

様式 7

アドバイス・レポート

平成 31 年 3 月 8 日

平成 31 年 1 月 22 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1 サービス提供に係わる記録と情報の保護</p> <p>職員が適切な記録ができるように、業務日誌や日々のケース記録、利用中の様子を記載する「きくはまメモ」など、これまでの記録の表現を振り返り、今年度、1年をかけて毎月の会議内で記録の研修をしていました。</p> <p>2 職員間の情報共有</p> <p>朝夕の申し送り、退所前のカンファレンスで情報共有をしていました。業務日誌には職員の確認欄があり、内容確認後に全員がチェックを入れる仕組みがあることで、確実な情報の伝達をしていました。</p> <p>3 その他</p> <p>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することで、災害時により迅速に行動できる仕組みがありました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1 アセスメントの実施</p> <p>初回のアセスメントは様式を定め記載していましたが、再利用の際に聞き取りしたアセスメント内容を記録する様式がありませんでした。</p> <p>2 災害発生時の対応</p> <p>施設建物全体の水害訓練は平成 30 年 12 月に行われていましたが、災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルを作成していませんでした。</p> <p>3 第三者への相談機会の確保</p> <p>公的機関の相談窓口名、電話番号は重要事項説明書に記載し、施設内に掲示もしていました。事業所関係者以外の第三者の相談窓口を設置し、掲示し</p>

	<p>ていましたが、連絡先の記載がありませんでした。また施設内に外部の人材を受け入れ、利用者の相談機会の確保がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1 アセスメントの実施</p> <p>定期的なアセスメントは利用時の変化を把握し、支援内容の根拠を明確にすることにもつながります。現在利用時には聞き取りは行われていますので、初回に作成される様式に追記するなど、記録に残されることをお勧めします。</p> <p>2 災害発生時の対応</p> <p>事業所のあるビルでは館内の水害訓練や避難訓練が行われていますので、その経験を生かして地域（館内の事業所）との連携を意識したマニュアルを作成することを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3 第三者への相談機会の確保</p> <p>公的機関とは別に、第三者の相談窓口を設置し、施設内に氏名の掲示をしていますが、連絡先がなければ相談の方法がわからないため、連絡先の記載をすることでより相談がしやすくなるのではないのでしょうか。また施設に出入りしている信頼できるボランティアの方に、個人情報保護に配慮してもらい、施設や職員に対する意見や要望等を利用者がボランティアの方に話せる仕組みを作られてはいかがでしょうか。</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	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31年2月12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. 理念・運営方針は事業所内掲示、理念を記載したカードを名札の裏に記載、年末年始や会議時に社協信条を全職員で唱和する機会を設けていました。 2. 理事会（年2回以上）部長会・事務局長会（年4回）事務所会議（年2回）主任会議（月1回）全体会議（月1回）を開催し、案件別の課題について検討していました。			
(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. 法人本部が作成する中・長期計画に基づいた事業所の単年度計画を策定し、毎月の全体会議にて、振り返りをしていました。 4. サービス向上委員会（苦情解決・検証）、業務改善のためのシステム・記録向上委員会、リスクマネジメント・ケア検討委員会、給食会議（栄養改善協議）ごとに年度目標を定め、それぞれの会議で振り返りをしていました。			
(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	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. 管理者は法令遵守の観点の研修に参加していました。また介護に関する法令の変更時などは、法人本部より連絡があり、回覧や申し送りで全職員へ周知していました。 6. 管理者・他職員の役割は職務分掌に記載していました。また、職員アンケートには、施設長を評価する設問を設け信頼を得ているかどうかを把握していました。 7. 管理者は携帯電話を所持し常に連絡がつく体制がありました。また業務日誌には運営管理者の確認印の他、コメント記入欄も設けていました。			

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 正職員は法人本部、非正規職員は事業所管理者が採用をしていました。資格取得助成要綱を整備し、介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員の模擬試験や受験対策講座の助成をしていました。 9. 法人内に研修センターが設置されており、経験別に合わせた研修を実施していました。また委員会活動では、毎年の目標を決め1年間を通して全職種で研修を行う仕組みがありました。 10. 実習受入に関する基本姿勢は明文化し実習を受入れていましたが、実習指導者に対する研修はしていませんでした。		
(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. 有給休暇の他に夏休み5日間を全員に付与し、リフレッシュ休暇（勤続10年以上）、ボランティア休暇、骨髄提供休暇がありました。また、腰痛予防として、走行用リフトやスライディングボード・シート（移乗用具）を活用していました。 12. メンタルヘルスチェックの他、カウンセリング体制は産業医と契約していました。また、給料明細書の裏には相談室について印字し、周知していました。		
(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。	A	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. ホームページやパンフレットで事業所情報を提供していましたが、法人ホームページの事業所の情報ページから介護サービス情報の公表制度を閲覧できる仕組みがありませんでした。 14. 事業所連絡会や地域ケア会議に参加し、地域ニーズの把握に努めていましたが、地域に向けた主体的な講演会や研修会は開催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. パンフレットには、事業所の一日の流れやレクリエーションの内容を写真やイラストを用いて記載していました。		
(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. 利用料金は1割負担、2割負担の料金表があり、個人に合わせた資料で説明していました。また、同一建物内にある、長寿すこやかセンターと随時連携し、成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用を推進していました。		
(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	B
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	B
(評価機関コメント)		17. 初回のアセスメントは様式を定め記載していましたが、再利用の際に聞き取りしたアセスメント内容を記録する様式がありませんでした。 18. 個別援助計画書は利用者毎に利用前の聞き取りや個別目標を設定し作成していました。 19. サービス担当者会議に参加し、担当介護支援専門員や主治医、他事業所からの情報により個別援助計画書を作成していました。 20. 利用者毎に個別援助計画書を作成し見直していましたが、見直しを行う時期や手順、変更の基準がありませんでした。		
(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. 退院時カンファレンスに参加し、主治医と連携を図っていました。さらに身元不明の利用者、虐待のケースなどの緊急ショートステイは、地域の関係機関と連携を図り受け入れていました。		
(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	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	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、年1回見直しをしていました。業務マニュアルは全体会議で見直し、上位の会議（主任会議）で再確認する仕組みがありました。新人職員が確認できるように勤務時間別の業務別チェック表も作成していました。 23. 今年度1年をかけて、毎月の全体会議内で記録の研修をしていました。 24. 朝夕の申し送り、退所前のカンファレンスで情報共有をしていました。業務日誌には職員の確認欄があり、内容確認後にチェックを入れる仕組みがありました。 25. 利用前に連絡を行うことで、前回の利用と変わりがないか確認をしていました。利用中の様子を記載する「きくはまメモ」と毎月発行の広報誌「菊浜たより」で施設行事の様子を家族に伝えていました。		

(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. 感染症マニュアルを作成し、見直しも行っていました。 27. 居室内やトイレ等臭気なく、物品等の整理・整頓及び水回りの衛生管理もできていました。		
(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	B
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時の対応についてのマニュアルがあり、指揮命令システムを整備していました。 29. リスクマネジメント委員会で、事故についての検討会を行い、会議録や報告書により職員に周知を図っていました。 30. 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。施設建物全体の水害訓練は平成30年12月に行っていましたが、災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルを作成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
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. 人権に配慮した研修は年に1回行われ、介護サービスに活かしていました。 32. プライバシーについての意識付けとして、各トイレに張り紙を行い周知していました。 33. 京都市の緊急ショートステイの受け入れ施設で、身元不明者の受け入れもしていました。			
(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	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	B	
	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。	B	B	

	(評価機関コメント)	<p>34. 個別の相談は随時対応していました。また、年1回のアンケートから利用者の意向を収集する仕組みがありました。</p> <p>35. 機関誌等に利用者の意向（意見・要望・苦情）について、改善策は記載していましたが、その結果は公開していませんでした。</p> <p>36. 公的機関の相談窓口名、電話番号は重要事項説明書に記載し、施設内に掲示もしていました。事業所関係者以外の第三者の相談窓口の設置はありましたが、電話番号などの連絡先がありませんでした。また施設内に外部の人材を受け入れ、利用者の相談機会の確保がありませんでした。</p>		
(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てている。	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)	<p>37. アンケートを実施し、機関誌に集計や結果の掲載を行い、施設内に掲示をしていました。</p> <p>38. 職種別会議や全体会議等でサービスの質の向上に係る検討体制がありました。</p> <p>39. 毎年第三者評価シートの項目を職員で評価し、課題の明確化を図っていました。</p>			