

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 4 月 2 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

令和元年 11 月 25 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 組織図や職務分掌が明確に定められていることはもとより、事業所内での職員間の良好なコミュニケーションをはじめ、情報共有・意見交換・提案・改善が、管理者を中心に円滑に運営されていることが確認できました。事業計画の策定時の現場意見の反映や、年 2 回の管理者との面談を通じた自己目標の達成支援など、良好な人間関係の上での組織運営が行われている事が窺われます。また、この 5 年程は結婚等による退職以外は離職者がいない事から、一人ひとりの職員のワークモチベーションなどにも配慮されていることが窺われます。</p> <p>(通番 19・21) 専門家等に対する意見照会・多職種協働 母体が医療法人であることから、医療連携はもとより、理学療法士・作業療法士・義肢装具士といった専門家との連携が取れており、計画の作成から見直しまでが利用者本位に検討されています。また、地域包括支援センターから直接緊急利用の要請があった場合についても臨機応変に対応し、利用者にとって有益な連携が取れるようになっています。</p> <p>(通番 38) 質の向上に対する検討体制 サービス向上委員会を設置し、各事業所の選抜職員により構成され、毎月の委員会活動が行われています。中でも、委員会メンバーが所属する事業所とは別の事業所の「環境整備チェック」を行うことで、客観的な評価を行い、是正点などを洗い出しています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>（通番 10） 実習生の受け入れ 積極的にインターンシップや実習生の受け入れを行っており、実習指導者を管理者や主任が実施、マニュアルの整備等も行われてはいますが、実習指導者に対する指導や研修を行うまでには至っていません。</p> <p>（通番 20） 個別援助計画等の見直し 個別援助計画の見直しや更新は適宜行われていますが、その根拠となるモニタリングについては確認することができませんでした。また、経過記録についても、計画との整合が取れる内容での記載にはなっていませんでした。</p> <p>（通番 22） 業務マニュアルの作成 業務に必要なマニュアルについては整備されており、入職時の研修に活かされているものの、定期的に見直しを行うまでには至っていません。業務によっては毎年の見直しの必要性までは無いものの、特に感染症対策や事故防止に係るものについての見直しは必要と思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>（通番 10） 実習生の受け入れ 実習生の受け入れについては、長期的な視点での福祉人材の育成にもつながる大切な取り組みになります。より効果的な実習を行うためにも、実習指導者に対する教育や指導方法の指導など、内部・外部問わず研修機会を持つことが望まれます。</p> <p>（通番 20） 個別援助計画等の見直し 計画に基づくモニタリングを定期的に行い、計画の見直し自体が根拠に基づくものであるという証は必要であると考えます。また、日々の経過記録や業務日報についても、計画に基づくサービスの提供であることを職員が意識できるよう、計画書にナンバリングを行い、記録の際には計画書のナンバーと提供したサービスが一目でわかるような取り組みを行うことで、より一層質の高いサービス提供が行われると思われれます。</p> <p>（通番 22） 業務マニュアルの作成 作成済みのマニュアルの内容を実践的に確認することで、見直しの必要性があるのかの確認ができると思われれます。少なくとも1年に一度はマニュアルの内容を確認し、見直しの必要があるのかないのかを確認したうえで、変更が必要な場合は適宜修正、変更の必要がない場合は確認の日付を記録するなど、実務に沿った内容にしていくことが求められます。</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	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	令和2年3月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 あい・ライフサポートシステムズ

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)		法人理念は、法人パンフレットや四半期毎に発行される広報誌「都の風」に掲載するとともに、事業所理念は事業所のしおり（契約時に詳細の説明をするもの）に掲載、また運営規程に運営方針を定め、入居者・家族への周知をしています。毎年度、理念に沿った計画になるよう指導したうえで、現場主体での事業計画を策定し、理念や運営方針の具現化に努めています。更に、年度初めに理事長から役職者へ理念についての講話があり、理念の浸透を図っています。 毎月理事会が開催されており、管理者会議で取り上げられた課題などについても話し合いが行われています。キャリアパスの一環で、6階層に区分された職務分掌と求められる機能を明示し、役割や権限を明確にしています。これは職員スペースの掲示板にも掲示され、自身のキャリアパス形成にも役立っています。（階層毎の給与基準も明示している）			
(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	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	B	
	(評価機関コメント)		単年度の事業計画は、長期（5年）・中間（3年）の目標をもとに具体的なアクションプランとその具体策に落とし込まれ、半期毎に評価が行われています。アクションプランは管理者からの指示項目だけでなく、主任を中心に現場で検討が行われ、計画に活かされています。 ショートステイということもあり、多くの業務レベルに区分されているわけではないが、介護・看護の視点での課題抽出が必要であり、看護についての課題抽出までには至ってはいません。介護は年度当初に全職員が管理者面談の上での自己目標を掲げ、実現に向けた取り組みと、半期毎の面談を通じて、進捗の確認が行われています。			
(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。	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)		倫理要綱を定め、法令遵守についての指導や、月2回実施される管理者会議でも法令遵守についての議題を取り上げ、実務レベルでの話し合いが行われています。事業運営に関する各種法令をリスト化するまでには至っていませんが、介護保険に関する不明点などは、管理者が窓口となり、必要な情報を都度調査・入手を行っています。 キャリアパス制度の中で示されている職務分掌（6階層）や、法人全体の組織図を明示することにより、管理者の役割や責任が明確にされています。また、管理者も現場でのケアに入る機会が多く、職員との日常的な関りがある事から、常に職員との会話を通じて、運営方針の周知や業務改善に努めています。管理者と職員の信頼関係の確認などについては、毎年実施される職員のストレスチェックによって把握されています。 日々の運営状況については、毎日の業務日報により把握されており、休日や夜間帯においても法人支給の携帯電話により、管理者との連絡が取れるようになっています。休日など、連絡が取れないことがわかっている場合は、主任・副主任が管理者を代行し、業務に支障がない体制がとられています。		

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

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)		採用活動委員会を設け、委員会が中心となり就職フェアへの出展など、採用活動を積極的に行っています。基本的には有資格者の採用を優先していますが、資格取得支援の制度が利用できることから、無資格者であっても面接の内容によっては採用することもあります。実務者研修をはじめ、業務に必要な資格取得については、研修日の勤務扱いや費用面の補助を行い、職員のキャリア形成を支援しています。 年間研修計画を定めて計画的な研修を行うと共に、法定研修や各委員会が実施する「ぴあ研修」も計画を立てて行われています。またキャリアパスの中で、階層に応じて受講が必要な研修を定められています。外部への研修も年1回は法人負担で参加できる仕組みがあり、様々な研修が掲示板により告知され、職員が各自で申し込むようになっています。 実習生やインターンシップの受け入れを積極的に行っており、2018年8人、2019年4人の受け入れ実績もあります。マニュアルを定めて、実習の流れを示すとともに、実際に行ってもらえる業務なども明確にし、管理者・主任が指導を行っています。しかし、実習指導者に対する指導者研修等を行うまでには至っていません。		

(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	B
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)		法人より、職員の有給休暇取得データが毎月送られており、これにより有給休暇の取得促進が図られています。また毎月の勤務についても希望休を募り、可能な限り希望に添えるよう配慮されています。現在、育児休業などの対象者はいませんが、就業規則に則り、対象者が現れた際には、育休などの支援を行える体制になっています。職員の身体への負担軽減になるような機器の導入などについては、これからの課題となっています。 副理事長が産業医でもあるため、メンタルヘルスについての取り組みが社内でも行われており、様々な相談ができる体制になっています。福利厚生・衛生委員会による、福利厚生活動も行われており、バスツアーやスポーツ交流会も実施されています。3階に休憩スペースを設け、業務フロアとはパーテーションで区切るなどの配慮もされています。		

(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)		<p>四半期毎に発行される法人広報誌を、利用者・家族に加え、地域のコミュニティーセンターで配布したり、他事業所に配布をしたりするなど、広く地域に事業所を認知してもらう活動を行っています。また、SNSを活用しICT委員会により情報の更新と発信を継続的に行っています。</p> <p>ショートステイ及び他事業所を管理するマネージャが、地域商店街の理事に就任しており、地域行事への参加など、地域と密接な関係を築いています。また毎月第二土曜日には「おせっかいカフェ」を実施して地域交流の場を作ったり、認知症サポーター養成講座を開催したり、地域の一員として事業所の有する機能を活用しています。</p>		

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)		<p>法人パンフレットでは運営する各事業所の案内を、事業所のパンフレットでは写真を使用し利用案内や料金等を丁寧に掲載しています。またホームページでは、パンフレットの情報に加え、Googleのストリートビュー（屋内版）を活用し、事業所内を360度仮想見学できるようにしています。また、ケアマネジャーや家族からの見学希望にも柔軟に対応しています。</p>		

(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)		<p>サービス利用に際しては、利用者・家族へ契約書・重要事項説明書、また事業所独自で作成している「ショートステイのしおり」「1日あたりの料金表」により、センター長・主任・副主任が、わかりやすく説明を行い、同意を得るようにしています。重要事項説明書変更時は、その都度説明を行い納得いただいた上で同意を得るようにしています。</p>		

(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>契約後、初回利用時までには事業所独自のアセスメント様式によりケアマネジャーからの情報を基に、利用者・家族から心身の状況や生活状況・意向・要望を直接聞き取り把握するようにしています。再アセスメントは、サービス担当者会議で確認した情報や、利用者のADLに変化があれば初回アセスメントシートへ手書きで加筆修正や、個人カルテ（個人ファイル）へ記載されています。個別援助計画の立案時など定期的なアセスメントを行うまでには至っていません。</p> <p>個別援助計画の立案は居宅サービス計画書を基に3ヶ月毎に見直されており、その都度送迎時に、利用者・家族から直接意向・要望を聴き取るようにしています。計画立案時に把握した意向・要望、多職種からの意見や職員間で話し合った記録が記載されたカンファレンス記録などを確認することはできず、個人カルテへの記載のみとなっています。個別援助計画が立案された根拠が明確となる記録が確認できることが望ましいことから、今後さらなる工夫が求められるところです。</p> <p>退院前カンファレンスなどには可能な限り参加し、医師・看護師・理学療法士・介護支援専門員・義肢装具士等の専門的な意見を確認し、個別援助計画に反映させるように努めています。</p> <p>3ヶ月毎の見直しは必要に応じて行われているものの、計画の達成状況を定期的なモニタリングし、記録に残していくことが課題となっています。</p>		

(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)		併設の診療所を受診している利用者については、常に医師へ直接確認し、情報共有できる環境となっています。その他の医療機関を受診している利用者については、必ず担当ケアマネジャーを介して意見を確認していただくようにしています。地域包括支援センターより、緊急ショートを受け入れについての確認の連絡が直接事業所へかかってくるなど、連携がとれていることがヒアリングで確認できました。利用者の退院が決まれば退院カンファレンスが開催され、担当ケアマネジャーを中心として必要な情報が確認できる体制が整っており、職員全員で利用者の情報を把握できるように努めています。		
(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、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。	B	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。	B	B
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)		業務マニュアルは「ショートステイ入退所マニュアル」や、シフト勤務ごとのマニュアルが整備されており、職員への指導は業務マニュアルに沿って実施されていますが、定期的なマニュアルの見直しを行うまでには至っていません。来年度から、定期的なマニュアルの見直しを行う予定となっています。 利用者の様子は個人カルテや業務日報に記載されています。個別援助計画と提供したサービスの整合が取れるまでには至っていない事から、今後の課題となっています。年間研修計画の中に個人情報保護についての研修も組み込まれています。また、利用者の個人カルテなど記録の保管は鍵付き書庫にて保管されています。 利用者の情報は、その都度個人カルテに記載されています。また業務日報には、状態変化や伝達事項などを細かく記載しており、さらに重要事項などは赤で書くなど職員間での情報共有がなされていることが確認できました。 利用中の様子や状態変化については、サマリーへ記載し家族へ報告しています。また送迎時には直接職員から家族へ伝えるようにしています。		
(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。	B	B
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)		法人内に感染症予防委員会が設置され、事業所の看護師と委員会メンバーが中心となり年1回、全職員が感染症予防について知識を深められるよう事業所内で感染予防対策についての研修が行われています。感染予防マニュアルは作成されており、年1回の確認はしているものの、更新するまでには至っていません。 事業所内の清掃は毎日夜勤職員により行われています。フロアやトイレ・手摺については1日2回の消毒・清掃が行われ、日報への記載により職員全員が把握できるようにしています。またフロアは定期的（1日2回）な換気が行われているとともに、2台の空気清浄機が設置され、臭気対策も徹底されています。さらにスペースごとに担当職員を決め、事業所内が整理整頓しやすい仕組みとなっています。		
(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。	B	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。	B	B
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。	B	B

	(評価機関コメント)	<p>事故緊急時マニュアルは事業所として作成されており、定期的に更新されています。また年1回、事業所内での勉強会が行われています。事故報告書は発生後3日以内に作成・回覧され、速やかに情報共有されるようになっています。</p> <p>法人内には「事故防止対策委員会」が設置され、事故報告書は、再発防止策についての検討がしやすく、その後の評価がしやすい書式となるよう、都度改善されています。法人内の事業所で発生した事故については、各事業所へ水平展開され、自事業所の事故のみならず、他事業所での事故についても検討できる仕組みとなっています。発生した事故については、即日家族やケアマネジャーに報告がなされています。</p> <p>新たに「災害対策委員会」が設置され、外部研修を受講した職員により「災害対策研修」を実施し、職員全員が知識を深める機会としています。また災害時緊急連絡網が整備され、事務所に掲示されています。消防訓練は消防署協力のもと年2回行われ、そのうちの1回は夜間想定となっています。さらに利用者の3日分を想定した食料と水が備蓄されています。ただし、災害発生時マニュアルは現在作成中であり早期に整備する予定です。</p>
--	------------	---

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。	B	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。	B	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>一人ひとりの好みに合った日中の過ごし方ができるよう、本人・家族への聴き取りを行い、サービス提供につなげています。また委員会活動の中で、虐待防止や身体拘束廃止についての理解を深める活動を行っています。職員は定期的に「自己チェック」を実施し、人権や尊厳の保持、不適切なケアについての理解を深めています。</p> <p>恥ずかしい思いをさせない事を常に意識するよう、適宜職員同士が声をかけあいながら注意を促しています。特に申し送りの場では、利用者に聞こえないよう配慮しています。居室でのおむつ交換などが必要な場合は、さりげない声かけや支援の準備にも配慮されています。日常的にプライバシーに配慮されたサービスの提供は行われているものの、「プライバシー保護」についての研修を実施するまでには至っていません。</p> <p>サービスの利用については、原則断らないことを旨とし、申請順に受け入れを行っていますが、本人や家族の事情等を鑑み、緊急性が高いと判断できる場合にも臨機応変に対応をしています。過去に断ったケースとして、医療依存度が高く重症化しており、主治医との連携が困難と判断された場合の事例があります。</p>			
(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	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)		<p>送迎の際には、サービス利用中の様子などを説明することによって、新たな意見などを引き出すよう努めています。送迎は、管理者をはじめとした役職者が行っていることから、家族とのコミュニケーションが十分に取れており、直接役職者へ意見・要望が言えることへの安心感につながっています。</p> <p>意見や苦情などは、「苦情・相談記録」により、その内容や改善方法が報告書で共有され、法人内の苦情処理フローチャートに沿って対応がなされています。頂いた意見や苦情について、匿名性に配慮した上でその対応などを公表するまでには至っていません。</p> <p>契約関係書類には、外部の相談窓口として、府と区の連絡先及び、受付時間等が掲載されており、利用者や家族への周知が行われています。</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	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>送迎時の家族との会話の中で、日常的に意見を聴き取るようにすると共に、年に一度、利用者・家族アンケートを実施し、サービスの内容や職員の対応などの意見を収集しています。アンケート結果は月に2回実施される運営会議で共有され、運営に活かされていますが、調査後の改善の確認や、前回との対比による満足度の計測を行うまでには至っていません。</p> <p>法人内に各事業所の職員で構成されたサービス向上委員会があり、半期に一度別事業所の環境整備等のチェックを行うことで、美化の促進や事業所の新たな気づきの促しになっています。管理者会議の中でボランティア活用の情報共有がなされており、行事などの同時開催や重複しないような配慮がなされています。</p> <p>サービスについての自主点検は毎年実施していますが、自己評価を行うまでには至っていません。第三者評価は、管理者を中心に役職者でメンバーを構成し、評価に臨んでいます。前回の平成28年度に続いて、3年毎の受診を継続しています。</p>		