

# アドバイス・レポート

平成 30 年 5 月 2 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 30 年 2 月 28 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ヴィラ 稲荷山 ）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><b>1) 事業計画の評価及び見直し</b></p> <p>事業計画について法人単位のもの、事業所単位のもの、単年度及び中長期それぞれに作成されていました。特に事業所の単年度の事業計画については毎月評価を行い、半年ごとに見直しが行われる等、事業計画の実行度合いを確認するとともに、必要に応じた見直しを実施されるなど計画を具体的に進める方法が講じられていました。また、中長期の計画についても修繕や改修のみならず 3 年後、10 年後を見越した事業所の展開や、職員の資質の向上等具体的な計画が掲げられていました。</p> <p><b>2) 働きやすい環境</b></p> <p>研修体系が新人、中堅、管理職に分かれ、更に細分化した研修体系を構築されており、職員が成長しやすい環境であると感じました。また、職員の横のつながりを強くするという発想から職員通路に職員の写真と手書きのプロフィール等を記載したカードを掲示し、普段は違うセクションで働く者が趣味などで結びつけられたりすることで職員間の距離を近づけるような工夫が施されるなど職員の定着に向けた取り組みも実施されていました。職員ヒアリングからも働きやすい環境であることを確認しました。</p> <p><b>3) 要望、苦情への対応</b></p> <p>以下の点などから、利用者、家族の意見を「聴く」工夫をされ、またその意見を考察し、課題解決に繋げるといった事業所全体での積極的な姿勢が感じられました。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の請求書にご意見葉書を同封し、届けられた葉書はデイサービスや拡大運営会議で「意見の捉え方、対応方法」について議論されています。必要に応じて意見については広報誌で取り上げておられます。</li> <li>・年 1 回利用者、家族、職員に実施される満足度調査では、サービス向上委員会課題を抽出し、改善提案実施書として具体化されています。自由表記の個別の意見も丁寧に取り上げておられました。集計結果を数値化して考察し、具体的行動案として総括して、広報誌での発信、冊子にして閲覧できる状態にするなどして、利用者、家族に結果を報告されています。</li> <li>・特養と合同で開催される家族懇談会は交流という側面を持ちつつ、利用者家族の意見交換する場としても活用されています。懇談会後にはアンケートを実施され、懇親会では語られなかった意見の収集や、意見を次の運営に活かす取り組みをされています。</li> </ul>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) ハラスメントの規程の整備                  セクシャルハラスメントの規程は整備され、男女各1名の相談窓口も設けられ相談しやすい環境を整えられていましたが、パワーハラスメントやマタニティーハラスメント等他のハラスメントについての規程が整備されておらず、口頭での注意喚起のみとなっていました。</p> <p>2) 第三者への相談の機会の確保                  苦情解決の受付窓口には第三者委員を選任されていましたが、介護相談員等外部の人材を受け入れて利用者の相談の機会を確保していくことについて、京都市の介護相談員の派遣状況など条件面的なことも含めて整備が難しいとのことで配置されていませんでした。</p> <p>3) 個別援助計画の見直し                  個別援助計画の見直しは3カ月に1回、担当の居宅介護支援専門員へのモニタリング評価は月に1回実施され、利用者の状況変化に応じて計画が定期的に見直されていましたが、モニタリングの中で、サービス計画実施状況に対する評価がやや画一的に感じる部分が見られました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) ハラスメントの規程の整備                  最近、職場における「いじめ」「嫌がらせ」などのハラスメントが増えており深刻な社会問題になっています。ストレス社会を背景にハラスメントは社会の様々な場面で見られます。特にパワーハラスメントや育児・出産に関するハラスメントは労働者の働く意欲を失わせ、離職に繋がります。セクシャルハラスメント規程は規定されていますがその他は注意喚起のみとのことでした。法的には規程までは必要ないかもしれませんが、例えばハラスメント全般の規程を作られ、その中でハラスメントごとに規定し、それぞれに相談しやすい窓口を掲載されてはいかがでしょうか。規程があることで、ハラスメント根絶に理解のある事業所であることを職員に示すことができ、職員も文書化されていることでハラスメントに対する意識が高まってくると思います。ハラスメントのない職場環境は職員間の上下、横の関係や男女、職種間にかかわらず良好な人間関係のもと連携が強まり、働く者にとって純粋に仕事の喜びや働きがいを感じることができると思います。</p> <p>2) 第三者への相談の機会の確保                  意見葉書、満足度調査や利用者懇談会等意見を聴き、課題解決に繋げる姿勢は素晴らしいと感じました。ただ、利用者が日々の生活の中で感じておられることを外部の第三者である介護相談員等に直接生の声や普段の生活の状況を見聞きしてもらうことで、苦情等には上がってこないような些細な、でも利用者にとっては重要な課題が見えてくると思います。介護相談員等の派遣については、例えば、地域と良好な関係性を築かれているようですので、個人情報に配慮した上で地域の民生委員や学識経験者等に定期的な訪問を依頼されてはいかがでしょうか。また、純粋な外部の人材ではありませんが、法</p>

様式 7

	<p>人内で内部監査を年2回実施されているとのことですので、その監査の際に事業所外の法人組織人材により利用者の相談機会の確保も兼ねて、利用者の声を聴くというのもいいのではないのでしょうか。</p> <p>3) 個別援助計画の見直し</p> <p>個別援助計画の備考欄で期間中の総合的なご利用の様子は記述されていますが、サービス計画に対してその期間をどう過ごされていたかを評価されることで計画の実効性が見えてくるかもしれません。立案されているサービス計画の具体的内容について項目ごとに実施の有無や評価ができる仕組みを検討されると、より一層充実した計画作成になるのではないのでしょうか。</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)

※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	2670900899
事業所名	特別養護老人ホームヴィラ稲荷山
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護老人福祉施設、短期入所生活介護、居宅 介護支援
訪問調査実施日	平成30年3月13日
評価機関名	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
<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) 理念等は入職時（非常勤、派遣含む）に採用時研修のプログラムの中で説明され、内容が記された携帯カードを各自が名札の裏に入れ随時携行されています。また家族等には家族交流会や広報誌により周知されています。 2) 案件別の意思決定方法や職務権限は職務分掌規程で明記されています。職員アンケートの実施（年2回）や意見箱での職員の意見は各部署の職員会議での内容が上席の会議にボトムアップされ、実際に取り入れられた事例もありました。		
<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)			3) 単年度及び中長期計画は法人だけでなく、事業所でも独自に計画を立てられており、単年度事業計画は進捗状況を毎月チェックされ、半期ごとに見直しをされています。中長期計画も3年後、10年後に向け職員育成や方向性など具体的に計画されていました。 4) 事業計画をもとにした職種や担当ごとに目標設定した方針展開表というものを作成され毎月の達成状況の確認や半期ごとの評価をされており、見直しや追加をされた事例を確認しました。		
<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	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) 把握すべき法令についてはマニュアルにリスト化されており、いつでも調べられるようになっていました。労働関係の法令等については職員の休憩スペースにも配置されていました。 6) 管理者の役割等は職務分掌規程で明文化されており、管理者は会議等にも出席し意見も述べられておられることを会議録で確認しました。職員の面談も年1回実施され、職員からの意見を入れられており、その際には事業所や管理者自身に対する意見などを聞いておられるとのことでした。また、組織活性化プログラムの職員アンケート内で運営管理者の事業運営に関する項目もありました。 7) 管理者は、日々の状況は日誌等で確認され、常時携帯電話で連絡を取れる体制となっており、緊急連絡網も作成され緊急時の状況把握もなされていました。		

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
<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)		8) 職員の採用は職員採用要領書の指針に基づき行われ、面接には理事長も立ち会われているとのことでした。採用後の資格取得支援については法人内で実務者研修を実施しておられ、喀痰吸引の50時間研修も随時受講されていました。9) 研修は教育訓練計画書に基づき実施され、新人、中堅職員、管理職等体系的に分けられており、特に中堅職員は役職者とそれ以外で研修メニューが替わるなど、経験、能力に合わせた研修をされていました。10) 実習の受け入れに関して基本姿勢が明確にされ、実習受け入れマニュアルも策定されていました。		
<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、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) 有給休暇は取りやすい環境で、時間年休も実施されていました。公休の希望も全てではないがある程度考慮しておられることを職員ヒアリングでも確認しました。また、介護休業や育児休業もとりやすい環境で、男性職員も昨年1年間育児休業を取られたとのことでした。12) グループ内に心理カウンセラーがおられ職員が直接相談できるようになっていました。ハラスメントの規程はセクシャルハラスメントの規程はありましたがパワハラや育児・介護に関するハラスメントについては口頭のみで周知されていましたが、規程は整備されていませんでしたので規程として明記された方がよいと思います。休憩場所は広く、業務場所からも離れたところに設置されていました。		
<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)		13) 事業概要や理念はホームページで開示されており、機関誌は事業所独自のものを毎月発行されて、館内にも1年分を掲示されていました。また地域の方と利用者が交流できるイベントとして事業所で開催される祭りに地域の方が多数参加されているとのことでした。14) 毎月開催される「こんこんカフェ」や年に1回開催される「介護者のつどい」において介護相談等を実施するなど、法人、事業所が有する専門的知見を地域に提供されていました。		

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
<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)		15) ホームページ、パンフレットでの情報提供の他、毎月の広報誌に施設の行事の様子などを掲載し、利用者や地域の方への情報提供をされています。また、見学者の対応も随時行っておられました。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		16) サービス利用に必要な料金や持ち物などは、利用のしおりや重要事項説明書の中に明示されています。成年後見制度利用の事例はないとのことでしたが、対象者がおられた場合に対応できる体制となっていました。		

(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) サービス導入時と年1回、アセスメントシートを利用してアセスメントされています。18) ご利用前は最初のアセスメントの時点で、利用者家族の意向を確認されています。サービス利用後の担当者会議開催の前にも利用者、家族からデイサービスでの意向を確認し、通所計画づくりをされています。19) 年1回はアセスメントを見直すなどしてサービス担当者会議で他職種からの情報を確認されています。必要な情報は担当ケアマネジャーを通じて情報収集されているとのことでした。20) 通所介護計画の見直しは3カ月に1回、担当の居宅のケアマネジャーへのモニタリング評価は月1回実施され、利用者の状況変化に応じて計画が定期的に見直されていました。ただ、サービス計画実施状況に対する評価がやや画一的に感じられる部分が見られ、通所介護計画の内容に対する評価が少し見えにくい状況に感じました。		
(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) 医療ケアの多い利用者への援助について、主治医のほか、他事業所などとも連携し援助を行っておられます。また、系列の病院と密に連携が取れ緊急時の対応も行っておられました。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) 法人共通の各手順書があり、見直しの規程を定め定期的に見直しを行っておられます。手順書は分類番号で体系的に管理され、見直しを行う部門まで規定されています。また、手順書は文書だけでなく絵や写真で分かりやすく、フローチャートも記載し実用的なものになっていました。23) 個人情報等の情報管理は記録管理規程で細かく規定され、保管、保存、持ち出し、廃棄について厳格なルールのもと管理をされています。個人情報に関する研修も実施されていました。24) 毎日の朝礼や通所介護申し送り日誌を使い利用者情報を共有されていました。また、変化のある利用者に対しては毎月のデイサービス会議において情報共有と対応の統一化を検討されているとのことでした。25) 連絡帳は家族からのご家庭での様子などの報告など相互に交流されている様子が窺えました。		
(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) 感染症マニュアルに基づき、年2回初動の動きや汚物の処理方法などの具体的な研修を行っておられました。また、事業所内の感染症委員会の委員が定期的に事業所内を巡回し、衛生面での不備がないか確認し、必要に応じて指導されるとのことでした。27) 外部業者による館内の清掃が行われていて、施設内の見学時にも尿臭などの異臭もなく、全フロアとも清潔感を感じました。		

(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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		28) 事故や緊急時における対応については、手順書としてのマニュアルをしっかりと整備され、研修も実施されていました。 29) 事故報告やヒヤリハットはともに事故再発防止に活用されていました。事故の集計も半期で行い現状把握されているほか、毎月委員会において分析、評価、対策を検討し施設全体での事故予防への意識を高く持たれていました。 30) 年2回、施設全体での防災避難訓練を実施し、地元の訓練にも参加され地域との連携も図っておられました。地域との防災協定は締結されていませんが、今後検討されるとのことでした。		

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

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。	A	A
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。	A	A
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) 身体拘束禁止の原則が明示され、高齢者虐待防止について入職時及び内部職員研修を年2回行っておられました。グレーゾーンの対応についても、事業所の自己の判断ではなく、行政に対応の取扱いを確認の上経過を記録に残し、定期的に対応についての評価を行っておられました。 32) プライバシーの保護については、業務手順書にも対応方法が明記され、年1回は確認されると同時に、プライバシー保護に関する研修を行っておられました。 33) 利用申し込みがあった場合は、受付申請書に記載し管理されています。ご希望利用日に空きがない場合は、他の空きがある曜日からの利用を勧めてみるなどして柔軟に対応されています。また、利用前のお試し利用（食事代のみ）をできるだけ勧められ、事業所の雰囲気やサービス内容を確認していただいてから、利用の意向を確認されているとのことでした。		

(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っている。	A	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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)		34) 毎月、ご意見葉書を利用者・家族に送付し、返信のあった意見は拡大運営会議等で議論され、必要な事項は改善提案実施書を作成するなど前向きに取り組んでおられました。また、年1回利用者満足度アンケートを実施し、集計結果を数値化して考察し、具体的行動案として総括されていました。 35) 苦情解決については、苦情解決実施要領書のフローチャートに沿って対応されていました。経過は、ご意見受付経過報告書に記載し拡大運営会議等で議論されていました。満足度調査では、総括結果を広報誌での発信し、冊子にして閲覧できる状態にするなどして、利用者、家族に結果を報告されていました。 36) 事業所の評議員でもある地域の民生委員の方が第三者委員を担当されていましたが、掲示が小さいためわかりにくい印象を受けました。介護相談員等の受け入れは今の所導入が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	37	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	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) 年1回利用者満足度アンケートを実施し、集計結果を数値化して考察し、具体的行動案として総括して、総括されたアンケート結果を広報誌等で発信されていました。 38) サービスの質の向上に関する検討委員会は、各部署の所属長が出席する拡大運営会議と、サービス向上委員会を毎月開催し、各会議や委員会の進捗状況や課題を確認し検討を行われていました。 39) ISO9001に基づく内部品質監査を年2回実施し、各サービスの適切な運営状況を確認する仕組みがありました。		