

アドバイス・レポート

平成27年4月27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26年10月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（せんしゅんかいショートステイ上植野）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>○業務レベルにおける課題の設定 部署目標を作成するにあたり職員の意見を反映する仕組みがあります。4か月毎にPDCAサイクルを通して、継続的に事業を改善・発展させています。又、年度始めに個人目標を作成し、定期的に振り返っています。</p> <p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 事業所の向かう方向を職員に対して表明しスタッフに意識化しています。管理者の評価についても職員満足度調査からあがった職員からの声を汲み取っています。年1回法人理事長出席の部門別会議を実施し、理事長が事業所ごとに話し合う機会を設けています。</p> <p>○地域への貢献 デイサービス職員と一緒に家庭訪問を実施し、家族介護者に介護知識や技術を伝えています。ナイトサービスを実施し、利用者のニーズに応えています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>○事業計画等の策定 単年度の事業計画を作成しています。顧客満足度調査を行い、その結果を分科会で検討し、年間計画に反映しています。中長期計画は確認出来ませんでした。</p> <p>○ストレス管理 職員が法人内の医師や所属施設以外の責任者等に相談できる体制はありません。カウンセラーは配置していませんが、医務室に心の相談窓口を設置し、顧問弁護士や社会保険労務士等が対応しています。宿直室及び仮眠室はありません。</p> <p>○記録と情報の保護 個人情報保護についての研修を年に1回実施していますが、記録の持ち出しに関する規程が定められていません。</p> |

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>本事業所は短期入所生活介護と通所介護が併設した介護複合施設です。3年前より両事業を一元管理にしたことで、デイサービスとショートステイが重なり合い、利用者のニーズにより一層応えられるようになっていきました。建物は中庭に滝を配置し、太陽光が入り明るく開放的な雰囲気でした。3フロアあり、1階がデイサービス、2階は比較的自立度の高い方、3階は重症度の高い方、認知症の方が中心に生活しています。ナイトサービスも開始し、利用者の希望に沿った介護サービスを提供しています。更なる向上の為、以下の点に取り組みを検討して頂くことを期待します。</p> <p>○事業計画等の策定 顧客満足度調査を行い、その結果を分科会で検討し、単年度事業計画に反映しています。単年度事業計画の中に「平成27年度以降への継続検討事項」を設けています。内容について単年度計画というよりは中長期計画として成り立つものと考えます。今一度単年度計画を整理してはいかがでしょうか。そうする事で将来事業所が進む方向、目標が定まるものと考えます。</p> <p>○ストレス管理 宿直室及び仮眠室は無く、夜勤者の休憩時間が無いとの事でした。デイサービスと共用の職員の休憩室がありますが業務を離れてリラックス出来る環境とは言い難いようです。昼間・夜間ともに、休憩時間を持つ事で、心身共にリフレッシュし業務効率の向上が期待できると思います。業務を離れて休憩するスペース、時間を確保して頂きたいです。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 記録管理規定は定めていますが、記録の持ち出しに関する規則がありませんので、策定されることを期待します。記録の保存は事業所が3年、法人本部が5年との事でしたが、ISOの基準に基づいて統一し、明記してはいかがでしょうか。廃棄については法人で一括して処分しているという事ですが、処分の方法手順等も職員がわかるように文書としておかれてはどうでしょうか。また書類を持ち出す場合も想定してルールを明確にしておかれると良いです。以上の点から、文書管理規程を明示する事で、個人情報保護の観点から適切な管理体制がとれると考えます。</p> <p>※今回の第三者評価につきましては、受診事業所のと評価機関との間で評価に関する見解に少なくない相違がありましたことを、ご報告します。(評価の公正さを確保するため付け足します。)</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)

※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 | 2673100141 |
| 事業所名 | せんしゅんかいショートステイ上植野 |
| 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) | 通所介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成26年12月18日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |

| 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. 法人の理念と運営方針をホームページ、利用者向け広報誌『せんしゅん』職員向け広報誌『せんしゅんナビ』に明示しています。職員全員が、毎日朝礼時に理念を唱和しています。法人全体で家族会を開催し、その席で理念と運営方針の説明を行っています。 2. 様々な合議体の役割と権限を明確にし、理事会⇄介護責任会議（決済）⇄介護運営委員会（討議）⇄各種ミーティング（部門別・職員等）を開催し、公正・適切なプロセスで意思決定を図っています。介護運営委員会には介護安全管理・衛生委員給食委員会・QC委員会・QI分科会、全体ミーティング等があります。 | | |
| (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 | B |
| | 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. 単年度の事業計画を作成しています。顧客満足度調査を行い、その結果を分科会で検討し、年間計画に反映しています。「マネージメントレビュー」は作成していますが、中長期の計画とまでは言えません。 4. 部署目標を作成するにあたり職員の意見を反映する仕組みがあります。4か月毎（3期に分け）にPDCAサイクルを通して、継続的に事業を改善・発展させています。又、年度始めに個人目標を作成し、定期的に振り返っています。部署目標管理票と個人目標管理票を整備しています。 | | |

| (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. 法令順守マニュアルを作成し、それに基づいた研修を年1回実施しています。関係法令については、管理者がインターネット等から情報を収集し「関係法令集」にファイルしています。 6. 職員満足度調査を毎年実施している。管理者の評価についても職員からの声をそのまま返しています。年1回法人理事長出席の部門別会議を実施し、理事長が事業所ごとに話し合う機会を設けています。 7. 緊急時対応マニュアルを作成し、マニュアルに沿って対応しています。管理者は、月刊報告書・責任者月報・各種記録で事業の状況を把握し、緊急時の責任者への連絡はメールで対応しています。全職員がピッチを所持し、緊急時の連絡体制を確保しています。 | | |

| 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. 就業規則に採用基準を明記しています。昨年9月に設置した衛生委員会が中心となり職場環境の改善に努め、衛生委員会規定に基づいて、社会保険労務士の指導の下で労働安全衛生対策及び職員の働きやすい環境づくりを推進しています。人員を基準以上に配置しています。 9. 法人全体で研修計画を策定し、全体研修や基本研修等を実施しています。 10. 研修・実習マニュアルを策定し、法人が窓口となって中学生チャレンジ体験学習や鳴滝総合支援学校の実習を受けて入れているとのこと。 | | |

(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 | B |
| (評価機関コメント) | | 11. リフト浴やミスト浴の設置、スライディングボードの使用等で職員の負担軽減を図っています。移乗用リフトの導入を検討しています。衛生委員会が定期的に2人1組で事業所を巡回し「施設巡回チェックシート」を使って、現場職員が気付にくい個所の点検を行っています。有給休暇取得状況等は法人が一括で管理しています。 12. 職員が法人内の医師や所属施設以外の責任者等に相談できる体制はあります。カウンセラーは配置していませんが、医務室に心の相談窓口を設置し、顧問弁護士や社会保険労務士等が対応しています。福利厚生制度として「ピロティ乙訓」がありますが、入会が希望者のみで利用が1割程度との事でした。納涼会や忘年会、バレーボール大会等を行っていますが法人として福利厚生が整っているとはいえません。宿直室及び仮眠室はありません。デイサービスと共用の職員の休憩室がありますが業務を離れてリラックス出来る環境とは言い難いようです。昼間・夜間ともに、業務を離れて休憩するスペースが必要であると考えます。 | | |

| | | | | |
|-------------------|----|--|---|---|
| (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. 年3回、法人が広報誌『せんしゅん』を発行して地域に配布しています。 14. 滞在型支援として、デイサービス職員といっしょに家庭訪問を実施し、家族介護者に介護知識や技術を伝えています。又、ナイトサービスを開始し、緊急時の対応を行っています。 | | |

| 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. 法人がホームページを開設しています。パンフレットや料金表を作成し、問い合わせや見学希望にマネージャーが対応しています。 | | |

(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) | | 16. 重要事項説明書を基に、契約時に内容や料金等を説明し同意を得ています。成年後見人が同意しているケースも確認できました。 | | |

(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. 地域包括ケアシステム・認知症総合アセスメント（DASC）、機能的自立度評価表（FIM）を活用し、利用者のADL・認知症レベルを確認しています。 18. ケアプランを基に、利用者や家族からの希望が反映して短期個別援助計画を策定しているとのことです。 19. サービス担当者会議に出席し意見照会しているとの事です。 20. 日々の様子は業務リーダーが記録し、個別援助計画の見直しに繋げています。 | | |

(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. 法人内で医師等と連携体制を構築し、医療面で支援しています。地域包括支援センターや他の事業所との連携もファイルされた資料や記録で確認できました。 | | |

(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、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 | 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 | 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. 介護サービスマニュアルを作成しています。見直し時期を年度末に設定し、介護運営委員会等で利用者満足度調査から上がってきた意見等を集約し、改訂しています。 23. 利用者ひとり一人のファイルはありましたが、利用者のサービス提供状況の記録が確認できませんでした。記録管理規定はありましたが、持ち出しに関する規定はありません。 24. 支援内容について経過を日々記録し、特記事項を申し送りノートに記載し、情報を職員間で共有しています。 25. サービスの提供にあたり、在宅療養手帳を活用し、家族等やデイサービス職員と情報交換しています。送迎時の情報伝達に加え、デイサービス担当者と一緒に利用者宅へ訪問し、情報共有に努めています。 | | |

(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. 感染対応マニュアルに、二次感染を防ぐ方法も明記し、更新もしています。院内感染予防・帽子対策委員会を設置し、内部研修を実施しています。研修報告書も確認できました。又、病院の感染予防委員会に参加し、適宜情報を得ています。 27. 衛生管理委員会の施設巡視や清掃点検記録表を使って、定期的に浴室やトイレ・冷蔵庫等を点検し、常時清潔を保っています。 | | |

(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. 事故・緊急時のマニュアルを作成し、年に1回、内部研修を実施しています。緊急時のフローチャートも確認出来ました。 29. 事故報告書やヒヤリハット事例を自己防止検討会・介護安全管理委員会・介護責任者会議で評価・分析し、結果を職場にフィードバックし、再発防止に努めています。 30. 非常災害対応マニュアルに基づいて、フローチャートを作成し、夜間想定 of 地域防災訓練を実施しています。地域を意識した事業所独自のマニュアルは確認出来ませんでした。備蓄リストは現在、検討中とのことでした。 | | |

| 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 | 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. 理念、運営方針に利用者の人権や意思の尊重を定めています。人権擁護に関する研修を実施し、人権意識の向上を図っています。向日市の「緊急一時保護事業」に基づき、虐待が疑われるケースを受け入れています。 32. プライバシー保護に関する研修を実施しています。施設は全室にトイレ付の個室で、浴室も個人浴である為、プライバシーや羞恥心を保護しています。 33. 入所申込みに対し、断ったケースは無いとの事でした。満床で受け入れが困難な際は、空床確認した法人内の同種のショートステイに本人・家族等の同意の上、繋げています。 | | |
| (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) | | 34. 利用者満足度調査のアンケート調査の結果を分科会で評価・検討し、利用者からの要望に応えています。 35. 苦情対応マニュアルに基づいて、苦情・要望対応シートに必要事項を記入し、迅速に対応しています。利用者からの苦情・要望に関する改善状況を事業所内に掲示しています。 36. 法人や事業所の他に公的機関等、外部の窓口相談や苦情を訴えるための方法を重要事項説明書に明示し、本人・家族等に周知しています。また、利用者の意向を直接聞き取る介護相談員を受け入れています。 | | |
| (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. 満足度調査を実施し、結果をミーティングで評価・検討し、サービスの質向上へつなげています。 38. 介護責任者会議、介護運営会議、QC委員会、QI分科会を設置し、職員全体ミーティング、常勤ミーティング等の会合で質の向上に向けた話し合いを行い、サービス改善のための具体的な取り組みにつなげています。 39. 外部監査（ISO企画）と法人グループのマネージャー・主任・副主任が2名一組となり、法人内事業所の内部監査（ISO企画）を実施し、指摘事項を改善し、サービスの質向上に努めています。マネジメントレビュー・事業計画（ISO企画）と第三者評価の取り組みをリンクさせ、今回の第三者評価（自己評価含む）を、サービスの質の向上に向けた取り組みの一環としています。 | | |