

アドバイス・レポート

平成26年1月8日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成25年7月1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 洛和ヴィラ桃山」につきまして、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

特に良かった点とその理由 (※)	○地域との交流と貢献（通番13・14） 長年の地域に根差した関係づくりに取り組んでいます。学区自主防災会と平成23年より「地域防災協定」を締結し、災害・消防等総合的な計画に基づき避難訓練を実施しています。地域サロンへの職員参加や、地元小学校児童との交流会、「女性会」の受入れ等、活発な交流が行われています。また、地域住民に向けた食堂の開放（平日の昼食）、月2回の配食サービスの実施など、事業所が有する機能を積極的に地域へ還元している様子が窺えました。 ○人材の育成と継続的な研修、ストレス管理（通番9・11・12） 質の高い人材の確保・育成に関して、組織的な方針が明確にされており担当部署で一元管理されています。職種・経験年数別のキャリアパス（研修体制）が整い、資格取得への支援体制が整備されています。また、職員のストレス解消に向けたカウンセリング体制（EAPシステム）や相談室が設置され、各種の福利厚生制度を整えるなど、職員の労働環境に配慮した運営がなされています。 ○個別状況に応じたサービス提供と認知症ケアへの取り組み（通番17・20） 今年度の事業所「実行目標」として、「ユニットケアの推進」「認知症ケア」を掲げ、取り組んでいます。認知症ケアに大切な利用者の生活環境を、「暮らしの情報シート」を活用して詳細にアセスメントし、本人・家族の希望を尊重した個別援助計画を作成しています。また、先駆的なユニットケア施設として、設備面で制約のあるなか、食器棚や間仕切り等を効果的に使うなど、ユニットケアの為の工夫が凝らされ、個性を大切に環境を整えています。年2回「家族会」を開催したり、様々な地域との交流を図ることで、利用者を中心とした家族・職員・ボランティアなどのチームケアが実践されていることが、見て取れました。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	○法令遵守への取り組み（通番5） 事業を実施するうえでの把握すべき法令等のリスト化はされていますが、職員も含め必要な法令等をすぐに調べる事が出来る仕組みづくりや、法令遵守への具体的取組みに課題がみられます。 ○業務マニュアルの見直し（通番22・29・30） ISOに基づく各種マニュアルは作成されていますが、苦情対応や顧客満足度調査の結果、並びに事故防止策、災害発生時の対応策など、時々の具体的改善策がマニュアルの変更に反映されていませんでした。 ○利用者保護の観点と満足度調査の反映（通番31・32・35・37） 「高齢者虐待防止法」や「プライバシー保護法」等の研修会は実施していますが、法律を意識した現場視点での研修として開催がなされていません。また、「利用者満足度調査」結果の分析・検討に基づいた調査前後のサービス改善策を組織全体で確認する仕組みが設けられていません。
具体的なアドバイス	○事業所の運営に際し遵守すべき法令等のリスト化はされていますが、必要な法令は多岐に亘るため、もう少し必要な法令（消防法・消費者契約法・災害対策基本法など）を追加することを期待します。また、業務上必要な法令のポイントを絞り、職員に研修などを通じて周知することをお奨めします。 ○業務マニュアルの見直しに際し、具体的な改善策の反映や各種マニュアルの充実化など、運用に向けた課題があることは施設長をはじめ各事業責任者も認識されており、すでに改善に向けて取り組んでいる事案も確認できました。今後も改善に向けた取り組みの継続を期待します。 尚、利用者ニーズを探るため、複数のアンケートを収集していますが、視点を変えてアンケート以外の方法（家族会等で直接聞き取るなど）で、利用者の意向調査を実施しては如何でしょうか。 ○「認知症ケア」の充実を目指す年度実行目標に関連しますが、利用者の尊厳の保持や権利擁護の観点から、高齢者虐待防止に対する具体策を法令・統計・資料などを基に検討し、現場における対応力向上に繋げることをお奨めします。 ○備品の収納庫が確保し難いなど、施設のハード面での制約はありますが、事故防止の観点からも浴室周辺の備品の整理が望まれます。収納庫の設置など、何らかの方法で収納される事を期待します。

(様式6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670900022・260990140（訪問看護）
事業所名	特別養護老人ホーム洛和ヴィラ桃山
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・通所介護・居宅介護支援・訪問介護・訪問看護
訪問調査実施日	平成25年11月19日
評価機関名	NPO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	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）及び事業所の職員全員が、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) 法人理念やISO9001に基づく「年度品質目標」を事業所内や玄関に掲示しています。毎朝、朝礼時の唱和だけでなく、職員の名札の裏に「理念カード」を入れ、いつでも確認できるよう携行しています。また、今年度の「実行目標」として「ユニットケア」「認知症ケア」を中心に据え取り組んでいます。法人の理念や運営方針を、契約時や家族会等の機会を通じ利用者や家族に丁寧に説明しています。 (2) 「ISO9001」に基づく組織のシステムが整っています。法人理事会で図られた決定事項は本部通達として「全体運営会議（各部署別管理者が参加）」→「各部門・セクションでの定例会議（委員会11種類）」に伝達されています。また、月1回開催の「ユニットごとのミーティング」や「朝のショートカンファレンス」等で職員の意見を吸い上げる仕組みが機能していることが、職員ヒアリングからも窺えました。組織図も月次毎に見直し、組織の意思決定プロセスの透明性の確保を図っています。			
(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	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) 法人の中・長期事業計画を基に「年度実行計画」を策定しています。年2回内部監査を実施し、「ISOマネージメントレビュー」や「全体運営会議」「質向上委員会」「ZKT会議（在宅サービス部門）」等で現状分析を行い、課題や問題点を明らかにすることで、「サービスの質の向上」を図る仕組みができています。職員の意向が反映した具体例としてユニット毎のパソコン配置やホールへの食器棚配置などが挙げられます。 (4) ISO（品質マネジメントシステム）の「年度実行計画」を策定し、「マネージメントレビュー」を半期ごとに評価しています。また、各職種、ユニット毎に毎月課題の達成状況の確認を行い、進捗状況を「全体運営会議」で報告し、必要に応じて見直しを図っています。			
(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り組みを行っている。		B	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。		B	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、いつでも職員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)		(5) 管理者等は法令遵守に関する外部研修や集団指導に参加し、必要な法令等の収集に努めています。遵守すべき法令等を、職員がすぐに調べられる体制や、遵守すべき事項を継続的に職員へ周知する仕組みが確認できませんでした。 (6) 品質方針や運営規程において運営管理者の役割や責任を表明し、「全体運営会議」等で周知しています。年2回、「自己申告書」を基に職員との面談機会を設け、職員からの意見を吸い上げていますが、管理者自らのリーダーシップや行動を評価する仕組みをもっていません。 (7) ISO：苦情処理手順に基づき、事業の実施状況の把握や職員への具体的指示が行える体制が整っています。また、サービスの質の向上に向けた「質向上に向けた検討シート」の作成や、事故対応時に「フォーカスチャートニング（経過記録の中で対応策を記載していく記録法）」を取り入れ、管理者がトラブルなどを把握し、具体的かつ的確な指示が出せるシステムが機能していることが確認できました。			

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	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)		(8) 職員採用や人事管理は、法人本部で行われています。職員個々の目標に沿った「キャリアパス研修」が用意されています。介護支援専門員や介護福祉士資格取得のための受験対策講座を法人独自で開催し、積極的に資格取得への支援を行っています。 (9) 年2回「力量評価」を行い、個人別年間研修計画を策定しています。キャリアパス制度に沿った研修や必要な技能・知識を身につける内部研修システム（法人全体研修・ヴィラ桃山全体研修など）が整っています。また、ユニットごとの伝達研修やユニットケア研修等も行っています。 (10) 実習生の受け入れについては「実習受け入れマニュアル」に基づき実施しています。高校、大学の介護福祉士実習や看護実習、社会福祉士の現場実習等を受入れています。法人内で実習指導者研修も行われています。			
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A	
	ストレス管理	12	職員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)		(11) インターネット（WEB）による勤怠管理が取り入れられています。法人本部による一元管理のもと職員の就業状況や意向に配慮しています。職員の負担軽減のため、今年から「スライディングボード」の導入を進め、理学療法士による使用方法の指導を行っています。 (12) 福利厚生制度の充実に力を入れています。年2回個人面談の機会を設け、職員の悩みや相談に応じています。職員親睦会（むつみ会活動）や常勤職員への「リフレッシュ休暇（10日連続休暇）」などが整っています。また、希望によりカウンセリングが受けられる仕組み（EAPシステム）や相談室が設置され、職員のストレス管理に取り組んでいます。			
(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「もも丸くん」を利用者や地域の小学校へ配布しています。また、自治会に回覧しています。長年の地域との関係ができており、「女性会」の援助のもと保育園のもちつきや防災訓練等、地域行事に参加しています。 (14) 毎年10月に開催される「洛和メディカルフェスティバルin桃山」で介護相談コーナーを設け、介護・健康相談を受けています。また、「桃山南学区地域防災訓練」に職員4名が参加しています。地域サロンにも職員が参加し手洗い指導や健康体操を行っています。地域住民に向け食堂を開放（平日の昼食）、月2回配食サービスを実施するなど、事業所の有する機能を地域へ還元しています。			

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
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) 利用者等にパンフレットやホームページ、重要事項説明書等で、事業所の情報や提供サービスの内容を適切に提供しています。入所後、制度変更や内容変更があった際にも、適宜サービス選択において必要な情報を説明しています。「見学記録」等から、問い合わせや見学にも対応していることが確認できました。			
(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) 利用契約書と重要事項説明書を基に、事業所の内容やサービスの内容について説明し、理解と同意を得ています。利用者の権利擁護については、現在、成年後見制度利用者はいませんが、デイ・居宅では後見人と契約を結んでいる方が3名おり、必要時には適切に権利擁護に繋げる仕組みが用意されています。事業所独自で司法書士と契約し、支援に繋げています。			
(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。		B	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) 独自のアセスメントシートに付随して「暮らしの情報シート」を作成し、利用者の状況把握に努めています。ケース記録から、初回や更新時だけでなく、3か月ごとに全ての利用者のアセスメントシートの見直しが行われていることが確認できました。 (18) 個別援助計画の策定にあたっては、家族及び利用者本人の希望を尊重していることが記録から確認できました。サービス担当者会議には利用者本人や家族が可能な限り参加できるよう工夫していますが、家族の参加者が少ない現状を事業所自ら課題として認識しています。 (19) 個別援助計画の策定に、主治医の意見書、他職種の意見、サービス担当者会議や退院前カンファレンスの情報・意見等が反映されていることが記録から読み取れました。 (20) 個別援助計画は3か月ごとにモニタリングを行い、必要に応じて見直しを行っていることが記録より確認できました。		
(4) 関係者との連携					
	多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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) 事業所に常勤医師が常駐しています。音羽病院との連携を密に図るなど、緊急時に即応できる体制が整っています。地域包括支援センターや行政・関係機関・団体、他事業所、民生委員等と有機的な連携をとっていることが記録等から確認できました。		
(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、職員に活用されている。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	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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
	(評価機関コメント)		(22) 「ISO品質マニュアル」が充実しており、内容も分かりやすく使い勝手の良いものとなっています。毎年見直しが行われていますが、利用者満足度調査の分析や事故防止策など具体案が反映される仕組みが確認できませんでした。 (23) 利用者の状況やサービスの提供状況については、「書類管理要領」に基づきケースファイルに適切に記録・保管されています。記録等については、保存、持ち出し、廃棄、情報開示等に関する規程を定めています。持ち出しに関する記録簿を作成することをお奨めします。個人情報保護に関する研修も実施し、その保護に努めています。 (24) カンファレンスを定期的実施するとともに、「送送りノート」や「伝達ノート」などを使い職員間の情報交換を行うことで、情報の共有を図っています。 (25) サービス担当者会議や年2回開催する「家族会」などの機会に、家族との面談機会を確保し、情報交換を行っています。		
(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、職員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)		(26) 「感染症対応マニュアル」を策定し、職員研修も実施しています。「感染予防委員会」で対策を検討し、二次感染予防に努めています。感染症の利用者に関する受入れ体制を整えています。 (27) 施設内の衛生管理は外部の委託業者による日常清掃や防虫駆除等、「定期清掃作業完了報告書」で確認しています。臭気対策は、1日2回の換気や加湿器（防臭機能有）を設置しています。		
(7) 危機管理					
	事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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。	B	B
	災害発生時の対応	30	災害発生時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
	(評価機関コメント)		(28) 「緊急対応マニュアル」が整備され、対応の指揮命令系統が明確にされています。年2回消防訓練（夜間想定も含む）を実施し、9月には緊急連絡訓練も行っています。 (29) ISO書式の「不適合報告書」や「苦情（要望）記録」などの報告検討書式を作成し、事故の予防・再発防止に取り組んでいます。マニュアルや事故防止策などの定期的な評価・見直しなどに活用されていません。 (30) 地元学区と「防災協定」を締結し、地域防災訓練へも積極的に参加しています。備蓄で水300ℓを備えています。その他の蓄えが十分ではありませんので、今後の課題と考えられます。		

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	31	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。	B	B	
	プライバシー等の保護	32	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。	B	B	
	利用者の決定方法	33	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)	(31) 組織の理念や運営方針に人権の尊重や尊厳の保持が盛り込まれ、職員に向けた研修（法人支援部による人権啓発研修等）が実施されています。「高齢者虐待防止法」に関する研修を行っていますが、虐待防止への具体策について職員への周知徹底が望まれます。 (32) プライバシーの保護に向け、採用時研修や内部研修を実施しています。利用者のプライバシー保護や羞恥心に配慮したサービス提供のための具体策の検討が必要と思われます。また、男性トイレの扉開閉時に中が丸見えになることがあり、視線を遮る何らかの工夫をされる事をお奨めします。 (33) 入所判定会議に地域民生委員等が参加し、利用者の決定は公平・公正に行われています。受入れができない時は、法人内の関連施設や医療機関と連携を図り対応しています。				
	(2) 意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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てている。	B	B	
	第三者への相談機会の確保	36	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	A	
	(評価機関コメント)	(34) 苦情（要望）記録を整備し、「利用者満足度調査」を行い利用者の意向（意見・要望・苦情）を拾い上げ、集約することに努めています。年2回「家族会」を開催し、利用者・家族の意向を聞き取っています。また、食事の意向を調査する「個別アンケート」等も実施しています。 (35) 利用者の意見・要望・苦情の対応方法を定め、迅速な対応が取られていることが記録から確認できました。これらの改善内容の「公開」も行われています。利用者の意向などを組織全体で対応している具体的記録などが確認できませんでした。 (36) 第三者の相談窓口を設置し、連絡先を事業所玄関口に掲示しています。また、利用者が相談できる機関、窓口などを重要事項説明書に記載し説明しています。				
	(3) 質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	37	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	
	質の向上に対する検討体制	38	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職員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	39	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)	(37) 特養の「利用者満足度調査」の実施、ショートステイでの「利用者ニーズ一覧表」など、満足度調査を年間を通じ何度も行っています。その調査の分析・検討結果に基づいて、調査前後でどのようにサービスが改善されたか確認する仕組みがみられませんでした。 (38) 各業務委員会（食事サービス委員会、行事委員会など）が開催され、検討内容を現場の伝達会議で周知しています。内部監査システム（ISO：マネジメントレビュー）を整備しており、サービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいることが窺えました。 (39) 第三者評価やISO内部監査（年2回）等を通じて、第三者の評価を定期的に受けています。評価結果を踏まえた課題の設定もなされています。前回の評価における課題の改善も図られています。				