

## アドバイス・レポート

平成 22 年 1 月 22 日

平成 21 年 12 月 5 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）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>業務レベルにおける課題の設定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>年度目標実行計画書を作成し、達成状況を毎月評価する事により、確実に目標に近づける様に取り組まれていました。また、計画書を基に各部署で目標を立て、達成状況を項目ごとに数値化し4段階評価する事で、課題の把握から改善まで取り組まれていました。</li> </ul> <p><b>管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>洛和会全体で、「組織運営風土アンケート」を年1回実施し、職場環境から有給休暇に対する思いなど、様々な項目を設け職員の思い等を運営に反映させておられました。</li> </ul> <p><b>労働環境への配慮</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>有給休暇、特別休暇、公休を組み合わせた7日間連続のリフレッシュ休暇制度を実施され、職員の心身の負担軽減に取り組んでおられました。</li> </ul> <p><b>ストレス管理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>「ヒューマンフロンティア相談システム」という外部委託の相談システムの仕組みがあり、職員の悩みや不安を受け付ける各種相談や法律相談、セクシュアルハラスメント相談等の窓口が設置されており、定期的または随時相談が可能である事を確認しました。</li> <li>職場環境改善アンケートや年2回の自己申告書に基づく個人面談を実施し、職員の業務上の意見や要望、悩みを把握し対応しておられました。</li> </ul> <p><b>アセスメントの実施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>アセスメントは個々の状況を詳細に分析できるセンター方式を採用し、他職種が連携して綿密な援助計画を作成されていました。援助計画見直しも国際規格(I S O)に基づき、3か月に一度実施されていました。</li> </ul> |
|------------------------|---|

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p><b>理念の周知と実践</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>組織の理念や運営方針等は掲示されていましたが、掲示位置が高くまた文字が小さいため、利用者等にとっては、見づらい状況でした。</li> </ul> <p><b>法令遵守の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>関連する法令等はすぐに調べられる体制があり、法令関係の研修も計画的に行っておられました。しかし、全職員への周知という点においては、確認しておられない職員もあり、不十分と感じました。</li> </ul> <p><b>利用者・家族の希望尊重</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>援助計画作成時には、利用者及び家族の意向等を事前に確認されていましたが、サービス担当者会議への参加促進への取り組みが不十分でした。</li> </ul> <p><b>職員間の情報共有</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>情報共有の仕組みがあり、確認した職員はサインをする事とされていましたが、全職員が確認できておらず、不十分でした。</li> </ul> |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p><b>理念の周知と実践</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>誰もが見やすい位置や文字の大きさに工夫されてはいかでしょうか。</li> </ul> <p><b>法令遵守の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研修に参加しておられない職員等にも確実に周知徹底する仕組みづくりをお勧めします。</li> </ul> <p><b>利用者・家族の希望尊重</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>積極的に利用者、家族がサービス担当者会議に参加する事で、目標実現への意識がさらに高まるのではないのでしょうか。</li> </ul> <p><b>職員間の情報共有</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>確認するシステムはすでにできあがっていましたので、それを確実に実践できるように再度取り組まれてはいかでしょうか。</li> </ul>   |
| <p>その他</p>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>老人保健施設において、透析を必要とされる方の利用が困難な現状において、同敷地内の洛和会音羽記念病院の機能を活用し、積極的に受け入れておられました。このことは、透析をしながら在宅生活を継続される利用者および家族にとっては大いに安心できるシステムとなっていました。</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<br>(1種類のみ)     | 介護老人保健施設                 |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 短期入所療養介護<br>介護予防短期入所療養介護 |
| 訪問調査実施日                  | 平成21年12月21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    | B    |       |
|                           | 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)        |     | ・組織の理念や運営方針等は掲示されていましたが、掲示位置が高くまた文字が小さいため、利用者等にとっては見づらい状況でした。   |      |      |       |
| <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)        |     | ・年度目標実行計画書を作成し、達成状況を毎月評価する事により、確実に目標に近づけるように取り組まれていました。また、計画書を基に各部署毎に目標を立て、達成状況を項目ごとに数値化し4段階評価する事で、課題の把握から改善まで取り組まれていました。   |      |      |       |
| <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    | 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)        |     | ・関連する法令等はすぐに調べられる体制があり、法令関係の研修も計画的に行っておりましたが、全職員への周知という点においては、確認しておられない職員もあり、不十分と感じました。<br>・洛和会全体で、「組織運営風土アンケート」を年1回実施し、職場環境から有給休暇に対する思いなど、様々な項目を設け職員の思い等を運営に反映させておられました。 |      |      |       |

| 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>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)    |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・採用基準としては、ヘルパー2級以上を基本としておられました。また採用後の資格取得を勉強会や受験対策講座等を開催する事によって支援し、取得後は十分な資格手当の体制を確認しました。</li> <li>・洛和会全体の年間教育研修や介護事業部教育計画があり、計画的に実施されていました。また研修報告に対して、所属上長が指導・助言するスーパービジョン・スーパーバイズ体制も仕組みとして確認できました。</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>・有給休暇、特別休暇、公休を組み合わせた7日間連続のリフレッシュ休暇制度を実施され、職員の心身の負担軽減に取り組んでおられました。</li> <li>・「ヒューマンフロンティア相談システム」という外部委託の相談システムの仕組みがあり、職員の悩みや不安を受け付ける各種相談や法律相談、セクシュアルハラスメント相談等の窓口が設置されており、定期的または随時相談が可能である事を確認しました。</li> <li>・職場環境改善アンケートや年2回の自己申告書に基づく個人面談を実施し、職員の業務上の意見や要望、悩みを把握し対応しておられました。</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>・健康教室や糖尿病教室等は洛和会グループで開催されていました。</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>・ホームページの文字の大きさを変更する事ができ、見やすい様に工夫されていました。</li> </ul>                 |      |       |
|                         |     | 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>・入所時に適切に説明され、納得した上でサービス利用されている事が、アンケート結果やヒアリングから確認出来ました。</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 | B |
| 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 | 定期的又は必要に応じて、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>・個々の状況を詳細に分析できるセンター方式を採用し、他職種が連携し綿密な観察、介護経過記録がなされていました。援助計画見直しも国際規格(ISO)に基づき、3か月に一度実施されていました。</li> <li>・援助計画作成時には、利用者及び家族の意向等を事前に確認されていましたが、サービス担当者会議への参加促進への取り組みが不十分でした。</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>・音羽記念病院が併設されており、医療との連携により、利用者が安心してサービス利用できる仕組みになっていました。</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。  | 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 | B |
| 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 | 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 | B |
| (評価機関コメント)        |    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報や記録の取り扱いに関する研修や規程等は整備されていましたが、個人記録やメモに対する個々の職員の意識が不十分と感じました。</li> <li>・情報共有の仕組みがあり、確認した職員はサインをする事とされていましたが、全職員が確認できておらず、不十分でした。</li> <li>・面接に来られる家族等には定期的に近況報告等をされていましたが、面会の少ない家族等に対しての近況報告等が不十分でした。</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>・感染症マニュアルが整備され、外部研修等を通して最新情報へ更新されていました。また感染症に関する研修や勉強会を計画的に行い、適切な予防対策を講じておられました。</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>・緊急時等のマニュアルや予防マニュアルは整備され、研修や訓練を計画的に実施されていました。</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>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    | B     |
|                        |     | 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)            |    | ・身体拘束禁止の取り組みや高齢者虐待防止法、プライバシー保護の研修や勉強会を計画的に実施されていましたが、全職員への周知徹底への取り組みが不十分でした。   |      |       |
| <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    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | ・相談窓口などの設置はされていましたが、利用者が事業所関係以外に意見・要望・苦情等を相談できる仕組みがありませんでした。   |      |       |
| <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    | B     |
|                        |     | 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)            |    | ・運営会議や全体ミーティングを月1回開催し、質に関する事項を検討・情報共有を行っておりましたが、全職員への情報共有や伝達が不十分でした。<br>・自主点検を基にした振り返りが年3回定例化されていました。また、国際規格(ISO)に基づく内部監査を年2回行う事で、より密度の高い評価を実施し、課題の明確化に取り組まれました。 |      |       |