域の事業所連絡会などに参加し、他事業所の取組み内容等を情報収集している。 39) 第三者評価を3年に1回受診している。年1回以上の自己評価はできていない。			