

# アドバイス・レポート

平成 29 年 3 月 29 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 29 年 1 月 12 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山科）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) 組織体制と事業計画等の策定</p> <p>法人全体の組織力や経験の蓄積が、ISO9001（品質マネジメントシステム）の認証を受け、事業運営をされています。毎月施設内の役職員が参画する拡大運営会議にて協議された活動内容を、施設長自らが理事長等の法人役職員に報告し意見交換されています。また、特養及び在宅サービス部門の運営会議をはじめセクションごとに毎月14の会議と13の委員会活動が実施され、職員全員が参画する体制となっており、役職者以外にも意見を発信する場が設けられていることで、風通しが良い職場と感じました。</p> <p>2) 職員育成</p> <p>職員育成のため新規の採用職員に対して先輩職員のマンツーマンによる指導体制を実施されて、効果を上げておられます。年度ごとに教育訓練計画やステップアップシートという独自書類の作成を実施されています。研修等の内容については、介護検討委員会や職員研修委員会で改善・評価をされていました。また、特養とデイの介護現場研修を通して他部門を知り、交流することができる仕組みは相互連携の為の良い取り組みと感じました。</p> <p>3) 個別援助計画の策定と本人・家族の希望の尊重</p> <p>ケアプランと日々の記録が一体化されており、誰が見ても分かりやすいようにファイリングされていました。特に「ほっと報告書」や「コールバック連絡書」は生活の中での小さな気づきを大切に記録されていました。また、個々の利用者のサービス担当者会議には全体の9割の家族が参加され、生活における希望の聞き取り等をしっかりとされています。このことにより、利用者・家族と施設の信頼関係が強く構築されていると感じました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 業務マニュアルの作成                  マニュアルについては法人全体で作成されたものやそれを施設独自にカスタマイズされたものを用い、ほぼ網羅的に作成はされていました。ただ、重度利用者の対応等、現場レベルでの共通の援助が実施できるような「手順書」のようなものが必要ではないでしょうか。</p> <p>2) プライバシーの保護                  人権等の尊重やプライバシーの保護については、全体研修を実施されているとの報告を受けましたが、見学時、各フロアにて利用者のすぐ隣でファイルを開け記録を書かれておられる状況に違和感がありました。今後、タブレット端末等の導入も検討されているとのことですが、記録場所等の検討をされてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 地域との交流                  施設周辺の公共道に外灯を設置されたり、施設の秋祭りや認知症カフェ等への参加を呼びかけられたりと、地域との連携は図られています。また、近隣の老人保健施設との共同防災訓練は実施されていますが、地域の自治会や消防団との災害時の取り決めや訓練はされていないとの事でした。以前発生した水害の経験も踏まえ定期的な防災訓練の機会を持たれてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 業務マニュアルの作成                  施設独自でカスタマイズされたマニュアルにおいても形式的な部分が多く、実態にそぐわないとの意見も聞かれました。職員によって援助の仕方が違うことで、利用者自身も戸惑われることも有り、事故へと繋がる要因ともなります。援助手順が複雑な方から、新人職員も理解できる手順書の作成を試みられてはいかがでしょうか。</p> <p>2) プライバシーの保護                  日々忙しい業務の中、いつ・どこで記録を書くのか大変苦労されていると思いますが、利用者のおられる目の前で記述はプライバシー保護の点から再考されてはいかがでしょうか。例えば、日中シフトの中で一定の記録時間をとり、順番にスタッフルームという利用者からは少し離れた環境で実施されることで、利用者情報を守るという事に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>3) 地域との交流                  災害時の福祉避難所としての機能を地域に積極的に公開することは、社会福祉法人としての地域貢献につながります。また、現状有している施設の機能（備蓄や法人のバックアップ体制）の公開は地域住民の安心にもつながります。近隣の老人保健施設を含めた一体的な協定を、地域の自治会や消防団と締結され、連携しての土砂災害や水害等の防災訓練の実施等提案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)

※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	2674100041
事業所名	特別養護老人ホームヴィラ山科
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、通所介護、介護予防通所介護、訪問介護、介護予防訪問介護、認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、居宅介護支援、介護予防支援
訪問調査実施日	平成29年1月26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
<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)施設パンフレットや機関紙、ホームページ等に明示されています。また、各職員には職員会議において報告をされています。2)理事会を組織の核として法人における年度事業計画の策定を実施されています。		
<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)全職員を対象とした職員会議をはじめ、運営や年度方針を確認するための運営会議が設置されています。また、各職種ごとの会議を設置され業務ごとの目標を設定されています。4)ISO9001シリーズを導入し各部署ごとに目標を設定、品質マネジメントシステム推進委員会にて評価をされています。		
<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)運営において必要な法令はコンプライアンス管理規定に集約されています。また、新しい情報等が公開された時は施設内のネットワークを用い周知されています。6)各委員会の委員長は施設長からの指名により運営権限を付与されています。また、施設長及び部長・課長によるヒアリングは年4回程度実施されていました。7)緊急時はコールバック連絡書(独自様式)を作成し情報の集約を図り、管理者等への連絡を実施されています。また、同書式を用い再発防止にも努められています。		

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
<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)有資格者や経験者を中心に採用を実施されています。介護支援専門員受験対策講座を実施され資格取得のバックアップもされています。9)個々の職員の教育訓練計画が定められています。また、新規採用職員については、現場の先輩職員による専任の教育担当者を配置されています。10)実習生の受け入れの基本姿勢は受け入れマニュアルに規定されています。最近では、福祉系大学等からの実習申し込みがほとんど無く、教職員の研修が主となっているとのことです。		
<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るげ、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)職員相互間の連絡が行き届くために、イヤホン付トランシーバーが導入され、職員間連携が向上したとヒアリングから確認しました。12)現場から離れて食事が出来るようにと、職員食堂が配置されていました。また、職員用の意見箱を設置し広く意見を拾う対応をされています。		
<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)毎日曜日にデイスペースを使用し介護相談等を主としたカフェを開催されています。また、施設の秋祭りに地域住民を招待されています。14)高齢者の居場所づくりの一環として、本体以外のサテライトデイや近隣の会館等でサロンを展開されていました。また、近隣大学の介護体験や小・中学校のチャレンジ体験等を受け入れられています。		

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
<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)施設機関紙をはじめパンフレット、ホームページ等でサービス選択に資する情報を開示し、見学には主に現場の役席者が対応され、日誌に記録されていました。		
<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)介護保険内サービス料とその他サービス料については詳細に重要事項説明書に記載されていました。		

(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)「くらしデザインシート」と呼ばれる書式を用い、利用者の状態を把握されています。また、把握した状態に変化がないか3ヶ月ごとに評価(モニタリング)をされています。18)「くらしデザインシート」や評価表から、利用者の希望や課題を抽出し援助計画が策定されています。大きな変化が無い方については、年2回程度更新を実施されています。19)援助計画作成時は嘱託医や看護師、管理栄養士をはじめ普段介護にあたられている担当介護職員の意見を集約し計画に盛り込まれていました。20)援助計画と援助記録が一体化しており、援助過程において修正等が必要な計画については必要に応じ対応されています。また、病院からの退院時や要介護度の変更時は速やかに計画の修正が図られています。		

(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)協力医療機関とは、「情報提供書」により利用者情報を提供・收受されています。		

(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)標準的な業務マニュアルは法人全体で統一されていますが、必要に応じてヴァイ山科独自にカスタマイズされていました。23)援助計画や記録等の利用者情報は個々のケースファイルに集約されていました。また、文書の扱いは管理規程に定められていました。24)朝礼や引継ぎミーティングによる口頭と介護日誌や申し送りノートによる文書での申し送りが実施されていました。25)年2回の家族交流会には20名程度の家族が参加されます。認知症についてや施設の看取り対応について説明をされています。また、機関紙「はなみずき」を毎月発行され、日頃の様子を写真や文章で届けられています。		

(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、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)感染対策委員会が中心になって最新情報の更新を行い、マニュアルに基づき研修をされ、実施記録が残されていました。27)廊下等フロア内の清掃は行き届いており、臭いもほとんど感じられませんでした。ただ、マットレス等の備品が食堂フロア内の和室スペースに集積されています。利用者の方の活動フロアでもあります。収納スペースへ移動するか、和室スペースの活用度も低いとのことから収納スペースへの転換等検討されてはいかがでしょうか。		

## (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。	B	B		
(評価機関コメント)		28)各種マニュアルは整備されています。また、必要な研修は実施されています。29)ヒヤリ・ハット事象については、「ほっと報告書」という独自様式に記入されています。また、事故事象については「コールバック連絡書」に記載され、フロア会議や安全対策委員会等で分析・改善策等を検討されています。30)平成25年の鉄砲水による災害を施設の「水害の日」と位置づけ訓練等を実施されています。また、施設内に3日間の備蓄を上層階に保管し再度の水害を意識した取り組みをされています。ただ、地域との連携を意識したマニュアルの作成や地域との合同の防災訓練は実施されていませんでした。				
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。	B	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)高齢者の尊厳の保持については、サービスの品質方針や事業計画で謳われています。また、権利擁護に関する職員研修も実施されています。32)施設の構造上、相談事や面談は他者へ聞こえないよう、相談室にて実施されています。ただ、各フロアにて利用者のすぐ隣の介護記録の記入は、プライバシー保護の観点から再考されてはいかがでしょうか。33)入所選考には保育園の理事や同区内児童館館長も第三者委員として参画され、入所指針に則り決定されています。		

## (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)利用者に対しては毎年の満足度調査や食事の嗜好調査を実施し、家族に対しては毎月発行の機関紙にご意見はがきを送ったり、年2回の家族交流会の場で意見を収集されています。35)満足度調査やご意見はがきなどに寄せられた要望等、改善可能な事柄については随時実施し、機関紙等で広報されていました。36)外部の人材を受け入れての相談機会の確保が出来ていませんでしたが、法人内他施設の特養相談員が利用者意見の聞き取りをする機会を作っておられました。		

## (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)利用者及び家族への満足度調査を毎年実施されています。特に食生活については細かく聞き取りをされています。38)施設内の各所に品質マネジメントシステム推進員会作成の掲示物等があり、常にサービス水準を維持する取り組みをされています。39)国際標準規格のISO9001の認証を取得、継続認証を受けておられます。それにより、サービスの自己評価を実施されています。		