

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 1 日

平成 21 年 9 月 3 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 管理者等による状況把握 管理者の役割と責任及び権限が明確になっており、運営管理者は、事業の実施状況を把握し、事故等の緊急事態が発生した時にも緊急時対応マニュアルや携帯電話、メールを活用して状況を把握し、適切な指示を行っています。</li> <li>● 実習生の受け入れ 実習生の受け入れに関して、2級ヘルパー資格取得の大学生や、医師の教育実習生等を法人で約80名を受け入れています。その中の約40名をショートステイ事業所で受け入れており、福祉・医療の人材養成に大いに寄与し、貢献していると言えます。</li> <li>● 関係者との連携・多職種協働 月間約120名のショートステイ利用者に対して、千春会病院との連携、乙訓医師会の療養手帳の活用等により、医療・看護・介護との連携体制や支援体制が確保されています。</li> </ul>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 個別状況に応じた計画策定 個別援助計画は作成されていますが、書式や利用者等の希望の聞き取りに工夫が必要です。新規調査時に事業所で作成したフェイスシートとADL表を使ってアセスメントし、計画を作成しています。初回のアセスメント後は状態が大きく変化した時に再アセスメントをすることです。 利用日のケア記録は整備してありますが、利用者ごとの経過記録がありませんでした。 個別の状況をきちんと把握する上で定期的なアセスメントと記録の整理が重要と考えます。</li> <li>● 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者の意見や要望に対して収集・把握・検討が十分ではなく、改善状況等に関しても公開していませんでした。</li> <li>● 利用者満足度の向上の取組み 利用者満足度を把握するために、家庭訪問による聞き取りを進めていますが訪問実施件数は20%程度に留まっています。満足度調査は行われていません。</li> </ul>

## 具体的なアドバイス

法人には多くの事業所があり、種々の会議で事業所間の連携を図っています。本事業所は法人の理念・目標に沿って、事業所の特性や利用者の状況に合致したサービス提供ができるよう日々努力しています。

ショートステイ上植野事業所では「利用者の自立を尊重し、介護者の介護負担の軽減と癒し」を目標にサービスを提供しています。居室は基準より広い面積を確保しており、職員は前述の目標達成のために一人ひとりの利用者、ゆったりとした雰囲気の中で明るく、穏やかに接し、介助をしています。

利用者の多くが3泊か4泊の利用で、宿泊期間の平均は4.2日で、常に20床が満床です。一人が長期間利用するのではなく、短期間の利用でより多くの方々に「介護負担の軽減と癒し」が図れるよう支援しています。日々利用者が入れ替わる中で、個人々人に応じた介護は職員に負担がかかります。しかし、多くの利用者と家族のことを考え、日々のサービスに取り組んでいることは大変評価できます。

サービスの質の向上を目指して取り組んでいますが、更に向上できるように以下のことをアドバイスいたします。

- 個別状況に応じた計画策定

新規調査時に事業所で作成したフェイスシートとADL表を使ってアセスメントを行った後、計画を作成しています。しかし、初回のアセスメント後は状態が大きく変化した時には行なわれていませんが、定期的なアセスメントやモニタリングは行っていません。特にショートステイ利用者は、1ヶ月に1回など期間が空いて利用する方々です。定期的なアセスメントとモニタリングは安全に利用者のケアを行うために重要です。

また、記録は利用日のケア記録だけではなく、経過や内容が確認しやすいように整理をされてはいかがでしょうか。モニタリング・評価後の支援計画表の作成等も時系列に計画作成、実施、見直し評価、必要時の新たな計画策定が一目で把握できるように工夫されることを期待します。

- 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善

「苦情対応マニュアル」は整備され、適切な対応によってサービスの改善に取り組んでいますが、対応の経過や記録がなく、改善状況等に関しても公開されていません。

改善内容が公開されることにより、利用者がさらに安心してサービスを受けることができ、利用者が意見を出しやすくなり、質の向上に役立つと考えます。

- 利用者満足度の向上の取組み

ショートステイの利用状況を見て、家庭での様子を詳細に聞き取った方がよいと判断した場合には、家庭訪問をして希望も聴取していますが、実施は利用者の20%にしか至っていませんでした。利用者全員の意見や要望を収集できるような仕組みを作ることが期待されます。そうすることで、より一層ショートステイ利用者の要望や困難な状況を適切に把握することができ、サービスの改善につながると考えます。

※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	2613000146
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	2009年12月16日
評価機関名	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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
		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. 事業所の理念(3つの使命)、運営方針(6つの志)を掲示し、ホームページにも掲載しています。朝礼等での唱和やハンドブック等を通じて職員への周知を図るとともに、利用者や各種関係機関に広報誌「せんしゅん」で開示をしています。 2. 毎月、本部で介護責任者会議、施設サービス連絡会議、各種委員会を開催し、本部で決定した事柄を職員全員に伝達しています。		
<b>(2)計画の策定</b>						
		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. ショートステイの意義を「“家族の介護負担の軽減と癒し”を図っていただくこと」とし、課題を「情報と実施サービスの一致」として、職員全員でサービス向上に取り組んでいます。また、平成22年度事業として老人保健施設と複合施設内の2ヶ所でショートステイの開設の事業計画があります。 4. 「方針展開表」(事業方針)で課題を設定され、7月、11月、年度末に達成になるようにサービスの改善に取り組んでいます。		
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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. 「集団指導資料」や関係情報の閲覧を通じて、職員の法令等の理解を図っています。 6. 管理者の役割と責任及び権限は明確になっており、管理者はリーダーシップを発揮した運営を行っています。 7. 管理者は常時携帯電話を携行し、緊急・非常時に迅速・適正な指示や対応を行っています。各利用者の対応方法も「緊急時対応マニュアル」に対処し掲示もされています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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	B
		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. 質の高い人材の確保に努めています。介護福祉士等の資格を取得した職員には資格手当てが付きまます。 9. 採用時の研修は法人で行い、研修後に各部署に配置しています。必要な知識と技能を身につけるために、本部研修計画はありましたが、ショートステイ事業計画と実施記録はありませんでした。 10. 実習生は法人で受け付けており、ショートステイ事業所ではホームヘルパーや大学生の実習を多数受け入れています。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇がほとんど取得できていない人もいますが、全般的には管理者が希望公休の調査等も行い、職員の労働環境に配慮していると言えます。 12. 法人全体の親睦会が年2回開催され、サークル活動もあります。休憩場所は確保され、管理者等が職員の日々の業務上の相談にもよく対応されていますが、悩みやストレスの相談に対応できるカウンセラーや産業医の確保はなされていません。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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	B
		(評価機関コメント)		13. 広報誌「せんしゅん」を隔月に発行し、長岡京市役所、地域包括支援センター等関係機関、医療機関、利用者家族等配付しています。しかし、当事業所や、職員が地域の行事や活動に参加していることは確認できませんでした。 14. 今年5月に始めて「介護者交流会」を開催し、法人全体で約80名の家族参加がありました。しかし、地域住民に対しての講演会や講習会、相談等ショートステイ事業所の有する機能を地域に還元しているという状況はなく、今後の課題として挙げられています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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. 法人のホームページや機関誌の発行・配付を通じて事業所の情報を提供しています。問い合わせや見学にも対応し、記録も残してあります。		
<b>(2)利用契約</b>						
		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. 重要事項説明書に内容や料金の適切な表示があり、利用者に説明を行い同意を得ています。成年後見人と契約を交わした事例もあります。		

### (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	B
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	B
(評価機関コメント)		17. 新規調査時に事業所で作成されたフェイスシートとADL表を使ってアセスメントをした後、計画を作成しています。 18. 利用者本人がサービス担当者会議にも出席した記録も確認できました。ただし、フェイスシートなどには本人や家族の希望を聞く欄がなく、特記にもそうした記載が見当たりませんでした。 19. サービス担当者会議が実施され、専門職の参加もあります。 20. 退院時情報報告書(サマリー)や介護支援専門員からの計画表を受け、利用者の大きな状態の変化には家庭訪問を実施して計画の変更を行っていますが、計画を見直し行う時期・手順の定めがなく、モニタリングが不十分で記録が確認できませんでした。		

### (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)		21. 乙訓医師会作成の療養手帳も活用して医師やサービス機関との連携はとれています。地域包括支援センターや行政等関係機関とは虐待支援検討会議等を通じて連携を図っています。		

### (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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルは整備され、最低年に1回の見直しを行い、必要に応じて改定をしています。 23. 利用日のケア記録は整備していますが、利用者ごとの経過記録はありませんでした。また、保管は適切になされていますが、情報開示の研修はできていません。 24. 申し送り・引継ぎは職員の出勤に合わせて日に9回行い、利用者の情報を共有しています。 25. 乙訓医師会の療養手帳にサービス提供時の様子を記入して家族に状況を伝えています。		

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. 感染症マニュアルは毎年見直しが行われています。今年はインフルエンザの二次感染を防ぐためのマニュアルを追加作成しています。 27. 事業所内はきちんと整理整頓が行われています。水回りも含めて、職員の手によって清潔さが保たれています。		

### (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)	28. 緊急時対応マニュアルが作成され、地域の消防署と合同で、年に2回、消防避難訓練を行っています。 29. 事故報告、ヒヤリハット報告が作成され、法人内介護部門での介護安全管理委員会での検討もを行っています。
--	------------	--

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

#### 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)		30. 理念、運営方針の共通理解に勤め、利用者への言葉遣い等も画一的にならないように配慮し、同じ言葉を繰り返される利用者に対してもその心を汲み取るような対応を心掛けています。 31. 全室が個室になっており、入浴は職員が1対1で付き添います。また、基本的に個浴槽を使用しています。プライバシー保護について介護マニュアルに記載があり、研修会も行われています。 32. どのような条件の利用者でも受け入れるという姿勢で対応しています。今まで医療処置や認知症で断ったことはありませんが、夜間看護師が不在なため、受け入れができない方もあります。			
(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	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。	B	B	
	第三者への相談機会の確保	35	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	B	
	(評価機関コメント)		33. 昨年までは利用者の意向を介護相談員等が収集していましたが、今年度は家庭訪問においても利用者からの意向を把握していますが、十分とはいえません。 34. 苦情処理マニュアルがあり、連絡記録帳には苦情等が記録されていますが、それらの改善状況の記録等や、公開はありません。 35. 契約時の書類に相談窓口としての公的機関の記載がなく、施設内に市民オンブズマンや、介護相談員等の受け入れもありません。			
	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	B	
	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)		36. 利用者の満足度を把握するために、家庭訪問により聞き取りを進めていますが、訪問実施件数は20%程度に留まっています。満足度調査は実施されていません。 37. 介護責任者会議、施設サービス連絡会、常勤ミーティングが定期的に開催され、日々の申し送り・引継ぎも適切に行い、利用者のサービス提供の向上を目指し検討しています。 38. 法人でISOの認証を取得され、内部監査や外部評価を受けています。			