

# アドバイス・レポート

平成26年3月28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26年1月14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山科）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<br/>(※)</p> | <p><b>1) 組織の運営と人材育成</b><br/>IS09001の手法を用いた計画的な組織運営を行われ、計画・課題の策定、責任者のリーダーシップ等が確実に実行されていることが確認できました。また、体系的な研修計画を作成し職員の資質向上・キャリアアップに努められていました。</p> <p><b>2) 個別状況に応じた個別援助計画策定</b><br/>関係部署からの意見照会が1つにまとめられ、個々のご利用者の生活歴や身体状況と、個別の援助内容が一覧できる施設独自の見やすい「くらしのデザインシート」という様式を工夫し、個別援助計画策定と利用者の生活の質の向上に努められていました。</p> <p><b>3) 家族との連携及びサービスの提供体制</b><br/>サービス担当者会議への家族様の出席率が9割近くに及ぶ等、ご家族との連絡を密に行われていました。また、各階でユニット化を模索されたり、職員研修やサービス向上委員会その他の委員会など、それぞれに活動計画が立てられ、活発な意見交換をしてサービスの向上に努められていました。</p>  |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>  | <p><b>1) 利用者満足度の把握</b><br/>利用者ヒアリングや事前アンケートから、特に食事内容の向上に関する要望を複数確認致しました。法人で全施設に毎日食事を配達されるシステムを採用しておられるため、一施設のリクエストに応えることは難しいとは思いますが、施設独自で食に関する満足度を向上させる努力が望まれます。<br/>施設では利用者・家族に対してだけでなく、職員や近隣地域にも対しても満足度調査を実施されていますが、「満足している点は？」「改善を望む点は？」という「満足度調査」と呼ぶには若干大まかな内容でした。特に利用者・家族に対しては、食事をはじめ施設で提供する個々のサービスについて具体的に聴き取る満足度調査が必要と思われました。</p> <p><b>2) 労働環境への配慮</b><br/>介護職員の員数について、利用者数に対する介護職員数が同種の施設に比較し若干少なく感じました。介護の負担感を感じやすい介護職員のストレスケアについて努力をされることが望まれます。</p> <p><b>3) 施設内の整理整頓と衛生管理</b><br/>施設内はおおむね整理整頓をされていましたが、入居者の作品の掲示をギャラリー形式にするなどして、展示方法に工夫があっても良いのではと感じました。<br/>また、施設見学時に職員がポータブルトイレの汚物容器に蓋をしないまま運ばれている様子を見かけました。容器内の汚物が飛散し周囲が汚染され、特にノロウィルス発生時など感染力の強い感染症等の拡大にもつながる危険もあるのではないかと感じられます。</p> |

具体的なアドバイス

### 1)利用者満足度の把握

対利用者、家族、職員、近隣地域にまでも「満足度調査」を行われ、結果を公開されていることは高く評価できますが、調査項目の内容について、特にご利用者やご家族に対しては、提供するサービス毎に具体的に複数の項目を設定したアンケートを実施されれば、より実態に即したサービスへの満足度が把握出来るものと思われまます。

### 2)労働環境への配慮

介護職員の配置目標を「看護師を除いた介護職員1名あたり利用者2.4人」と立てておられましたが、現状は介護職員1名あたり利用者2.5人程度の配置にとどまっているとのことでした。職員ヒアリングからも現場の介護職員の負担感への言及がありました。全国的にも介護職員の人材不足状態であるため介護職員の確保は困難ではありますが、介護職員の増員に一層努力されることが望まれます。

### 3)施設内の整理整頓と衛生管理

利用者の作品を壁面に掲示されておられましたが、若干無造作に掲示されているように感じました。特定のコーナーを設けたりするなど「作品」として尊重していただければと感じました。また、昔を懐かしむための京都の風物をプリントした掲示物は、スタッフルームの外壁上部に掲げられている掲示物用の「額」の裏に隠れて全体が見えませんでした。せっかく懐かしい風景を掲示されているのですからもっとよく見えるような工夫があってもよいのではと感じました。

汚物の入ったポータブルトイレ汚物容器等、特に感染源ともなる物品の取り扱いについて、感染拡大にも繋がり得るという観点から、介護職員への感染予防の研修等を通じて周知徹底し、今一度感染予防への認識を深められるといいのではないのでしょうか。

※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)

※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                    | 2674100041   |
| 事業所名                     | 特別養護老人ホームヴィラ山科   |
| 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サービス<br>(複数記入可) | 訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、介護予防訪問介護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、認知症対応型通所介護、居宅介護支援、介護予防居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日                  | 平成26年1月31日   |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都市老人福祉施設協議会   |

| 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)        |     | 職員研修等や各種会議・委員会を通じて、理念や運営方針が職員に浸透するよう努力・実践されていきました。                                 |      |      |       |
| <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。                  | 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)        |     | サービス向上委員会などでサービスの向上を検討されていました。計画策定や課題の設定も適切に行われており、職員全体で取り組んでおられました。               |      |      |       |
| <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。                                     | 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)        |     | 会議等を通じて法令遵守の取り組みを行っておられました。事業開始前に施設長が各部署責任者と連絡時間を持たれ、事業運営をリードされていました。              |      |      |       |

| 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 |
| <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。        | 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)    | 体系的、継続的な研修計画を作成・実施し、職員の質の向上に努められていました。介護福祉士実習などを受け入れておられました。   |  |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |  |  |      |       |
|                     |     | 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。 | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    | 職員に対する利用者割合から、介護職員の員数が若干不足気味ではないかと感じました。看護部長が「心の相談室」として職員の相談に対応しているとのことでしたが、事業所外部の専門家に相談できる体制を整えられることが望ましいのではないのでしょうか。   |  |      |       |
| <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)    | ホームページに毎月の施設の様子「はなみずき通信」を掲載されており、京都市老人福祉施設協議会の「ハートメッセンジャー」事業への職員派遣、「介護等体験」の受け入れ、「夏祭り」の開催などを行っておられ、情報公開や地域への貢献に努められていました。 |  |      |       |

| 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 |
| <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)  | ホームページに毎月の施設の様子「はなみずき通信」を掲載されており、施設見学の受け入れ等情報提供を行われていました。ホームページには、各階の平面図やフロア内の写真の掲示がみられませんでした。PDF版で施設パンフレットを掲載されればより施設全体をイメージできるのではと感じました。 |   |      |       |
| <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。 | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  | 適切な内容・料金の説明を行われていました。  |   |      |       |

| (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)        |    | 各項目について適切に行われていることが確認できました。関係部署からの意見照会が1つの様式にまとめられ見やすくした施設独自の様式(「くらしのデザインシート」)を工夫し、計画策定に活用されていました。ケアプラン管理票に基づき計画的にプランの見直しが行われており、法人内他事業所の介護支援専門員同士での勉強会で意見交換を行う場があるとのことでした。 |   |   |
| (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)        |    | 会議等を通じて医療や関係機関との連携体制が取れていることが確認できました。   |   |   |
| (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)        |    | ISO90001に基づいた各種マニュアルの整備・管理状況が確認できました。介護記録・会議を通じて職種間での情報共有が行われていました。広報誌「はなみずき通信」や家族会を通じてご家族に利用者の生活状況を報告されていました。  |   |   |
| (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)        |    | 感染症対策委員会を設置され、マニュアルの見直しや、研修等も適切に行われていました。施設見学の際介護職員がポータブルトイレの汚物容器を、蓋がないまま運んでいる様子を見かけました。汚物の飛散等の危惧があるかと感じられました。  |   |   |
| (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。   | B | B |
| (評価機関コメント)        |    | 事故対応マニュアルを作成し訓練も実施されていることを確認しました。昨年受けた災害を教訓に、地域とも連携した防災研修・訓練が行われることが望ましいと思われました。  |   |   |

| 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 |
| <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                | 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。             | 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)            | 職員研修やサービス向上委員会を通じて人権尊重の姿勢を示されていました。   |   |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |   |   |      |       |
|                         |     | 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)            | 「ご意見はがき」の配布や、家族会を開催したり、利用者個別懇談をおこなう等、利用者・家族の意見・要望・苦情を汲み上げられていました。市民オンブズマンや介護相談員の受け入れがありませんでした。これは多くの施設にとって難しい課題ですが、将来的に受け入れられることを期待致します。  |   |      |       |
| <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         | 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    | 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    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)            | 満足度調査は自由記述の形式で行われていましたが、具体的な項目を提示した形式で行なえば評価がよりわかりやすいと思われます。サービス向上委員会を設置、会議などを通じて全職員で取り組んでおられました。サービスの質の向上は「品質マネジメントシステム」に基づき計画・実施されています。 |   |      |       |