

アドバイス・レポート

平成29年 6月 6日

平成29年 3月17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ショートステイにしがも 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(※)	(通番 8・9) 人材の確保・育成 中期計画や求める人材像に必要な人材に関する基本的な考え方が明文化されています。全員が常勤であり、明確な目標がある職員にとって働き甲斐がある職場となっています。 また、研修に力を入れており、体系的に年間研修計画が策定されていました。入職後に介護福祉士等資格取得を推奨しており、費用の負担や手当、内部講習会など支援体制を整えていました。新人教育プログラムや役職に応じた階層別研修と合わせ、OJT研修、事例検討会、実践研究などきめ細かいプログラムが実施されていました。 法人で「都会メディカルケア学会」を設立して、研修発表はホテルで実施し、職員のモチベーションアップとなっています。またOJTでは専属担当者をつけて育成を図っており、人材の確保及び定着に向けて高く評価できます。 (通番 13・14) 地域との交流 地元の医院として地域に根差した場所に複合型施設を建設し、地域との関わりをととても大切にしていました。施設の3階には「コミュニティ広場」を設け、地元住民が自由に使用できるように、町内会や老人会、また絵画教室等を開催しています。また、第2土曜日には、認知症カフェも開催し、認知症に関わらず集いの場となっています。 広報紙等を1階の診療所に配架し、地域への発信も行っています。 地域の住民に対して「おせっかいカフェ」や「認知症サポーター養成講座」を行い、職員が中学校や生協等に出向き認知症啓発を行っています。 (通番 37) 利用者満足度の向上の取り組み 年1回、職員の対応や利用後の様子について満足度調査を実施し、集計した結果を利用者へ配布されていました。今年は配食業者を変更した事から、食事やおやつに関する満足度調査が実施されており、調査の結果に基づいたサービスの改善が行われていました。
------------------------	--

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番 3) 事業計画等の策定 職員からの意見を集約して事業所の事業計画が策定されていますが、中長期計画は策定されていませんでした。 (通番 22) 業務マニュアルの作成 必要なマニュアルは整備され、全職員に周知されていますが、見直しの基準が定められていませんでした。 (通番 30) 災害発生時の対応 消防計画にのっとり、年2回避難訓練を行っていますが、災害発生時の対応マニュアルが整備されていませんでした。
具体的なアドバイス	医療法人社団 都会は理事長の「生まれ育った地域に恩返しを」という想いをもとに平成2年に開設されました。病気療養が必要になっても「住み慣れた自宅や地域で暮らし続けたい」というニーズに応え、医療・介護サービス事業を拡大してこられました。 そのひとつであるショートステイにしがもは、平成20年に開設した診療所併設のショートステイという珍しい形態を取っています。ゆったりとした空間と安心のあるケアを提供し「また来たいと思っていただける第2の我が家を目指します。」という事業所理念をふまえ、1ユニット10名という小規模な環境の中で、きめ細かいケアを行っています。また、契約時に自宅での生活リズムを聞き、家庭的で自宅と同じような生活を過ごしてもらえるように配慮しています。 診療所や居宅介護支援センター等々関係機関との併設施設というメリットを活かし、医師・看護師・理学療法士・介護支援専門員等の連携体制や支援体制が確保されています。一人の利用者のアセスメントについても写真で提示や注意するポイントなどわかりやすくきめ細やかに記載して、誰が見てもわかりやすいアセスメントを実施していました。日常生活で行っていることを生活リハビリとして実施し、家庭で工夫していることをショートステイ中も活かせるように本人や家族の意向を尊重し、自立支援に努めていました。 人材確保・育成面においては、職員がすべて正職員であり、キャリアパスに基づく研修体系も整備されていました。また、休職中でも職員に法人から便りを送り、仕事の把握ができるように細かい気配りも行われていました。「人にやさしいサービス宣言企業京都式モデル」や「ワーク・ライフ・バランス認証企業」を取得し、全ての職員が働きやすい環境づくりを目指していました。 地域との関わりについては理念にあるように開設時から大切にされており、地域のイベントや地蔵盆などを通じて日々交流を行ったり、「おせっかいカフェ」や「認知症サポーター養成講座」を行っていました。 今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。 具体的なアドバイスは下記のとおりです。

	・法人全体計画をもとに、単年度計画が策定されていましたが、中長期計画は確認できませんでした。中長期的に進むべき道筋を明文化することによってさらに職員の安心につながると考えます。 ・サービス提供に係るマニュアルは整備されていましたが、定期的な見直しの基準が確認できませんでした。マニュアル一覧表を整備するとともに委員会等を活用して順次見直しされてはいかがでしょうか？ ・災害発生時の対応として、火災や地震の避難訓練が年に2回、実施されていますが、災害発生時の対応マニュアルは整備されていませんでした。地域行事への参加や地域の方への働きかけを積極的に行われていることから、地域との連携を意識したマニュアルを作成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)

評価結果対比シート

事業所番号	2610105278
事業所名	ショートステイにしがも
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)	
訪問調査実施日	平成29年3月31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「一期一会」

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) 法人理念及び事業所理念を定め、全職員が参加する年度初めの運営会議等で周知している。広報紙、ホームページに記載されている。また、職員は名刺に入れ携行している。 2) 職務権限について組織図、キャリアパス表に明記されていた。理事会・評議員会、管理者会議、運営会議等の階層別の会議を実施し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。			
(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	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。		B	A
	(評価機関コメント)		3) 職員からの意見を集約して事業所の事業計画が策定されているが、中長期計画は策定されていない。 4) 各部門単位で課題や年間目標を設定するとともに年度途中の見直しを行っている。			
(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り組みを行っている。		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。		B	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) 管理者は法令順守等の研修に参加し、職員に対し随時研修等を実施している。しかし、関係法令をリスト化するなど明確にされていない。 6) キャリアパス表において管理者の役割と責任について明文化されている。年2回、個人目標に基づき面談を行っている。管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みがない。 7) 日々の状況については、現場に入り把握している。また、業務日誌や記録ソフト「サイボウズ」などにより把握している。管理者は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあり、必要に応じて適切な指示を出せ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。	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) 中期計画や求める人材像に必要な人材に関する基本的な考え方が明文化されている。また、入職後に介護福祉士等資格取得を推奨しており、費用の負担や手当、内部講習会など支援体制を整えていた。非常勤から正規職員への登用の道もある。 9) 体系的に年間研修計画が策定されている。新人教育プログラムや役職に応じた階層別研修と合わせ、OJT研修、事例検討会、実践研究などきめ細かいプログラムが実施されている。 10) 実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れ窓口を設置していた。実習指導者に対する研修も実施されている。			
(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、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。	B	A	
		(評価機関コメント)		11) 有給取得や時間外労働のデータ把握を行い、リフレッシュ休暇を付与するなど取得を促している。育児休業・介護休業法に基づく規程が整備されるとともに法人内から育休中の職員にお便りを送っている。職員の負担軽減となるようにリフト浴などを活用している。 12) 協力医療機関の産業医によるカウンセリング等が行える体制を整えている。また、福利厚生委員会を組織して、クラブ活動や懇親会等の職員のストレス解消への取り組みがされていた。ハラスメント規定が整備されている			
(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。	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) 広報紙等を1階の診療所に配架し、地域へ発信している。地域のイベントや地蔵盆などを通じて交流を行っている。 14) 「おせっかいカフェ」や「認知症サポーター養成講座」に講師として、中学や生協等に出向いている。			

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)パンフレットやホームページ、またしおりなどでサービス選択に必要な情報を提供している。見学や問い合わせは個別対応し、台帳管理をしている。		
(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)契約時に重要事項説明書で、内容や料金、介護保険外のサービスについて説明し同意を得ている。成年後見制度及び日常生活自立支援事業の活用の推奨している。		

(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) 事前アセスメント及び3ヶ月に1回の定期的見直しによる利用者の心身状態や生活状態が記録されている。状態・状況変化時には多職種と連携してアセスメントを行っている。 18) サービス担当者会議に本人も参加してもらい、希望を聞いて、日常生活と変わらない過ごし方ができることに重点をおいて個別援助計画を策定している。 19) 「医療情報シート」や多職種の意見を個別援助計画等に反映させている。判断に迷う時はその都度、医療関係者等に相談している。 20) 利用者の状況の変化の有無について「評価シート」にて確認する仕組みはあり、計画を変更する基準もあるが、明記されたものはない。			
(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) 診療所や居宅介護支援センター等々関係機関との併設施設であり、連携体制や支援体制は確保されている。			
(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、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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	
(評価機関コメント)		22) 必要なマニュアルは整備され、全職員に周知されているが、見直しの基準が定められていない。 23) サービス実施計画に基づく記録は整備されているが、保管や廃棄等の管理規定については、法人として検討中である。 24) 利用者状況等、情報共有する仕組みは、運営会議や業務日誌で共有し、日々は勤務間で申し送りをしている。 25) 短期入所型施設で、退所時には必ず家族に「サマリー」を作成し交付している。また送りの時に口頭で利用中の様子を伝えている。			
(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、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) 感染症マニュアルは定期的に見直し、更新している。「感染症の可能性についてご理解とご了解のお願い」を明記し、受入体制を整備している。 27) 清掃については専任パート職員を雇用し、感染症対策や衛生管理には徹底化を図っている。			

(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)事故発生時対応マニュアルを整備し、緊急時対応の研修が行われていた。また、事故や緊急時は全て管理者に報告し、その後、管理者が関係者へ連絡する手順が整備されている。 29)「インシデント・アクシデントレポート」を作成し、事故の経過や対応、家族への報告等を記入した後、管理者が分析を行い、運営会議で職員全員が事故の情報を共有し、再発防止に努めている。 30)消防計画にのっとり、年2回避難訓練を行っているが、災害発生時の対応マニュアルが整備されていない。			

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)年1回、倫理についての勉強会や虐待の事例をもとに研修が行われており、利用者尊重についての理解を深める取組みが行われている。 32)新人研修会にプライバシーの保護に関する項目が含まれており、日常業務においては、管理者が声かけをする等職員に意識付けを行っている。 33)生活相談員であるセンター長が窓口となって、利用者の受け入れを行っており、公正な手続きが行われている。				
	(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てている。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)	34)送迎等の日常業務やアセスメントを行う際に利用者や家族の希望を引き出している。また、定期的に行われている担当者会議は、利用者の意向を把握する機会となっている。 35)利用者の意向を記入した報告書をもとに、検討会議において改善策を立案し、サービスの向上に役立てているが、改善状況を公開する仕組みがない。苦情相談対応マニュアルは整備されている。 36)公的機関等の相談窓口を重要事項説明書に記載し、施設内にも掲示されている。				
	(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。	B	B	
	(評価機関コメント)	37)年1回、満足度調査を実施し、調査の結果に基づいたサービスの改善が行われている。また、集計した結果を利用者や家族に配布している。 38)検討委員会が毎月開催されており、ゲーム感覚で行う接遇マナーの研修等、全職員が楽しく参加できるような工夫が行われている。また、ケアマネ連絡会主催によるショートステイについての勉強会に参加し、他事業所との比較検討を行っている。 39)事業所が提供しているサービスの内容や質に関する自己評価は行われておらず、第三者評価の受診も今回が初めてであった。				