

アドバイス・レポート

平成28年2月16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28年1月1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菊浜老人短期入所施設様につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	管理者等によるリーダーシップの発揮 ・施設長自らの評価について外部機関(経営コンサルタント)を活用したアンケートを行い、職員全員の意見を集約し、自らを振り返る機会を設けておられました。そのことにより、客観的な管理者としての評価を知ることができ、職員にとってより働きやすい関係が作れるように努めておられました。 感染症の対策及び予防 ・A4用紙でカラー印刷したノロウイルス対策マニュアルを、ラミネートしてカード化しリングで留めておられました。そのことにより、分かりやすく見やすく、耐水性のあるマニュアルになっており、対応するときにはすぐに見て行動できる、統一された手順となっていました。それにより、感染症は未然に防げていました。 事故・緊急時の対応 ・事故等に使用する緊急連絡網とは別に、震災等の自然災害に対応する地域別に分けた連絡網を作成されていました。これにより、災害等発生した時に地域の被害状況と合わせてみることで、出勤できる職員が一目でわかり、災害時でも業務が継続できるような仕組みとなっていました。 人権等の尊重 ・利用者ヒアリングより、職員の対応や言葉がけが丁寧で、利用者に安心感と居心地の良さを与えていることがうかがえました。また、昼食の風景もあたたかくなく非常にゆったりと流れており、毎年全職員を対象にした接遇研修、人権、プライバシー研修の効果による利用者本位の姿勢がうかがえました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	法令遵守の取り組み ・管理者を対象にした法令に関する研修は法人施設長会や京都市老人福祉施設協議会の管理者研修で行い、職員に関しても法令遵守に関する研修を年1回されており、今年度も8月に行っておられました。しかし、法令に関するリスト化はされておらず、職員が関係法令を知る機会が不足していました。 業務マニュアルの作成 ・業務マニュアル、手引書等の見直しの基準が不明確でした。また、1年に1回以上の見直しが行われていないマニュアルがありました。 地域への情報公開 ・広報誌「菊浜たより」を利用者家族等に配布され、活動報告に努めておられましたが、情報の公表については、自ら開示していませんでした。 第三者への相談機会の確保 ・事業所内や、重要事項説明書に第三者委員の氏名は記載されていましたが、連絡先が記載されておらず、どのようにして第三者委員に連絡を取ればよいのかわからない状態でした。 その他 ・事務所カウンターにご意見箱を設けておられましたが、職員からよく見える位置にあり、投書しにくい環境にありました。

具体的なアドバイス	法令遵守の取り組み ・事業実施にかかる関係法令については、職員が調べたい時にすぐに確認できるようにマニュアルに一覧表を添付するなど、関係法令が意識できるような仕組みを検討されてはいかがでしょうか。 業務マニュアルの作成 ・業務マニュアルは、常に新しい情報に置き換えることで、正しく確実に使える手順書となりますし、見直しの基準を定めると、定期的にマニュアルの再確認をする機会にもなるため、最低年に1回は見直す基準を定められることをお勧めします。 地域への情報公開 ・情報の公表制度については、内容を“自ら開示する”必要があります。ホームページに内容全部を閲覧できるようにしたり、紙面でファイリングし来所者に向けて閲覧できるようにするなど、開示の仕組みを検討されてはいかがでしょうか。 第三者への相談機会の確保 ・利用者が施設への相談が難しい場合など、自由に相談できる環境を提供することが目的ですので、第三者委員への連絡の取り方、受付時間を法人で取り決め、利用者や家族に見えるところや重要事項説明書に記載されてはいかがでしょうか。 その他 ・ご意見や苦情の匿名性を高める観点から、ご意見箱の設置場所を玄関自動ドア付近にするなど、出しやすい工夫をされてはいかがでしょうか。
------------------	--

※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)

※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	2670400387
事業所名	京都市菊浜老人短期入所施設
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)	介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成28年1月29日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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・法人の基本理念は事業所内に掲示されていました。また、職員全体研修にて理念や運営方針の周知を行われていました。 2・法人としての理事会、施設長会等が定期的開催されており、事業所内でも各種委員会(サービス向上委員会、リスク委員会等)を設置し、案件別の課題を検討されていました。また、職務業務分掌を整備し、各職務の責任を明確にされていました。			
(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・行動指針（法人の次年度以降の計画）を打ち出し、それに基づいた単年度計画を事業所ごとに策定されていました。また、計画に対する評価、振り返りは組織で統一した書式を用いて行っており、半年に1回されていました。 4・職員会議や各種委員会ごとに年度目標を定めており、施設の目標と同じく半期ごとにそれぞれの会議・委員会にて評価、課題の修正を実施されていました。			
(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	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	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・管理者を対象にした法令に関する研修は法人施設長会や京都市老人福祉施設協議会の管理者研修で行い、職員に関しても法令遵守に関する研修を年1回されており、今年度も8月に行われていました。しかし、法令に関するリスト化はされておらず、職員が関係法令を知る機会が不足していました。 6・管理者は、職員業務分掌で役割と責任を明文化しておられました。また、外部機関を活用した職員アンケートを実施することで、無記名で上司に対する意見も吸い上げておられました。 7・緊急対応マニュアルや携帯電話を活用し、管理者は事業の実施状況を随時把握できる体制になっていました。また、緊急連絡網を整備し、迅速に連絡・連携が取れる体制がありました。
--	--	------------	---

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	
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。	B	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・介護報酬(サービス提供体制強化)加算の計算も兼ねて介護福祉士の取得率、常勤換算数、職務経験年数等の職員管理を行われていました。また、資格取得のための研修等は施設の助成で受講することができる配慮をされていました。 9・初任者、中堅、管理職等、人事考課制度に定める階層別研修を実施し、職員育成に取り組んでおられました。また、受講後は復命書の全員回覧や委員会で伝達研修を行うことで、職員が主体的に学びを生かす機会を設けておられました。 10・実習指導のマニュアルは整備されており、窓口、対応方法など記載されていました。			
(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。	A	A	
		(評価機関コメント)		11・時間外労働・有給休暇をデータで本部とダブルチェックで管理され、職員の就業状況の意向を施設長が個別の面談で確認し、労働環境や家庭環境も含めて検討されていました。 12・給与明細の裏に健康管理を促す書面を記載し、産業医に相談しやすいように工夫されていました。また、要望や不満をくみ取る方法として、職員アンケートを実施されていました。			
(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	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。	B	B	
		(評価機関コメント)		13・広報誌「菊浜たより」を利用者家族等に配布され、活動報告に努めておられましたが、情報の公表については、自ら開示していませんでした。 14・京都市社会福祉協議会が主催する介護職員向け研修の運営補助や区主催の連絡会議への参加はされていましたが、事業所が持つ専門性を地域に還元する活動については実施していませんでした。			

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
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・ホームページやパンフレットで、事業所の情報やレクリエーションの内容、一日の流れ、料金等、分かりやすく掲載されていました。			
(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・重要事項説明書や利用のしおりに料金体系やサービス内容など、必要な情報が分かりやすく書かれていました。また、同一敷地内にある長寿すこやかセンターの紹介や、法人本部への相談を促すなど、成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用を推進されていました。			
(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	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・ショートステイは、在宅生活と施設での生活が交互であり、それぞれ生活の在り方が違うため、状態変化がないか、入所毎にアセスメントを行い、退所時にカンファレンス行うことで次のサービスに繋げておられました。 18・サービス計画は、利用ごとに毎回作成されていましたが、個別援助計画に、ケアプランと連動した個別の具体的な目標が設定されていませんでした。 19・利用前に医師情報提供書や他事業からのサマリー等を収集し、それらとアセスメントからサービス計画書を作成する仕組みとなっていました。また、退所時には「きくはまメモ」（利用中のご様子）により、医師及び他事業所へ情報提供をしておられました。 20・退所時にカンファレンスを行うことで、定期的な見直しをされていました。			
(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・主治医と医師情報提供書や「きくはまメモ」のやり取りで連携し、ショート利用中の様子は、居宅介護支援事業所へも提供することで、利用者の支援を継続的に行えるように努めておられました。また、介護者がいないケース等の緊急ショートの受け入れは、地域の関係機関等との間で、連携体制が確保されていました。			
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。		A	A

		(評価機関コメント)	22・業務マニュアルは見直しを行っており、見直しをした結果、改定の必要が無い旨の一文もマニュアルの最終項に記載されているものを確認しました。しかし、見直しの基準が定められておらず、1年に1回以上の見直しをされていないマニュアルもありました。 23・法人内全体研修で情報管理に関する研修を行っており、参加できなかった職員には復命書の回覧にて全員周知がされていました。 24・朝夕の申し送り、早出と日勤の申し送り、退所時のカンファレンスで、情報を職員間で共有されていました。 25・サービス担当者会議への出席による情報交換のほか、利用前の電話確認などで情報を収集し、退所時には利用中の様子を記入した「きくはまメモ」を渡し、利用中の様子を家族に伝えておられました。		
(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・ノロウイルス対策のマニュアルを、A4用紙でカラー印刷し、ラミネートしてカード状に作成され、分かりやすく見やすい、耐水性のあるマニュアルになっていました。このことにより、汚物室にかけておいても、汚れたり濡れたりして見えなくなることもなく、よく見える位置においておくことができていました。 27・清掃専属の職員を2名採用しており、お風呂、トイレ、洗面所等、臭気もなく清潔に保たれていました。また、その職員が清掃に専念することにより、他の介護職員が直接介護に専念することができていました。		
(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・緊急連絡網により指揮命令系統が明らかになっていました。また、法人でリスク研修を年に1回行っていました。 29・毎月リスクマネジメント委員会で、事故報告書及びヒヤリハットを分析する仕組みがあり、事故の再発防止のため活用しておられました。 30・職員を地域別に分けた災害時緊急連絡網を作成されていました。また、同一建物の共同火災避難訓練に参加され、災害時には他事業者も利用者の避難誘導にあたり、職員も一緒に消火活動を行う連携体制がとられていました。		

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・利用者の尊厳や接遇、身体拘束の禁止、虐待について、事業所内部研修としてそれぞれ年一回、計画書に沿って研修が行われていました。利用者への聞き取りからも、職員の丁寧なかかわりを評価する言葉が聞かれました。 32・プライバシー保護についての研修が行われていました。また、4人部屋の居室も障子で区切られており、個人の空間が確保されていました。 33・緊急ショートの受け入れに取り組んでおられ、基本的に断らない方針で対応されていました。				
	(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。	B	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)	34・個別に利用者の声を聞くように努めておられましたが、意向や満足度を把握する目的とした定期的な個人面談や利用者懇談会は実施されていませんでした。 35・苦情やアンケートについて、業務改善委員会や主任会議等で対応を検討され、機関紙や掲示物にて公開されていました。 36・苦情や意見を受け付けた際の対応については、規程により定められていましたが、市民オンブズマンや介護相談員など、第三者による相談の機会は確保されていませんでした。 また、第三者委員の氏名は重要事項説明書や掲示物に記載されていましたが、直接連絡が取れる連絡先や受付時間が記載されていませんでした。				
	(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	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・毎年1回1月に満足度調査を行い、主任会議や業務改善委員会で、意見に対する回答を検討されていました。しかしその後、意見に対する回答に沿った取り組みを行ったかを振り返ったりどのように改善したかを確認する仕組みがありませんでした。 38・同法人の他事業所の取り組みについては、相談員会議、施設長会議で情報交換する機会を持ち、そこで得た情報や検討事項は主任会議やケア検討委員会で取り扱っていました。 39・正職員で構成するサービス検討委員会にて年に1回8月に、自主点検に合わせて、サービスの自己チェックを行うほか、外部機関を活用して業務内容のチェックをする仕組みがありました。また、第三者評価を定期的に受診しておられます。				