

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 4 月 1 4 日

令和 2 年 2 月 2 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 高齢者複合福祉施設 えるむ様
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. 質の高い人材の確保</p> <p>職員採用の基準を QMS (クオリティマネジメントシステム) として明記していました。また、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員の受験対策講座を法人として実施しているほか、法人内ネットワークを活用して、「資格試験啓発年間予定」として、住環境コーディネーター等、資格試験の年間スケジュールを職員に周知し、職員が目標をもって学ぶ仕組みを作っていました。</p> <p>2. 利用者の家族等との情報交換</p> <p>毎月 1 回、家族向け広報紙「こちらえるむです」を作成し、そこに担当職員のコメントを記載することで情報提供していました。また、3 か月ごとに行っているサービス担当者会議の前月には意見集約用のシートを送付し希望や意向を確認しているほか、随時状態変化時には電話で報告をしたり面会時に報告相談をすることで、個別の状態に応じた支援ができていくという安心感につながっていました。</p> <p>3. 意見・要望・苦情の受付</p> <p>毎月 1 回、施設利用者による自治会「みんなの広場」を開催し、サービスの質や職員の対応、行事について利用者自身が意見や要望を言う機会を設けていました。また、毎月の請求書送付に併せて意見を伺う用紙を同封し、広く意見や要望を聞き出せるように努めていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 管理者によるリーダーシップの発揮</p> <p>施設長はキャリアパスシステムの一覧表により求められる役割を明文化し、代表者会議に出席して、職員の意見を聞く機会を持っていました。また、年に 1 回「スタッフアンケート」を実施し、上司に対する意見を無記名で集める仕組みがありましたが、「上司」が誰なのかが明確ではなく、管理責任者としての評価ができていないとまでは言えないものでした。</p>

	<p>2. 地域への情報公開</p> <p>ホームページやSNSを活用して取り組みや理念を広報していました。また、広報誌「Apple's Dream」を年に3回発行し、利用者や家族のほか、来訪者や市役所にも配布していました。ホームページ上で情報の公表制度のホームページにリンクできるボタンを設置していましたが、施設のページに直接繋がっていませんでした。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取り組み</p> <p>年に1回、満足度調査を実施し、その結果を法人のクオリティマネジメントシステム事務局にて分析し、必要な改善策があれば各部署へ指示するほか、法人内他施設にも周知し、法人全体で質を向上するように取り組んでいました。しかし、対策の結果どう改善したかまで確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>4. その他</p> <p>アセスメントのうち「24時間シート」、「私の気持ちシート」は3か月ごとに更新していますが、標準項目によるアセスメント書式については随時変更点を上書きする方法で運用しているため、モニタリングの結果、アセスメントを行い、施設サービス計画を策定したことが一連で追える状態ではありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 管理者によるリーダーシップの発揮</p> <p>「スタッフアンケート」の書式には、上司に対する信頼度や指示の在り方など評価する項目が設けられております。例えば、施設長、部長、副部長、ユニットリーダー等を丸で囲めるような設問を一つ追加し、誰に対する評価かを明確にされてはいかがでしょうか。そうすることで、各役職者が部下から信頼を得ているかを把握し、見直すことが可能になると思います。</p> <p>ただし、アンケートに回答する職員が少ないと、無記名でもだれが書いたかわかってしまう可能性がありますので、その場合は、役職ごとに同じ設問を設けることで、全員が全役職者に対する評価をすることができるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 地域への情報公開</p> <p>ホームページの内容は法人の各施設の取り組みや法人の情報を詳細に記載しており、情報の公表制度のホームページにもリンクするバナー（ボタン）もすでに作成されています。そのバナーのリンク先が施設の個別ページにリンクするように設定し、閲覧者がよりスムーズに迷わず情報が得られるように工夫されてはいかがでしょうか。</p>

	<p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>満足度調査を実施し、その結果を分析するだけでなく、改善策まで検討し、公開しておられますので、その結果どのように改善されたのか、あるいはどのように変化したのかまで取り扱い、報告することにより、質の向上や改善について取り組む姿勢を、より示すことができるのではないのでしょうか。</p> <p>期間を定め、意見に対する対策のその後の結果まで確認することを現在の会議の議題として盛り込まれてはいかがでしょうか。</p> <p>4. その他</p> <p>アセスメントを随時書き添えることで、いつ更新されて今どういう状況かということが分かる仕組みは大変良いと思います。しかし、アセスメントはケアプラン作成において根拠となるものですので、「アセスメントによる課題分析・抽出→施設サービス計画策定→実施→モニタリング→必要に応じてアセスメント」という一連の流れがわかるよう各々の記録を一元化してはいかがでしょうか。そうすることにより、施設サービス計画の更新の理由が明確になり、根拠に基づいた介護がより一層できるのではないのでしょうか。</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	2692600162
事業所名	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)	認知症対応型共同生活介護、認知症対応型通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和2年3月9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. 法人の理念や施設理念、コンセプト（方針）はホームページやパンフレットに掲載し、利用者や利用希望者に対して周知していました。また、各フロアの掲示板に掲載しているほか、毎朝の全体朝礼で唱和することで、職員に理念が浸透するように努めていました。 2. 年度ごとの事業計画にある業務担当表の中で、各職種の役割を明記していました。施設内の職種別会議（看護師、オフィス、ソーシャルワーカー、フロア）で出た意見や提案に対し、サミット（法人内の各部長級以上が参加する会議）や代表者会議（法人内の各リーダー級以上が参加する会議）にはかって決定する仕組みがありました。			
(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. 法人の経営戦略会議で定めた中長期計画「未来ビジョン」があり、その目標達成に向けて事業計画「年度重点取組課題」がありました。事業計画に関する意見や報告については施設内の各会議から代表者会議、サミット、理事会へと報告しており、意見を集約して作成する仕組みがありました。 4. 職種別会議でそれぞれ目標を設定し、半年ごとに見直しを行っていました。また、各会議で計画した目標は全体の事業計画で確認できるほか、法人内ネットワークにも掲載しており、施設内のパソコンでも確認することができました。			
(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	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. 施設長は遵守すべき法令について、施設内の危機管理委員会が作成した資料を活用し各会議内で勉強会をしていました。また、把握すべき法令について、外部文書管理規程として一部表記していましたが、高齢者虐待防止法等必要な法令について触れていませんでした。 6. 施設長はキャリアパスシステムの一覧表により求められる役割を明文化し、代表者会議に出席して、職員の意見を聞く機会を持っていました。また、年に1回「スタッフアンケート」を実施し、上司に対する意見を無記名で集める仕組みがありましたが、「上司」が誰なのかが明確ではなく、管理責任者としての評価ができていないとまでは言えないものでした。 7. 施設長は個人の携帯電話を職員に周知することで、いつでも連絡がつく体制となっていました。日々の状況は部長が作成する日誌をメールで共有していました。また、事故発生時の対応については、フローチャートに名前と連絡先を明記して1枚で一連の手順が追えるようにしていました。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 職員採用の基準をQMS（クオリティマネジメントシステム）として明記していました。また、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員の受験対策講座を法人として実施しているほか、法人内ネットワークを活用して、「資格試験啓発年間予定」として、住環境コーディネーター等、資格試験の年間スケジュールを職員に周知し、職員が目標をもって学ぶ仕組みを作っていました。 9. 法人の人材育成委員会で定めた年次研修計画に基づいて研修を実施していました。また、介護記録ソフトの申し送りを活用し、職員同士がコメントをやり取りすることで気づきを促していました。 10. 実習受け入れマニュアルを整備していました。また、法人の人材育成委員会実習指導者部会を年2回行い、指導者同士の助言を行うほか、マニュアルの見直しも行っていました。		
(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. 法人の衛生管理委員会にて年2回職場環境チェックを行っていました。ノーリフティングケアプロジェクト（法人内の介護技術指導者によるチーム）による、負担の少ない介護技術を職員に広めるほか、その技術試験をパスした職員には安全に用具が使えるとして、スライディングシート（移乗用具）を配布していました。 12. メンタルヘルス対策として、産業医による「心と体の健康相談窓口」を設置し、休憩室に掲示することで、職員に相談しやすいように工夫していました。また、ハラスメントの防止に関する規程を定め、相談窓口を設置しているほか、施設長から職員一人ひとりに給与明細書を手渡し一声かけることで、悩みがあれば気軽に相談できるようにしていました。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. ホームページやSNSを活用して取り組みや理念を広報していました。また、広報誌「Apple's Dream」を年に3回発行し、利用者や家族のほか、来訪者や市役所にも配布していました。ホームページ上で情報の公表制度のホームページにリンクできるボタンを設置していましたが、施設のページに直接繋がっていませんでした。 14. 「ふくちやま介護の日大作戦」というイベントに「空と心のカフェ（認知症カフェ）」を出店し、地域の福祉ニーズに関する情報を得るほか、介護相談にも応じていました。さらに、地域の防災訓練に職員を派遣し、車いすの使用方法について講習を実施していました。		
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
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. 事業所の情報はホームページやSNSで公開し、提供するサービスの内容を具体的に示していました。また年3回発行する広報誌を、来訪者や地域に配布していました。玄関に重要事項説明書等をファイルにして設置し、料金やサービスの内容を誰でも閲覧できるようにしていました。		
(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. 入所前の事前面接時にサービスや料金について説明し、契約時に重要事項説明書を読み上げ同意、署名を得ていました。また、成年後見人制度マニュアルを設置し、必要があれば説明できる体制がありました。		

(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	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. フェイスシートを兼ねたアセスメント書式に加え、「私の姿気持ちシート」、「24時間シート」によりアセスメントを行っていました。アセスメント書式は変化があるごとに随時上書きするほか、他のシートは3か月ごとに更新していました。 18. サービス担当者会議には本人、家族が参加することを原則とし、個別の希望を聞き取り、施設サービス計画を立案していました。施設サービス計画書には本人または家族の同意がありました。 19. サービス担当者会議には介護職員のほか、看護職員や栄養士、LSA（介護部長）も参加し、各専門職からの意見を聞いていました。 20. 施設サービス計画は3か月ごとに見直ししており、その都度モニタリングを実施していました。また、状態の変化があったときには、アセスメント書式に変更点を取り消し線で消し、変更日を記載のうえ上書きすることで、常に最新情報が分かるようにしていました。		
(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. 主治医の回診が週に1回あり、看護師を通して情報共有をしていました。また、入退院時には生活相談員が中心となり、病院と連絡調整を行うほか、入院先でのカンファレンスに参加し、相談記録で情報共有していました。		
(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. 業務内容ごとに、作業手順書、業務手順書を作成し、法人内ネットワークにていつでも閲覧できるようにしていました。また、手順書に沿って業務が遂行できているか、適切であるかを項目ごとに担当する会議が年1回チェックするほか、随時各会議体やリーダーが見直していました。 23. 今年度（2019年7月）より介護記録ソフトを活用し、利用者の記録を一元化していました。保管・保存・持ち出し・廃棄については「記録管理規程」を定め管理していました。また、入職時に個人情報保護の研修を行っていました。 24. 今年度より導入した介護記録ソフトにより、施設内のパソコンや携帯端末で全職員が情報共有していました。また、毎日のミーティングでは画面を確認しながら口頭でも申し送りを行っていました。 25. 毎月1回、家族向け広報紙「こちらえるむです」を作成し、そこに担当職員のコメントを記載することで情報提供していました。また、3か月ごとに行っているサービス担当者会議の前月には意見集約用のシートを送付し希望や意向を確認しているほか、随時状態変化時には電話や面会時に報告相談をしていました。		
(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. 厚生労働省等関係機関が発信する最新の情報をふまえて感染対策マニュアルを整備し、年2回、全職員が感染褥瘡対策委員会実施の研修に参加していました。 27. 共有スペースは職員により週4回清掃しチェック表をつけ、部長が目視でチェックをしていました。臭気に対してはオゾン発生機の使用、排泄バッグ、使用済おむつを新聞紙で包んでから捨てる対策をしていました。		
(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. 緊急時対応マニュアルを整備していました。フローチャートで指揮命令系統を示しており、緊急時の連絡先などが迷わずわかるように必要な情報を1枚にまとめていました。 29. 事故報告書を作成し、不適合サービス是正処置報告/管理表にて対策の経過を確認していました。また、危機管理委員会で事故報告書を管理・検討し、必要に応じて法人内全体への周知やマニュアルの見直しに反映していました。 30. 「空心総合防災計画」を定め、食料備蓄や非常用避難用具を設置していました。また、地域自治会と協定書を締結しており、年2回、地域と連携した防災訓練を行っていました。		

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. 法人理念のほか、「えるむでこそそのケア」「ケアコンセプト」という方針を各フロアに掲示し、利用者の尊厳の保持の意識が職員に浸透するように努めていました。また、年に1回法人人材育成委員会による人権・権利擁護研修を実施していました。 32. 居室やユニットに入退室時のノックや挨拶、言葉遣いなどを「言葉遣い規範・えるむRule」に定めているほか、作業・業務手順書に、業務時にプライバシーや羞恥心に関する注意事項を記載することで、職員が意識して対応できるように努めていました。 33. 入居選考管理要領を定め、法人内の施設の入居申し込みに対して、まとめてエスコートベース（法人入居選考会議）で選考していました。また、地域住民代表者が第三者委員として入居選考会議に参加し、公平・公正に利用者の決定を行う仕組みとなっていました。		
(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。	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	A
		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. 毎月1回、施設利用者による自治会「みんなの広場」を開催し、サービスの質や職員の対応、行事について利用者自身が意見や要望を言う機会を設けていました。また、毎月の請求書送付に併せて意見を伺う用紙を同封し、広く意見や要望を聞き出せるように努めていました。 35. 施設内の各フロアに設置した「御意見箱」の意見を月1回総務部会により確認し、部会で報告・対応の検討をしていました。また、年1回満足度調査を実施し、そこで得た意見や苦情に対しては、その改善対策内容を施設内に掲示していました。 36. 苦情解決第三者委員として、地域の自治会長、市議会議員に委託しており、その連絡先等を広く周知するために、重要事項説明書に記載のほか、各フロアにも掲示、ホームページにも掲載していました。また毎月1回、介護相談員が来訪し、利用者が相談できる機会の確保に努めていました。		
(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. 年に1回、満足度調査を実施し、その結果を法人のクオリティマネジメントシステム事務局にて分析し、必要な改善策があれば各部署へ指示するほか、法人内他施設にも周知し、法人全体で質を向上するように取り組んでいました。しかし、対策の結果どう改善したかまで確認する仕組みがありませんでした。 38. 毎月1回、代表者会議にて各施設の実績や課題、取り組みを報告することで、法人全体でサービス向上について検討する仕組みがありました。また、2か月に1回開催する福知山民間社会福祉施設連絡協議会に出席し、他法人の取り組みを情報収集していました。 39. 法人のクオリティマネジメントシステム事務局によるサービスの質の管理チェック、分析があり、半期ごとに理事長からマネジメントレビュー（コメント）が示され、それに基づいて施設ごとに質の改善を検討していました。また、第三者評価は3年に1回受診していました。		