

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 23 年 4 月 12 日

平成 22 年 11 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた特別養護老人ホーム「ヴィラ多国山」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>記特に良かった点とその理由(※)</p> | <p>(通番 5 法令遵守の取組み)</p> <p>遵守すべき法令を踏まえて作成された「業務の手引き」「介護マニュアル」は全職員がすぐに閲覧できるよう、各ユニットに備え置かれ、研修により、周知、徹底が図られていました。</p> <p>(通番 13、14 地域との交流)</p> <p>施設内 1 階の大ホールを活用し、地域との交流が図られています。また、介護教室の開催や、地域の介護教室に参加するなど、施設が持っている専門的機能を地域に還元されています。</p> <p>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護)</p> <p>利用者一人ひとりの記録等の書面が整備され、規定等に関しても適切に策定、管理されている状況が確認できました。記録の管理についても個人情報保護・情報開示の観点から全職員に対して研修が行われています。</p> <p>(通番 30 人権等の尊重)</p> <p>理念にも謳われているとおり、常に利用者本位、利用者尊重の意識を持ってサービスを提供する努力がされています。特に「利用者への言葉遣い」という点において丁寧な配慮が見受けられます。家庭的な雰囲気や利用者との友好的な関係を築くためには、砕けた言葉で親しく話すことが有効な場合もありますが、それが行き過ぎると馴れ馴れしくなりすぎて尊厳を損ねるといったことが起こりかねません。そういった危機感をはっきりと意識して気を配り、利用者の尊厳を損ねることのないように早め早めに指導していくという、現場リーダーのきめ細かい心配りが感じられ、好感が持てました。</p> |
|-------------------------|--|

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>(通番 3 事業計画等の策定)</p> <p>単年度の事業計画については、利用者、家族、職員を対象に行うアンケートをもとに作成され、各方面からの意見が反映されていましたが、中・長期計画の策定までには至っておりません。</p> <p>(通番 3 5 第三者への相談機会の確保)</p> <p>第三者委員を設置し、契約書、重要事項説明書等にも記載され、目につきやすいところに掲示されていますが、利用者やその家族がそれを知り、理解し、有効活用できるよう、より一層の啓発に努められることを期待します。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p>特別養護老人ホーム「ヴィラ多国山」は、同じ建物内に同法人が運営するケアハウスが併設されており、隣にはグループホームが設置されています。毎月1回、建物1階の大ホールを地域の方に開放し、映画の上映会を行うなど、地域住民の方々にとって、事業所が身近な存在である印象を受けました。このたび、第三者評価の受診を通して、各部門が連携を強め、現状を丁寧に見直し、改善策を考え、工夫を重ねてこられたことが感じられました。職員が一丸となって、日々行っているサービスの質の向上に真摯に取り組み、努力されていることに敬意を払いつつ、以下のことについて、工夫を加え改善されるようにアドバイスします。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・単年度の事業計画については、利用者、家族、職員の意見を丁寧に汲み取った上で作成されています。単年度の事業計画が長期的に連続性を持った計画となるためにも、中・長期的なビジョンをさらに明確に描いてみてはいかがでしょうか。職員一人ひとりが日々行っている実践が中・長期的な計画に反映されるよう、職員同士が将来のビジョンを自由に語り合い、共有できる機会を設けることもその一つではないかと考えます。</li> <li>・サービス計画の内容や利用者個人の記録に関して、関わる職員が共有し、定期的にケアカンファレンスが行われ、職員間の連携が図られているシステムがあることは確認できますが、事業所規模や繁雑な勤務体系を鑑みると、コンピューターの導入などもう一步踏み込んだシステムの構築を考える必要があるようにも見受けられます。</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>・第三者委員を設置し、契約書、重要事項説明書等にも記載され、事業所内にも掲示されていますが、利用者やその家族がそれを知り、理解し、有効活用できるよう、利用者の家族等に向けた広報紙や、4月開設予定のホームページにもわかりやすい形で掲載されてみてはいかがでしょうか。また、介護相談員や市民オンブズマンなど第三者への相談機会を確保することにより、さらなるサービスの質の向上を図られてみてはいかがでしょうか。</p> <p>・あらゆるマニュアルがきちんと整備され、各種委員会をはじめとする検討体制が確固たるシステムとして構築されており、高く評価できます。この点は「利用者を尊重した利用者本位のサービス提供」を実現し持続していくためには不可欠な部分です。事業所としては8年目を迎え、今後さらに次のステップへと移行していく中で、整えられてきたマニュアルやシステムが形骸化したり、現場と乖離していくことのないように、常に誰のためのマニュアル、システムなのかを問いかけつつ、ステップアップしていかれることを期待いたします。</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)

# 評価結果対比シート

|                          |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|
| 事業所番号                    | 2671500250                            |
| 事業所名                     | 特別養護老人ホーム「ヴィラ多国山」                     |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 介護老人福祉施設                              |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 短期入所生活介護(介護予防)、<br>認知症対応型共同生活介護(介護予防) |
| 訪問調査実施日                  | 平成23年2月23日                            |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>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 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>   |                   |     |  |      |      |       |
| <b>(1)組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 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）及び事業所のスタッフ全員が、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。   | B    | A    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 1. 法人理念及び運営方針については、事業所内に掲示されており、パンフレット等にも明示されている。職員の名札の裏には理念が明示されており、職員は常時携帯している。また、機関誌「アイリスたより」を通して、利用者の家族等に理解を深めてもらう取り組みがなされている。<br>2. 組織体制については、「施設会議」「介護部会議」をはじめとした各種委員会等が月に各1回以上開かれており、会議内容については議事録により職員へ周知されている。   |      |      |       |
| <b>(2)計画の策定</b>           |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 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。  | B    | 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. 単年度の事業計画については、利用者、家族、職員を対象にしたアンケートを行い、その内容を分析した上で、目標を設定し、半期ごとに達成度の確認が行われている。「サービス評価委員会」や「職員アンケート」により、職員の意見を汲み上げ、計画に反映されている。単年度の事業計画は作成されているものの、中・長期計画の作成については、今後の取り組みとしている。<br>4. 業務レベルにおける課題の設定については、各部門ごと(介護部においては各ユニット単位で)課題が設定されており、非常勤職員についても、管理職員との面談やアンケートを通して、意見が反映されている。 |      |      |       |
| <b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 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。   | 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。   | B    | 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、いつでもスタッフ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. 管理職員は外部研修等へ参加し、法令等の把握に努めている。「業務の手引き」「介護マニュアル」は遵守すべき法令を踏まえたものであり、各階のステーションや各ユニットに備え置き、全職員が閲覧できる状態であった。<br>6. 施設長は毎月初めに朝礼で運営方針やビジョンなど通達しており、職員からの意見等については、「意見交換会」や「職員アンケート」により、把握、評価、見直しを行っている。<br>7. 経営責任者は「管理日誌」等により現状を把握している。緊急事態が発生した場合は、「緊急時連絡手順」により責任体制と対応手順が明示されている。         |      |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>  |     |               |    |  |      |       |
| <b>(1)人材の確保・育成</b> |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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。  | B    | 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. 人員体制については、理事会及び評議員会において、常勤・非常勤職員数を一定に保つ方針が決定され、事業計画に定められている。「職員組織図」により、常勤・非常勤職員数の比率ならびに有資格者の配置を常に確認している。介護職については常勤職員の採用条件を介護福祉士有資格者とするなどの基準があり、資格取得のための事前研修も行われている。<br>9. 職員個々に目標を設定し、介護副主任(ユニットリーダー)による面談が行われている。<br>10. 担当者は「介護福祉士実習指導者講習会」を受講し、実習生には実習中にミーティングを行うなど、実習の受け入れ体制が整えられている。 |      |       |
|                    |     | 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、スタッフの労働環境に配慮している。  | B    | A     |
|                    |     | ストレス管理        | 12 | スタッフ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. 残業については適切に管理されている。また、個々の職員が時間内で仕事を終わらせるよう工夫し、協力し合っていることをヒアリングにより確認した。<br>12. 職員用の食堂、休憩室が整備されており、産業医を確保している。また、リーダーはメンタルヘルス研修に参加し、日々の仕事の中で職員の悩みに応じ、アドバイスやサポートを行っている。  |      |       |
| <b>(3)地域との交流</b>   |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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. 施設内1階の大ホールにて毎月1回映画の上映会を開催し、近隣地域の人も自由に参加している。大ホールを社会福祉協議会の敬老会等にも無料で貸し出し、活用されている。<br>14. 介護教室を開催したり、地域の介護教室に参加するなど、介護についての講演や実技指導を行い、技術も提供している。  |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1)情報提供</b>          |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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、理念・方針・事業等、事業所の情報が適切に表記されており、施設内の写真も多様に組み入れられて見やすくなっている。   |      |       |
| <b>(2)利用契約</b>          |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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。  | B    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | 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は、「重要事項説明書」に明記されており、介護保険外サービス等についても説明と同意が適切に行われている。利用者の権利擁護についても資料等が揃えられており、必要な場合に活用されていることを確認した。 |      |       |

| (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。   | B | 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。  | B | 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 | A |
| (評価機関コメント)        |    | 17～20. 利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況についてのアセスメントや個別支援計画の策定は、利用者自身(家族を含む)の希望を踏まえ、専門家(主治医等)の意見を反映し、適切に策定されている状況を聞き取ることができた。また、個別支援計画には目標が設定されており、計画の見直し等も定められた時期・必要に応じて行われている状況を確認した。   |   |   |
| (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. 入所時に「診療情報提供書」を受け、かかりつけ医との連絡体制が確保されている状況を聞き取った。入退院時における情報提供・共有等の連携も適切に図れている。  |   |   |
| (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、スタッフに活用されている。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 | 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。   | B | 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。   | B | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22. 標準的な業務マニュアルが策定されており、ユニットごとに事故防止対策が図られている。<br>23. 利用者一人ひとりの記録について書面が整備されている状況や、保管・保存・破棄に関する規定が確認できた。<br>24. 個人情報保護や情報開示の観点から研修が行われている状況も確認できた。<br>25. カンファレンスの際には家族と連絡をとり、必要に応じて面接を行っている。ショートステイの利用者については、利用ごとに家庭での様子と施設での様子について情報交換を行っている。また、「アイリスたより」を定期的に発行し、施設での行事などを利用者の家族等に伝えている。 |   |   |
| 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、スタッフ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。  | B | A |
| (評価機関コメント)        |    | 26. 感染対策委員会が定期的及び必要が生じた場合随時開催され、マニュアルが整備されており、見直しは年1回行なわれている。利用者に感染症が発生した場合は、家族の面会時には別室を使うなどして拡大を防いでいる。<br>27. 臭気対策としてオゾン消臭機が各トイレ、コーナーごとに設置されている。また、茶葉を再利用して各所に吊り下げるなど工夫がなされている。排泄物の処理についても適切に処置できている。   |   |   |
| (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。  | 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。   | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 28. 各種マニュアルが整備され緊急時の指揮命令系統が明確に表示されている。夜間を想定した模擬訓練他総合訓練、消火訓練も実際に地域との連携を意識しながら行っており、独自に「離施設者捜索に係るマニュアル」を整備し、訓練も実施している。<br>29. 実際に発生した事故については報告書、記録がきちんと作成され、事故防止対策委員会で再発防止のための検討が定期的に行なわれている。  |   |   |

| 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 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>      |     |                       |    |   |      |       |
| <b>(1)利用者保護</b>        |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 人権等の尊重                | 30 | 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            | 31 | 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              | 32 | 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>30. 法人理念において、利用者本位のサービス提供と利用者の基本的人権の尊重が明確に示されている。拘束、虐待についての研修を毎年行い、職員の意識向上が図られている。</p> <p>31. プライバシー保護について定期的に研修を実施し、マニュアルにおいても明確化している。共有スペースのトイレは入り口扉の内側に、更に暖簾を吊るなど、十分な配慮がなされている。</p> <p>32. 基本的にどのような条件の利用者であっても受け入れる姿勢であり、利用者の決定は公正・中立に実施されている。</p>   |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 意見・要望・苦情の受付           | 33 | 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 | 34 | 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。  | B    | A     |
|                        |     | 第三者への相談機会の確保          | 35 | 公的機関等の窓口に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>33. 利用者の意見・要望・苦情を聞き取ってサービス向上につなげようという意識を常に持っている。その例としては、御意見箱の設置、苦情窓口の掲示等があり、利用者、家族には申込み時の聞き取りを始め、ケアマネジャーと相談部が連携して個別面談を行なっている。また、様々な行事を催して家族の参加を促しており、自然な形で意見要望を聞き取る機会となっている。</p> <p>34. 意見、要望、苦情への対応はマニュアル等に明示されており、苦情についての報告書の作成ならびに公開も行っている。</p> <p>35. 第三者委員は置いているが、市民オンブズマンや介護相談員の受け入れについては検討中である。</p> |      |       |
| <b>(3)質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 利用者満足度の向上の取組み         | 36 | 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。   | B    | A     |
|                        |     | 質の向上に対する検討体制          | 37 | 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スタッフ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          | 38 | 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>36. 「サービス評価委員会」を設置し、「顧客満足度調査」を実施した結果を分析し、サービスの質の向上に役立っている。</p> <p>37. 他の事業所とも意見交換会を行い、情報収集に努めている。ユニット相互評価を実施すると共に自己評価を12月に実施し、来年度の事業計画に反映する予定である。</p> <p>38. 第三者評価については、開所以来初めての受診ということで、今後も受診されることが望まれる。</p>  |      |       |