

アドバイス・レポート

平成26年5月29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25年11月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人空心福祉会高齢者複合福祉施設えるむにつきましては、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>○個別状況に応じた計画策定 人員配置基準以上に配置されたレジデンシャルソーシャルワーカーが、入所申し込みのあった時点で利用者訪問面談を行い、事前調査として初回アセスメントを行っています。その上で入居選考会議を経て入所に至り、その後は利用者のその時々々の状況に応じた計画（ケアプラン）が策定されています。策定に際しては、利用者および家族の意向を確認するのはもとより、必要に応じて専門職の意見を聞き、反映させています。3か月に1回行われるサービス担当者会議には家族が必ず出席しています。</p> <p>○利用者の家族等の情報交換 毎月1回、施設便り「こちらえるむです」に個別の生活状況に担当ケアワーカーやケアマネジャーのコメントと写真を載せて家族に郵送しています。このような取り組みを行うことで、施設便りを一つの材料とした施設と家族との双方向の情報交換が可能になっています。その結果、家族の施設への来訪も増え、意見、希望を表明されることも多くなったとのことです。</p> <p>○人権等の尊重 利用者の人権や意思を尊重したサービスが提供できるように、レジデンシャルソーシャルワーカーが相談ラウンド（個別面談）や「利用者自治会 みんなの広場」で利用者からの意見を聞き取り、尊厳の保持に努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○災害発生時の対応 リネン類や食品の備蓄は地域に貢献できる分も確保していますが、地域との連携を意識した避難訓練が行われていません。また、マニュアルもありますが、地域と連携したものを作成していません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は、平24年3月に完成をした新しい施設で、第三者評価受診は今回が初めてになります。福知山市街地に位置し、地域の住宅街風景に溶け込みやすいよう大きな看板を掲げないようにしています。また、施設（老人ホーム）ではなく住まい創りを基本コンセプトとして、外観、内観、設備、衛生環境対策、エコ環境対策等にさまざまな配慮をしています。さらに、グループホームの浴室には大江山の鬼伝説をイメージした鬼瓦を設置するなど、随所に工夫があります。本事業所は新しい施設ですが、その事業母体の社会福祉法人空心福祉会は1989年に発足し、地域での実績を重ねています。25年間の介護事業の実績を活かし、さらなる発展を期待します。</p> <p>○災害発生時に地域と事業所が連携することを意識したマニュアルの作成と訓練をお勧めします。地域と連携した訓練について文書化したいとのことでした。ぜひ実現してください。</p>

(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	2692600162
事業所名	社会福祉法人空心福祉会 高齢者複合福祉施設えるむ
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護
訪問調査実施日	平成26年1月20日
評価機関名	一般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
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. 社会福祉法人空心会の法人理念と、えるむ施設理念『「ありがとう」にあふれる、地域で創めるこれからの暮らしの実現』を全員朝礼で唱和しています。 2. 空心福祉会本部職務分掌構成に基づき、透明性が図られています。また、「キャリアパスシステム」には求められる役割と業務の定義において責任と権限を明確に規定しています。			
(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. えるむ事業計画があり、年度重点取組課題を策定しています。法人のISO推進委員会によりサービス提供システム品質管理に取り組んでいます。空心福祉会では、未来ビジョン[中長期(3-5年)]において、「未来のあるべき姿」や「新規事業展開プラン」また、「人材確保・育成対策」等多角的な視点からの課題に取り組んでいます。 4. 各部、委員会がそれぞれ具体的な課題を設定しています。例えば、「4-6月重点取組課題の成果・反省及び7-9月重点取組課題の目標」として、3か月毎にそれぞれの課題の計画策定後の達成状況を評価・見直しています。			
(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組を行っている。	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)	<p>5. 管理者は随時必要な研修に参加しています。職員は様々な研修に参加し、「個人別教育訓練記録表」に記載し、法令の理解に取り組んでいます。</p> <p>6. 「職務分掌構成表」や「キャリアパスシステム」に役割・責任と権限を明記しています。また、職員面接で意向を把握し、管理者自らの評価、見直しをするための仕組みもあります。</p> <p>7. 施設長・各部の部長は、毎日、日誌やメールにより業務状況を把握しています。職員は常時、連絡・報告・指示等の連携や支持を仰ぐ体制があります。</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

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)		<p>8. 採用基準を定めています。また人材育成委員会により、ケアマネジャー、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士等の資格取得のための受験対策講座を実施しています。</p> <p>9. 人材育成委員会が「教育訓練計画書」の年次計画書を作成し、職員、随時研修に参加しています。また、職員の独自・自主的勉強会もあります。第二種派遣研修(自ら法人に申請して勤務で行く外部研修)やSDS研修(自己啓発援助システム/セルフディベロップメントシステム)の仕組みがあり、申請することにより法人からの参加費補助制度等もあります。</p> <p>10. 「実習受け入れマニュアル」があります。実習指導者は、全員が「実習指導者講習会」参加しています。福祉系だけでなく、地域の児童センターより「ふるさと学習」として小・中学生を毎年受け入れています。</p>		

(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、職員が充分にくつろげ、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)		<p>11. 「職場の環境アンケート」を職員に実施して、職員から見た「空気環境について」では換気や臭いについて、「音環境について」では周囲の音について、「作業・空間環境について」では作業する場所の通路は適切に確保されているか、「人間関係について」では困っていることがないか等、事業所における人的・物的環境について回答をしてもらっています。また、このアンケートも活用して、人的・物的環境への認識を深める種々の取り組みを行っています。</p> <p>12. 新入職員歓迎会や親睦会は、法人費用負担で行われています。休憩場所はゆったりとしたスペースを確保しています。サークル活動もあり、職員が親睦や安らぎを図っています。</p>		

(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>13. 法人広報誌「あつぷるどりーむ」やホームページ、また、フェイスブックで施設の状況を随時公開・公表しています。また、RSW(レジデンシャルソーシャルワーカー)を配置していることで、利用者各個人の個別ニーズを聞き取り、個々人のニーズに対応し、地域への行事や資源・サービスを活用した買い物や外食等に出かけています。</p> <p>14. 法人の人材育成委員会により、毎年「地域公開講座」を実施しています。当施設は地域密着型施設であり「運営推進会議」の参加者に自治会や民生児童委員が参加することで、地域の介護や福祉の情報把握が容易な状況です。</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
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. ホームページを開設し、パンフレットも作成しています。さらにSNS(ソーシャルネットワークシステム)を駆使して事業所の情報発信を行っています。施設玄関にもこれらを記載した文書を置いて、施設の情報を提供しています。			
(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. 重要事項説明書に掲載し、その内容や利用料金について説明しています。保険外料金についても、別紙で特にわかりやすく説明しています。また重要事項の説明は契約時に施設長自らが口頭で説明しています。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		17. 入所時にはRSWが職種を超えてアセスメントを行い、その後、3か月毎に更新を行って利用者の状況を把握しています。また、アセスメントシートは法人の統一様式を作ってわかりやすくしています。 18. サービス担当者会議に、利用者や家族の参加を求めて、生活についての希望を聞き、施設サービス計画を策定しています。 19. 施設サービス計画は、利用者、家族、看護職、栄養士、介護職、LSA(ライフサポートアドバイザー)、RSWなどが参加するサービス担当者会議を経て、それぞれの職種の意見を反映した計画を策定しています。 20. サービス計画書には目標、見直し期間を明記してそれに基づいてモニタリングを行い、利用者・家族のサービスに対する満足度も確認しています。計画の変更の必要性を検討し、利用者・家族にもその都度情報を提供しています。			
(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. 入退院に際しては、医療機関のMSW(メディカルソーシャルワーカー)との連携に留意しています。普段の生活では施設の管理医師が週1回、診察を行い、看護師と利用者の状況について情報交換を行っています。			

(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、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職員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. 入浴、排泄、移乗、食事介助、感染症対策等々のマニュアルを整備している他、業務日誌などでも職員間の共有を図っています。また、ケアのチェック表でケアの質の標準化を図っています。利用者の満足度調査を行い、同時にチェック表の見直しを行っています。 23. 文書管理規程、電子データ管理規程などが定めており、それに基づいて生活支援の記録をしています。また、新入スタッフ研修で個人情報保護について周知、啓発を図っています。 24. サービス記録を個々に記録し、申し送りの前に確認をすることなどで、情報共有しています。サービス計画が変更される時には、計画書と担当者会議録を職員で回覧しています。 25. 家族は、定期的に参加するサービス担当者会議に出席しています。また、施設便りには個別の生活状況および個別の写真を載せて、施設のサービス提供状況を発信しています。		

(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。	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. 1年に2回、感染症対策研修を実施し、感染症についての理解を図っています。施設では「感染対策マニュアル」を作成し、これに基づいてサービスを提供しています。 27. 利用者が親しめるように「Storeroom」（物置）を整備、管理し、利用者が職員と一緒に買い物感覚で物品の出し入れを行っています。普段の換気には注意を払い、臭気対策に努めています。「掃除チェック表」を作成し、漏れがないようにチェックをし、清潔を保っています。		

(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
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. 事故の定義を定め、「緊急時対応マニュアル」と職員間での統一、共有化を図っています。年に1回以上は事故防止の研修を行い、利用者の安全確保に努めています。 29. 契約時に重要事項説明書をもとに、注意をしても事故が起り得ることを率直に説明しています。事故発生時には家族、関係機関に連絡し、またこの過程は相談記録に記載しています。「法人危機管理委員会」で事故報告書を管理、分析し、法人内部での共通認識を図るために、事例によっては各部署の供覧を図っています。 30. 年に2回防災訓練を行っていますが地域と連携したマニュアルは作成していません。今後考えたいとのことでした。		

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)		<p>31. サービス提供、援助方法を検証、検討しており、この経過については議事録を作成し、供覧しています。人材育成委員会で年1回、人権・権利擁護に関する研修を行っています。また、利用者の自治会からの意見を聞き取って、サービス提供に役立てています。</p> <p>32. 介護職員の男女比の関係で調整が難しいときもありますが、入浴、排泄介助は同性介助を基本にしています。</p> <p>33. 「入居選考管理要領」を作成それに基づいて選考を行っています。定期的に待機者の現況を確認しています。入居意向確認時には、入居希望者の状態の合ったものかを説明、合わない時にはその状態にあった施設を紹介しています。</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てている。	A	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口にご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>34. 利用者自治会やサービス担当者会議などで利用者の声を聞いています。また、利用者満足度調査も行っています。2ヶ月に1回、運営、推進会議を開き、サービスについての検証を行っています。「苦情報告書」の検討、改善への対策も検討しています。</p> <p>35. マニュアルを整備しています。満足度調査での意見や苦情、第三者委員への報告などを分析して、必要に応じて内容を公表（配布、掲示）しています。</p> <p>36. 契約時の重要事項説明書に明記し、また施設玄関に設置しています。</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	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	B
		(評価機関コメント)		<p>37. 年に1回、利用者満足度調査を実施しています。その結果を分析し、必要に応じて改善対策を行い、法人内部で供覧しています。</p> <p>38. 法人ISO推進委員会でサービス提供の内容を点検、改善を行っています。月に1回、代表者会議で各部署の取り組みなどを検討、それを基に施設内での周知を図っています。</p> <p>39. 定められた「自主点検表」以外に自己評価を行い、課題の把握して、事業計画書に反映しています。</p>		