

アドバイス・レポート

平成 25 年 4 月 9 日

平成 25 年 1 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（**ヴィラ端山介護老人福祉施設**）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>1) 新たな取り組みに対する姿勢 施設開設 20 年を超え、ハード面の老朽化が進み、利用者のニーズも変わってきている中で、従来の設備では限界を感じてきておられるようですが、毎月の研修で基本的な今さら聞けない気付きの振り返り等を行うなど、初心に帰ったソフト面でのサービスの質の向上に向けた新たな取り組みを職員一丸となって実行しておられました。また、職員の意見聴取から、介護経験が豊かな方がアドバイザーとして定期的にサポートされることにより、新たな取り組みへの職員の精神的な支えになっているとのことで、施設がよい方向に変わってきていることを実感しながら前向きに取り組んでおられました。</p> <p>2) サービスの質の改善への努力 毎年、満足度調査を実施されておられますが、今年度は利用者満足度調査と同じ調査内容で職員にもアンケートを取られ、職員が今の施設のサービス内容をどのように感じているのかを調査し、それを気づきとするため全職員に周知し、今後活かすことにより、サービスの質の改善につなげる努力をされておられました。</p> <p>3) ケアプランの質の向上 利用者の状態が変化した時など、その都度カンファレンスを開催し、モニタリングを行いプランに落とし込むなどカンファレンスに時間をかけられ、多職種が連携し関係職員からの意見が多く収集されていきました。その結果、ケアプランが利用者の生活に即したものとなっており、より具体的に作成されていきました。これは、日々のカンファレンスの積み重ねの結果であると思われます。</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>1)利用者の尊厳への配慮 施設の老朽化によるハード面については次年度にトイレ・浴室等の改修予定とのことでしたが、外来者からは感じ取られる臭気や居室、トイレ、浴室のカーテンなどが不十分でプライバシーが十分に確保されていないなど、ご利用者の尊厳や羞恥心に対する配慮が薄いように感じました。人権を考慮した利用者目線での取り組みが必要ではないかと思えます。</p> <p>2)利用者、家族の意見・要望の聞き取り 満足度調査は実施されていますが、利用者アンケートからも施設に対する様々な思いがあるようですが、意見箱も各フロアには設置されていないなど、ご利用者、ご家族からの意見、要望、苦情が伝わりにくい環境に感じました。</p> <p>3)管理運営者と現場職員との連携 管理運営者は、品質管理マネジメントシステムにより組織的な管理と年2回職員の意見を自己評価等で聴取され現場の業務を把握されているようですが、ご利用者の様子や現場職員の状況の把握が十分でないように感じられ、管理運営者と現場職員との間に少し距離感を感じました。サービスの質の向上には現場職員だけでなく管理運営者との連携が必要と思われます。</p> <p>4)各種記録について 介護ソフトが導入されていますが、入力方法等様々な理由で全く活用されておらず、介護記録等ほとんどの記録が手書きの状況で、日々の記録や転記の手に職員が疲弊されておられる様子がうかがえました。また読みづらさや記録の活用面からもパソコンによる入力の実用性を職員も感じられておられるようでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1)利用者の尊厳への配慮 ハード面の改修を次年度に予定されているようですが、まず現状においてプライバシーや羞恥心等ご利用者の尊厳について、利用者体験などを取り入れるなど、利用者目線での取り組みを管理運営者も含めて話し合うなど人権感覚を磨く取り組みをされてはいかがでしょうか。そして、その利用者目線で現状の環境面について改善を試みられ、そこからの気づきを改修に活かされてはいかがでしょうか。</p> <p>2)利用者、家族の意見・要望の聞き取り ご利用者、ご家族から意見、要望、苦情等を広く収集することは、サービスの質の改善のための出発点でもありますので、要望や苦情の出やすい環境づくりは大切です。カンファレンスへの参加や面談等で直接希望等をお伺いすることも当然必要ですが、意見、苦情等は直接言いにくいものと受け止め、満足度の調査とは別に家族に向けたアンケート調査の実施や意見箱を各フロアの利用者の方の目に止まりやすく匿名性が担保されるような場所へ設置する等、より多くの意見等を収集することにより、サービスの質の向上につながってはいかがでしょうか。</p> <p>3)管理運営者と現場職員との連携 管理運営者は、ご利用者の様子や現場職員の状況を把握し、事業全体を円滑に行えるようリーダーシップをとる必要があります。そのためには、現場職員からのヒアリングについても管理することを目的とした形式的なものではなく、現場職員</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>の思いが管理運営者に伝わり、反映されるようなヒアリングを実施されてはいかがでしょうか。そうすることで管理運営者と現場職員の連携も図れ、サービスの質の向上につながってくると思います。</p> <p>4) 報告書及び記録について</p> <p>介護サービスの提供に係る記録や報告書は、サービスの評価、見直しのためにより有効に活用しなければなりません。手書きでの記録がすべて悪いというものではありませんが、より有効に活用するためには介護ソフトの導入は有効です。既に介護ソフト自体は導入されているにもかかわらず、記録等の業務が手書きの作業となっており有効に活用されていません。現状の手書きの記録方法、報告方法をそのままパソコン管理に移行するのは難しく、また一部の職員でパソコンが苦手な方もおられるかとは思いますが、一度パソコン管理の良さや長所を職員間で共有する機会を持つなど導入への不安等を解消し、またパソコンのシステムと現状の書式等の乖離を調整して記録類をシステム管理できる仕組みを整備されてはいかがでしょうか。</p> |
|--|---|

※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 | 2670900055 |
| 事業所名 | ヴァイラ端山介護老人福祉施設 |
| 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) | 介護予防短期入所生活介護、短期入所生活介護、介護予防 通所介護、通所介護、介護予防訪問介護、訪問介護、居宅介 護支援 |
| 訪問調査実施日 | 平成25年2月13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 |
| I 介護サービスの基本方針と組織 | | | | | | |
| (1)組織の理念・運営方針 | | | | | | |
| | 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 | A |
| | (評価機関コメント) | | | 1)経営方針、運営方針、年度品質目標を策定し、名札の裏面に掲示するなど明確化、周知され、介護サービスの質に反映される仕組みがフロー化されています。2)案件別の決定方法はクオリティマネジメントシステムというサービスの質を組織的に管理し顧客満足につなげるシステムに記載されています。職員の意見等は所属長会議や職員全体会議において反映されています。職務権限については業務文章管理要領書で各責任が明確にされています。 | | |
| (2)計画の策定 | | | | | | |
| | 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 | B |
| | 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)単年度の事業計画は策定されていますが中長期の計画は理念の達成といったものでしかなく達成期間を定めた明文化されたものではありませんでした。計画の策定には所属長を通じて意向が反映されています。4)各事業所ごとに半期ごとに活動計画の進捗状況を確認し必要に応じて計画の見直しが行われています。 | | |
| (3)管理者等の責任とリーダーシップ | | | | | | |
| | 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 | 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 | B |
| | 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 | B |
| | (評価機関コメント) | | | 5)介護保険の集団指導への参加やその資料を各事業所に常設されています。また、行政からの文書を収受し各事業所に配布されています。6)職員の面談が年2回あり、また自己評価票に意見の記載欄を設けておられますが、自らの行動やリーダーシップについて職員から聴取されるシステムはありませんでした。7)責任者との連絡は携帯電話にて緊急時も取れる状況にあり、緊急連絡網も事務所、特養の事務所にも張り出されていますが、事業の状況を把握して指示を仰ぐという体制にはなっておらず日常の業務に関しては現場に任されていました。 | | |

| 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 |
| II 組織の運営管理 | | | | | | |
| (1)人材の確保・育成 | | | | | | |
| | | 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 | B |
| | | 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) | | 8) 職員の資格や取得可能資格を一覧表にして把握されています。採用に関しては基本的に有資格者を雇用することになっており、それ以外の場合は施設長の判断に委ねられているとのことでした。資格取得支援については、勉強会や参考書提示、資格取得後の資格手当の支給などを実施されています。9) 職員の研修計画は体系的とはいき難く、外部からの研修案内に対して関係職員が研修に参加するといったものでした。職員の気付きについては気付きアンケートを実施されています。10) 実習受入の基本姿勢は明文化されていました。実習指導者の研修の参加は最近3年間は実施されていませんが今後実施する予定とのことでした。 | | |
| (2)労働環境の整備 | | | | | | |
| | | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 11) 有給休暇は帳簿で管理され、半日、2時間単位での取得が可能となっています。勤務作成時に希望休が各自2日間取得可能とのことでした。12) 最近より、法人内の他の事業所よりアドバイザーの毎週1回の派遣を受けられています。福利厚生として2年に1回職員旅行があり、施設より費用の1/3を負担し、職員の2/3が参加されています。休憩場所は以前食堂に使われていたスペースを職員用に使用されています。 | | |
| (3)地域との交流 | | | | | | |
| | | 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) | | 13) 広報誌(端山だより)を年4回(3カ月に1回)発行し、事業所の概要、理念、苦情等を開示し、ご家族ご利用者だけでなく地域にも配布されています。地域の行事への参加についても職員が付き添って参加されています。14) 端山だよりに専門職からのコラム欄が毎回設けられています。秋に、介護保険等の相談コーナーを家族交流会開催時に実施されていますが参加者は少ないようでした。 | | |

| 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 |
| III 適切な介護サービスの実施 | | | | | | |
| (1)情報提供 | | | | | | |
| | | 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)重要事項説明書等は事業所内の各フロアに掲示されており、ホームページ等でもわかりやすく情報提供されていました。また施設見学等についても電話による問い合わせについても生活相談員が対応されています。但し、その記録は残されていませんでした。(見学月1回程度、問い合わせ5~6件程度) | | |
| (2)利用契約 | | | | | | |
| | | 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) | | 16) 生活相談員より説明されています。 | | |

| (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) | | 17)新規入所時にはフェイスシートによりアセスメントを行い、新規は3カ月ごとその後は6カ月ごとのモニタリングが行われていますが、退院時はサマリーに従って再アセスメントを行い、翌日にカンファレンスが行われています。18)サービス担当者会議にご本人は基本的に参加されており、家族も約1/3が参加されています。19)プラン策定にあたり主治医、理学療法士、看護師、介護職、栄養士等がカンファレンスに参加されており、不参加の場合は事前に意見を聴取しておられます。20)プランの見直しは、基本6カ月(入所時は3カ月)ですが、状況が変われば随時朝礼等のカンファレンスで、モニタリングを行いプランに落とし込んでおられます。 | | |
| (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) | | 21)医療機関とは、生活相談員、看護師が担当医師と情報提供、協議を行い、そのカンファレンスの内容は職員全員に回覧されています。退所の事例は過去1件あり、病院と調整され退所されたとのことでした。 | | |
| (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、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 | 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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 22)業務マニュアルはファイルであらゆる業務に到るまで整備され更新されていました。但し、使いやすい状況とはなっておらず、見出しを付けるなどの工夫が必要と思われました。23)サービス提供の記録はケアマネが行い申し送りにより情報を共有されていますが、すべてが手書きのため職員に負荷がかかっているようでした。記録の管理に係る規定は整備されており、研修も実施されていました。24)フロア会議を毎月開催しカンファレンスノートが回覧され情報を共有しておられます。25)ご利用者に関する情報は年2回開催される家族交流会開催時に直接伝えられ、また3カ月に1度発行される「端山だより」送付時に一緒にモニタリングの報告を送られています。 | | |
| (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 | B |
| (評価機関コメント) | | 26)感染症のマニュアルは整備されており、看護師による研修も年6回開催されています。感染症の二次被害防止のため発生時は個室対応されているようで、調査日にも1名感染症のため個室対応されていました。27)トイレに種類別のごみ回収の袋がそのまま置かれていたり、少しではあるが臭気が感じられました。 | | |
| (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) | | 28)事故発生を想定し、医療処置の実習等緊急時の対応をフロア会議等の中で実施されていました。29)ヒヤリハットや事故等についてはカンファレンスでフォローされています。 | | |

| 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 |
| IV利用者保護の観点 | | | | | | |
| (1)利用者保護 | | | | | | |
| | 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 | 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) | | 30)毎月開催されるフロア会議で不適切ケアについて気付きの場が設けられています。高齢者虐待についての研修も実施し、身体拘束委員会においても検討されています。31)プライバシーの保護については掲示と利用者情報保護誓約書提出等で周知徹底されています。介護を受ける高齢者のプライバシーや羞恥心への配慮についてフロア会議などで検討されていますが問題意識としての受け止め方として十分とは言えないように思われました。32)利用申し込みが受けられないようなケースはないようでした。 | | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| | 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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | 33)毎年1回家族会交流会開催時に個別に意向を聞く機会を設けられ、声掛けもされているようですが利用されることはあまりないようでした。利用者、家族の意向はカンファレンス開催時等その都度聴取され、その内容をフロア会議やサービス担当者会議に反映させておられます。34)利用者の意向は会議の会議録に記録され、3カ月に1回発行される機関誌に苦情等の対応状況を掲載されています。35)第三者委員は経営協の苦情処理ネットワークを活用されています。介護相談員について以前は導入されていたようですが現在は導入されていないとのことでした。 | | | |
| (3)質の向上に係る取組 | | | | | | |
| | 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) | | 36)年に1度満足度調査を実施され、その同じ調査を職員にも実施し質の向上に活かそうと取り組まれました。満足度調査の調査結果はマネジメントレビューとして次年度に活かされています。37)毎月開催されるフロア会議で全職種が参加して質の向上について検討し、そこで決定した取り組みについて次回会議において評価が行われています。また、他事業所の良い取り組みについては積極的に取り入れられています。38)自己評価は年1回実施され、その担当者は項目別に決められています。第三者評価についてはサービス種別ごとに順番に毎年受診されています。 | | | |