

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 25 年 1 月 11 日

平成 24 年 11 月 26 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 洛和ヴィラアエル 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><b>理念の周知と実践</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>組織の理念を玄関等に、見やすい位置及び大きな文字で掲示されて周知を図っておられました。また職員の名札裏面にも明記されていました。</li> </ul> <p><b>業務レベルにおける課題の設定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>各部門ごとに年度目標実行計画書に基づき、実行状況を数値化され、年 2 回評価を行なっておられました。</li> </ul> <p><b>質の向上に対する検討体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>年度毎に法人内で優秀職員を評価する「トップ オブ ユニットケア賞」を制定され、サービスの質の向上に努めておられました。</li> </ul>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>組織体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事務職を除き、職務権限等を明記した規定がありませんでした。</li> </ul> <p><b>実習生の受け入れ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>実習生のマニュアルは整備されていましたが、受け入れ側のマニュアルがありませんでした。</li> </ul> <p><b>職員間の情報共有</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ケアの記録、担当者会議録などについて、全ての職員が確認し、情報を共有する仕組みが不十分でした。</li> </ul>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>組織体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>事務職以外の職員についてもその役割と責任を明確にして規定しておくことは、組織の透明性を確保する上で必要と思われる。</li> </ul> <p><b>実習生の受け入れ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>受け入れに当たっての留意事項・手順等を明記した受け入れ側のマニュアルを整備されることにより、実習受け入れが円滑・適性に実施できると思われる。</li> </ul> <p><b>職員間の情報共有</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>利用者の記録等を確認した場合、サインをするなどして周知状況が分かる仕組みを構築されてはどうか。</li> </ul>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>同グループ内の隣接病院と連携され、積極的に人工透析を必要とする利用者の受け入れ、施設内にも透析室を設けて、入所中の通院の負担の軽減を図っておられました。</li> <li>前回の第三者評価において、改善が求められるべき事項についての認識が不十分な点がありましたが、第三者評価のアドバイスを是非運営に活かされることをお勧めします。</li> </ul>

※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	2654180062
事業所名	洛和ヴィラアエル
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成24年12月12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
<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。	A	B	
	(評価機関コメント)		・組織の理念を玄関等に、見やすい位置及び大きな文字で掲示されて周知を図っておられました。 ・組織図は整備されていましたが、事務職を除き職務権限を明記したものがありませんでした。			
<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)		・「自分が利用したいサービスを提供する」という目標を掲げて、介護サービスの質の向上に取り組んでおられました。 ・各部門ごとに年度目標実行計画書に基づき、実行状況を数値化され、年2回評価を行なっておられました。			
<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	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)		・遵守すべき法令等に、労働基準関係法令の明記がなく、パソコンで調べられる体制についての職員への案内が不十分でした。 ・毎年、管理者は職員からの自己申告書に基づいて面談し、職員からの意見を聞く機会を確保されていました。			

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	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の資格取得についての日程配慮、費用支援等が行われていました。</li> <li>・個人別研修経過記録(キャリアパス台帳)を備えて、段階的・系統的な研修が行なわれていました。</li> <li>・実習生受け入れマニュアルに、受け入れ側の手順を記載した文書がありませんでした。</li> </ul>		
<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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月、有給休暇の消化率等を勤怠月報で記録し、労働環境に配慮されていました。</li> <li>・メンタルヘルス対策として、外部の専門機関に相談できる体制がありました。</li> </ul>		
<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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域への情報公開のために、パンフレット・ホームページで事業所情報が発信されていました。</li> <li>・本部主催の「らくわ健康教室」や「糖尿病教室」に職員が講師等になり、事業所が有する技術・情報を地域に提供されていました。</li> </ul>		

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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・電話での問い合わせ、病院相談員との対応内容を詳細に記録されました。</li> </ul>		
<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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・成年後見制度についてのパンフレットを備え、判断能力の低下した方への配慮が行なわれていました。</li> </ul>		

(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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・センター方式のアセスメント様式を使用し計画見直しが行われていました。</li> <li>・他機関からのサマリーや送りにより、アセスメントがプランに反映されていました。</li> <li>・サービス提供管理表により、サービス担当者会議や計画書交付同意日の管理が行われていました。</li> <li>・サービス担当者会議への参加促進を図るため、電話による連絡が行われていました。</li> </ul>		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携が図られ、人工透析が必要な利用者も積極的に受け入れておられました。</li> </ul>		
(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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアルの見直しの基準が定められていませんでした。</li> <li>・文書管理規程に保管保存持ち出し規定が定められていませんでした。</li> <li>・職員全員が確実に共有している記録がありませんでした。</li> <li>・ケース記録で面会時に家族に施設の様子などを伝えた記録がありました。</li> </ul>		
(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、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。	A	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・食中毒インフルエンザの勉強会、感染症施設内研修が実施されていました。</li> <li>・車いす歩行器等が倉庫に整然と保管されていました。清掃は外部委託し点検表により確認され、清潔な環境が保たれていました。</li> </ul>		
(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
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・災害マニュアルにより災害発生時に、近隣の音羽記念病院との連携を図る体制がありました。</li> </ul>		

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。	A	B
		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)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束のマニュアルは定期的に更新されていますが、職員への周知徹底が不十分でした。</li> <li>・浴室改修による個室化、トイレや居室改修等、プライバシーに配慮したサービスが提供されていました。</li> </ul>		
<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。	A	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。	A	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	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・意見箱を設置し、重要事項説明書に相談窓口及び担当者が明示され、施設内に掲示もされていました。</li> <li>・家族等にサービス担当者会議や懇談会等への参加を促し、相談し易い環境づくりをされていました。</li> <li>・介護相談員を受け入れる体制が整えられていました。</li> </ul>		
<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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> <li>・年度毎に法人内で優秀職員を評価する「トップ オブ ユニットケア賞」を制定され、サービスの質の向上に努めておられました。</li> <li>・介護老人保健施設協会各部会に参加し、情報交換をされていました。ISO内部監査や3年計画・質の向上プロジェクトで評価、検討、改善の仕組みがありました。</li> </ul>		