

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 23 年 4 月 2 日

平成 22 年 12 月 20 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洛和ヴィラ大山崎）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>(通番 14) 地域への貢献 事業所の 1 階部分を地域の交流スペースとして開放し、行政や社協と連携して地域住民対象の講習会や介護予防のリハビリ講座を行っています。喫茶コーナーも定期的を開催して地域住民と積極的に交流を深めています。</p> <p>(通番 17) アセスメントの実施 アセスメントシートの作成にとどまらず、24 時間の利用者生活シートを作成して個別の課題を設定して、質の高いサービスを提供するために努力されています。</p> <p>(通番 36) 利用者満足度の向上の取り組み 利用者満足度調査を行い、家族の意向を聞き取り、サービス部門別の委員会（品質向上委員会、食事・行事委員会、アクティビティ会議、運営委員会）等を設置して全員委員会にフィードバックして検討を重ね、利用者の生活の質と満足度の向上に努めています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由( )</p>	<p>(通番 23) サービス提供に係る記録と情報の保護 個人情報に関する記録の保存、廃棄に関しては運営規定に記載されていますが、持ち出しに関する規定が定められていません。</p> <p>(通番 27) 事業所内の衛生管理等 施設の共有部分は外部の業者に委託されており、清潔に保たれていますが、点検票が設置されていません。</p> <p>(通番 28) 事故・緊急時等の対応 夜間緊急マニュアルを整備し、年 2 回の消防署の訓練を実施されており、うち 1 回は夜間想定訓練に取り組むなど万全を期しておられますが、地域との連携協定などは結ばれていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別養護老人ホーム洛和ヴィラ大山崎には、3年前にも伺いました。当時は著名な建築家によるコンクリート打ち出しの斬新な建物が非日常的に感じられ、高齢者にとってなじみの住まいになるのか、という疑問を抱きました。今回、3年という時を経てしっかりと生活の場となり、利用者の方たちも馴染んで、落ち着いた暮らしの場となっていることが確認できました。</li> <li>・ 当該事業所は国際基準 ISO9001：2008のシステムを利用してサービスの向上に努められ、前回はその内容を興味深く伺いました。当時はISOの基準に合わせるために、職員さんが記録に追われているという印象がありました。今回、ISOシステムに馴染み、日頃のサービス提供に関して、常に振り返り、自己評価ができるツールとして、有効に活用されていることを高く評価します。</li> <li>・ 1階の交流スペースについても、前回喫茶の開設等、構想を聞かせていただきました。当時はただの広い空間でしたが、地域住民の交流スペースとして、また講習会場として、人がくつろげる場になっていました。計画を立てて着実に実現されていることを高く評価します。</li> <li>・ 個人情報の保護について、パソコンのデータ管理等、小型で簡便なフラッシュメモリーなどの機器が開発され、「個人情報の持ち出し」についても厳密に管理していくのが今日の流れです。個人情報の持ち出しに関する規定を定められることをお勧めします。</li> <li>・ 事業所内の共有部分は外部の業者に委託されており、清潔に保たれていますが、管理点検票を作成して、事業所と委託業者間で衛生管理についての共通認識を図られることをお勧めします。</li> <li>・ 年2回、消防署の訓練に取り組むなどの内部での緊急時対策には万全を期しておられますが、建物の構造上スロープがないなど、実際の緊急時には、地域との連携が欠かせない事態が発生すると思います。 東日本大震災で地域の助け合いが大切だということを目の当たりにしました。事業所が避難場所になることも含めて、緊急時に備えて、地域との緊急時の連携に関する協定を結ばれるようお勧めします。</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	2671000046
事業所名	社会福祉法人洛和福祉会 特別養護老人ホーム洛和ヴィラ大山崎
受診メインサービス (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(複数記入可)	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	平成23年3月14日
評価機関名	京都府認知症グループホーム協議会

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>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。	B	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. 組織の理念～あなたが主人公です～を玄関に掲示、また運営方針を明示して運営規定に記載している。ホームページ、パンフレットや機関誌「うぐいす」に掲載して、利用者の家族、民生委員や地域住民に周知している。 2. 洛和ヴィラ大山崎はISO品質マニュアルに則り運営が図られており、毎月1回開催される各種委員会には施設長が参加して、職員の意向を聞き取っている。			
<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。	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. 年度当初の顧客満足度調査や前年度の課題をもとに、アクションプラン、ISO品質年度目標、研修計画を作成して、全員研修や品質向上委員会等で検討している。 4. ISOの年度目標実行計画書を作成し、各職種、ユニット毎に毎月、達成度の確認を行い、進捗状況を運営委員会で報告し、見直しを行っている。			
<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。	B	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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。	B	A	
	(評価機関コメント)		5. 法令遵守に関する外部研修に参加して、伝達研修を行っている。職員倫理規定を定め、職員が閲覧できる場所に配置しており、就業規則に明記している。 6. ISO品質マニュアルに運営責任者の役割を記載、施設長は運営方針を決定する各種会議に参画し、定期的な職員アンケートの実施や職員へのヒヤリングを行っている。 7. 緊急マニュアルを作成、緊急時対応はISO品質管理に伴う不適合サービスはすべて報告している。施設長・看護師は携帯で24時間対応を当番制で行っている。			

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>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。	B	B
		(評価機関コメント)		8、職員の採用は法人で行い、ヘルパー2級、介護福祉士等の有資格者を優先して採用、採用後には法人で受験対策を行い、積極的に資格取得への支援を行っている。 9、経験年数別の研修は法人で実施している。接遇マナー研修を行っており、外部研修を活用して施設内での伝達研修も行っている。スーパーバイズ記録がある。 10、実習生の受け入れマニュアルがあり実績もあるが、実習指導者はいない。		
<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)		11、有給制度があり、年間7日間の連続休暇の取得を推進している。夜勤時の仮眠2時間の取得は難しいが、ユニット毎での職員の宿直もあり夜間4人体制で臨んでいる。 12、宿直室・休憩室が設置されている。福利厚生制度、カウンセラー、対人援助の専門職が確保され、法人で外部の相談機関に連絡できる体制がとられている。		
<b>(2)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。	B	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、ホームページ、パンフレット、機関誌等で地域に広報している。利用者と職員が、地域の運動会や祭りに参加している。 14、行政、社協等と連携して地域住民の講習会を開催、講師を派遣している。建物の1階は地域の交流スペースとして開放され、喫茶や介護予防のリハビリ講座を開催している。		

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>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、ホームページを開設し、パンフレットを用意している。入所問い合わせの情報シートを作成して見学希望者に対応している。		
<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、重要事項説明書に、サービスに関する情報や利用料についても明記している。権利擁護に関して、司法書士による保佐人の対象者があり、資料等は交流スペースに設置している。		

### (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。	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。	B	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, 18, アセスメントシートに付随して24時間の利用者生活シートを作成し、サービス担当者会議には利用者と家族も参加してカンファレンスを行い、本人と家族の意向を反映した個別援助計画が作成されている。 19, 個別援助計画作成についてはケアマネからの意見や、退院時には主治医や看護師、作業療法士、管理栄養士、介護士、社会福祉士等の意見を取り入れている。 20, 個別援助計画は月1回モニタリングを行い、定期的に、また更新時や状態が変わったときに見直ししている。		

### (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。	B	A
(評価機関コメント)		21, 利用者の入退院時には看護・介護サマリーの書式を整えており、医師の指示書によって連携している。退所に関しては24時間の医療行為が必要な入院、またはご逝去に限られている。		

### (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。	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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		22, マニュアルは品質向上委員会で管理台帳を作成、必要に応じて見直ししている。 23, 利用者の記録は実施状況をモニタリングによって確認、状態の推移を色分けで分かりやすく記録している。個人情報に関する研修を定期的に行い、記録の保存、廃棄に関しては運営規定に記載しているが、持ち出しに関する規定が定められていない。 24, 利用者の情報は「記録用紙ボード」に記入して職員間で共有している。 25, 3か月ごとのサービス担当者会議は、家族が参加できる日に調整して実施している。利用者の手紙「生活の様子」を毎月、行事案内などを3か月毎に家族へ送付している。		

### (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。	B	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	B
(評価機関コメント)		26, 感染症マニュアルは研修に参加して見直し、月1回勉強会を行っている。感染症の利用者に関する受け入れ態勢は整えているが、受け入れた実績はない。 27, 環境管理専門員が臭気対策などを行っている。共有部分に関しては業者に委託して清潔に保たれているが、業者の点検票が作成されていない。		

### (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	B
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, 緊急連絡網を整備し、夜間緊急対応マニュアルを作成している。年2回消防署による訓練を行っており、夜間想定での訓練も実施しているが、地域との連携はできていない。 29, 重大事故はISO書式の不適合報告を行い、行政提出事故報告書を作成して事故防止や見直しを言っている。ヒヤリハット報告に基づき服薬管理マニュアルの見直しを行った。		

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>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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		30、身体拘束、虐待についての研修を定期的実施しており、現在身体拘束の事例はない。 31、プライバシー保護についての研修を行い、入浴は本人の意向に沿って、原則同性介助で行っており、各ユニットに一人は男性のスタッフを配置している。 32、利用者の受け入れについては、入所判定会議で決定、受け入れができないときにはケースに応じて医療機関などを紹介している。		
<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。	A	A
		第三者への相談機会の確保	35	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。	B	B
		(評価機関コメント)		33、34、ユニットスタッフに相談員を配置して本人や家族からの相談に応じている。苦情に関してはISOの基準に従って処理している。利用者満足度調査を行い利用者や家族の希望を聞きとって、機関誌「うぐいす」に公表している。家族懇談会には多数の参加がある。 35、第三者機関の相談窓口については重要事項説明書に記載している。介護相談員やオンブズマンの受け入れはできていない。		
<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。	B	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)		36、利用者の満足度調査を行い、品質向上委員会や全員研修会でフィードバックをしている。 37、サービス部門別に委員会(食事・行事委員会、品質向上委員会、アクティビティ会議、運営会議)を設置して、各職種間で情報を共有、意見交換を行っている。「岡山きのこエスポワール」の見学を行い、同法人内での相互研修を行って他事業所との比較検討を実施した。 38、ISOの定期審査で年2回の審査を行い、自己評価を行っている。前回平成19年に第三者評価を受信した。		