

様式 7

アドバイス・レポート

平成 20 年 2 月 20 日

平成 19 年 12 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
 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

評価が高かった点	I 健全な組織体制について (2) 組織体制 ①責任者等の協働 ④支援体制の充実 (3) 労働環境 ②ストレス管理 (5) 人材の確保・育成 ③OJTの実施 II 適正なサービス提供体制について (2) 個別援助計画 ③専門家等に対する意見照会 (3) 利用者等の希望尊重 ②希望等を引き出す働きかけ III 利用者保護の観点 (2) 情報提供 ④地域への情報公開
理 由	I 健全な組織体制について (2) 組織体制 ①責任者は国際基準 ISO9001品質管理システムに基づき、運営会議、リーダー会議(ユニットケア、感染症対策等を検討)、サブリーダー会議(介護に関する事柄の検討)、食事行事委員会(給食などを検討)、品質向上委員会(介護サービスについて検討)、サービス検討会議、ナースミーティング等様々な会議を開催して施設の運営状況について報告・検討を行い、事業所の運営にスタッフと共に取り組んでいます。 ④ヴィラ大山崎では医療法人・洛和会音羽病院と連携を取り、内科(週1回)精神科(月2回)歯科(週1回)の往診診療が行われています。また、利用者の状況が急変した時には直近の高速道を利用して約20分で音羽病院への搬送ができます。

	(3) 労働環境 ②EAP(ストレス管理)の相談室が設置され、リフレッシュ休暇(有休+特別休暇2日=連続7日間)の取得の奨励、職員互助の「むつみ会」、旅行補助、種々の施設の利用割引サービスなどを提供、活用され、スタッフのストレス解消に努めています。 (5) 人材の確保・育成 ③スタッフは「洛和会」全体で取り組んでいる自己申告シートを作成し、これに基づき年2回の面接を実施、目標等を確認して研鑽しています。毎月の全体研修会において勉強会・研修会の参加報告会を行なっています。 II 適正なサービス提供について (2) 個別援助計画 ③PT(リハビリ職)を専属配置し、専門家やスタッフの意見がサービス検討委員会で集約され「ゆるりの部屋」において、利用者の希望に沿った、趣味活動やリハビリが行われています。 (3) 利用者等の希望尊重 ②意見箱の設置場所を、受付の前からエレベーター前に移すなどの工夫して、吸い上げられた苦情については記録を残しサービスの向上に役立てています。 III 利用者保護の観点 (2) 情報提供 ④玄関正面のロビーはゆとりがあり、雨の日には保育園児の遊戯場として解放、講演会等が開催され入所者と地域の交流が行われています。ボランティア、小学校の体験学習等も受け入れています。広報誌「うぐいす」を地域に配布して施設の情報を提供すると共に、大山崎社会福祉協議会とも協力して地域の福祉資源としての役割を認識し、交流を図っています。
改善努力を要する点	II 適正なサービス提供体制について (4) 衛生管理 ②事業所内の衛生管理等 III 利用者保護の観点について (1) 利用者保護 ①人権等の尊重 ③個人情報保護 IV サービスの質の向上の取り組みについて (1) 苦情解決 ④苦情に基づくサービスの改善 (2) 質の向上に係る取り組み ①利用者満足度の把握
理 由	II 適正なサービス提供体制について (4) 衛生管理 ②施設内の共用部分の清掃は委託業者によって定期的に実施されていますが、利用者の個室内はプライバシー保護の観点から利用者自身や職員によって行われています。家族アンケートの中でも個室の整理整頓の徹底を望む声が寄せられていました。また、施設内の衛生管理者が明確に定められてい

	ませんでした。 Ⅲ利用者保護の観点について (1) 利用者保護 ①一人のショートステイ利用者について、家族の強い要望により身体拘束が行われていました。拘束に関する家族の同意書は作成されていましたが、より詳細な実施状況は（どのような時に、どれくらいの時間等）記録されていません。 また、利用者の写真が展示されていました。 ②個人情報保護に関して誓約書の文言が個人情報保護の制定以前の「秘密保持」となっています。 Ⅳ質の向上の取り組みについて (1) 苦情解決 ④苦情に基づくサービスの向上は I S O 9001 のシステム運用によって図られていますが、苦情や改善状況が公開されていません。 (2) 質の向上に係る取り組み ①利用者の満足度把握のため、年2回のアンケート調査を実施、I S O 9001 のシステム運用によってサービスの質の向上に役立てていますが、これらの調査結果は公開されていません。
具体的なアドバイス	・利用者の個室の清掃については、特に認知症のある方などは整理が出来ないのが障害の特徴にもなります。家族の訪問が日常的にあるということでしたので、スタッフのみでがんばるのではなく、訪問される家族とも話し合って協力を得るなど工夫をして取り組まれてはいかがでしょうか。 ・衛生管理者を定められ施設内に名前を掲げ、責任の明確化を図られてはいかがでしょうか。 ・利用者の人権を守ると言う観点からも意識して、身体拘束ゼロを目指し、品質向上委員会の重点課題として取り組まれてはいかがでしょうか。利用者の写真の展示など肖像権の問題も同様に検討されてはいかがでしょうか。 ・誓約書の「秘密保持」の文言は「個人情報保護」に改められてはいかがでしょうか。 ・苦情や満足度調査の結果を施設内に掲示されることや、広報誌「うぐいす」等に公開されることで施設の透明性が確保され、施設への信頼が増すのではないのでしょうか。 ・「洛和ヴィラ大山崎」は山のみどりを背景に、高速自動車道大山崎ジャンクションを一望する眺望と、著名な建築家の設計になる全室個室対応のユニット型の施設です。ロビーは広々としており保育園児の遊戯場や、講演会場として地域で活用されています。喫茶なども開設されるということでした。今後も地域に開かれ親しまれる施設として充実されて行かれることを期待しています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2671000046
事業所名	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)	ショートステイ、居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成19年12月21日
評価機関名	特定非営利活動法人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	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
Ⅰ 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	①	理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		②	運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		③	運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A
	(2)組織体制	①	責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A
		②	管理者による状況把握	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
		③	透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A
		④	支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
	(3)労働環境	①	労働環境への配慮	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
		②	ストレス管理	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。	A	A
		③	休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	A	A
	(4)課題の設定	①	重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	A
		②	業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(5)人材の確保・育成	①	質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A
		②	継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A
		③	OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	A	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				30	30	

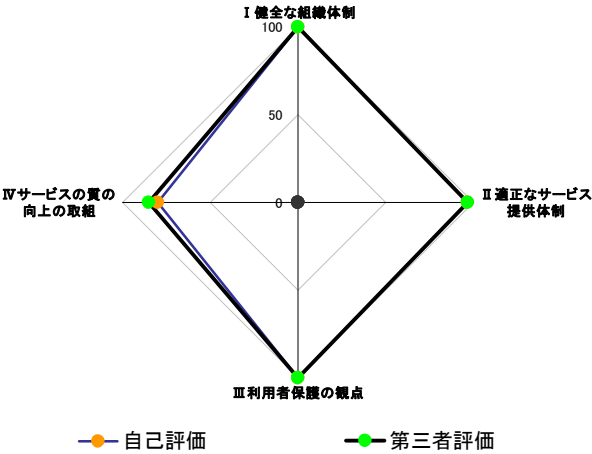
大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A
		② サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	A
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	A	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	A
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	A
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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
		② 事業所内の衛生管理等	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
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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
		② 事故の再発防止等	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
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				29	29

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、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
		② プライバシー等の保護	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
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。	A	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				20	20

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	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。	A	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	B	B
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	B	B
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	A	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	B	B
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	A	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				16	17

【大項目ごとの点数】		
大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	30	30
Ⅱ 適正なサービス提供体制	29	29
Ⅲ 利用者保護の観点	20	20
Ⅳ サービスの質の向上の取組	16	17

【達成率換算表】				
大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	30/30	100%	30/30	100%
Ⅱ 適正なサービス提供体制	29/30	97%	29/30	97%
Ⅲ 利用者保護の観点	20/20	100%	20/20	100%
Ⅳ サービスの質の向上の取組	16/20	80%	17/20	85%



	自己評価	第三者評価	府平均
I 健全な組織体制	100	100	0
II 適正なサービス提供体制	97	97	0
III 利用者保護の観点	100	100	0
IV サービスの質の向上の取組	80	85	0