

様式 8

評価結果通知書

平成 27 年 1 月 20 日

社会福祉法人 青谷福祉会  
特別養護老人ホーム ヴィラ稲荷山 管理者様

一般社団法人京都府介護福祉士会  
会 長 杉原 優子



平成 26 年 11 月 12 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた貴事業所の評価結果について、下記のとおりお知らせします。

なお、今回の第三者評価結果に基づき、「アドバイス・レポート」を作成しましたので、今後の事業所の運営に御活用ください。

なお、評価結果についてご意見等がある場合には、通知を受理されてから 7 日以内に、別添 [様式 9] に基づいて当評価機関宛にご提出ください。

記

評価結果 … 別添「評価結果対比シート」のとおり

# アドバイス・レポート

平成27年1月20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26年11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>○利用者満足度の向上の取組み ・年1回、満足度調査（アンケート）を利用者・家族・職員に対し実施し、抽出された課題はサービス向上業務改善委員会を中心に検討されていました。また、アンケートの集計は機関紙に掲載されるとともに冊子にされ、玄関先や各フロアの入口に置かれ閲覧できるようになっていました。掲示物等も利用者の視線・来客者・職員の視線に合わせて高さを変えるなどの配慮がされていました。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 ・記録、マニュアル、規程等は、ISO9001の規格要求事項に従って整理されており、保管・保存・破棄に至るまで厳密に定められたとおり実施されていました。</p> <p>○地域との交流 ・開設後 7年目を迎え「施設機能の活用」に意識をもって事業所全体で取り組まれていました。例えば 1) 地域高齢者対象の入浴機会の継続 2) 職員だけでなく利用者も共に多くの地域行事への参加 3) 地域住民の方々へ種々のボランティア活動を呼びかけておられ、またその交流会組織も構築されておられました。 4) 今後の認知症高齢者の増加に対応するために、次年度には「オレンジカフェ」の設立を目指しておられました。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 ・武田グループという法人機能を活用し、職員教育やスキルアップ研修等の積極的・効果的に取り組まれており、「介護の質」「職員の質」に繋がっていることを確認しました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 ・運営管理者は組織全体におけるリーダーシップを十分に発揮されていることがヒアリング等で確認できましたが、管理者自身が評価をされている具体的な書面での確認ができませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 ・職員アンケートを実施される時に、管理者評価に関する項目を加えられてはいかがでしょうか。そのことでより一層確実な組織となるのではないのでしょうか。</p> <p>その他 ○専門家等に対する意見照会 ・3カ月ごとのモニタリングで、多職種からの意見を集約されていましたが、医師からの意見が明確にされておらず、看護師の意見と混合していました。医務室からのコメント欄に（医師より）（看護師より）と改行し、より明確にされてはいかがでしょうか。</p> <p>○災害発生時の対応 ・防災計画も丁寧に作成されていましたが、風水害を含む災害のレベルに応じた召集体制を明確化しておくことで、さらに実効的な計画となりますので、風水害及び震災時の行動（召集）規定を検討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	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)	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)	通所介護・短期入所生活介護(予防含む) 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年12月25日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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. 全ての職員の採用時研修において当該項目が記載されており、研修実施記録で確認しました。また、各職員は「年度方針展開表」を作成し、進捗状況の確認と上司の承認を受けることになっていました。 2. 施設の組織図において指揮命令系統の確認を行いました。また、「職員アンケート」を実施し、その結果を計画に反映できる体制や、「やりがいコンテスト」の実施など職員の声や行動を生かすことができる体制になっていました。			
<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. 「年度方針展開表」を特別養護老人ホーム全体で、毎月の進捗状況や達成率が記入され管理者が確認されていました。 4. 各フロア毎や職種別においても「年度方針展開表」が作成されており、誰もが常にその達成状況を確認できる体制がありました。			
<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。	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. 必要な関係法令は見やすく整理されており、また、職員も見やすい環境作りがされていました。(事務所・休憩室・パソコン画面等) 6. 運営管理者は組織全体におけるリーダーシップを十分に発揮されていることがヒアリングで確認できましたが、管理者自身が評価をされている具体的な書面での確認ができませんでした。 7. 組織図、日報、緊急マニュアル等で管理者は状況把握と具体的指示を行っておられました。			

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. 職員採用基準を面接時に使用される「面接表」で確認しました。また、法人内組織を活用して、「資格取得支援研修」「医療的ケア研修」も実施されていました。 9. 研修プログラムは各レベルに応じたものが規定され、実施については勤務時間内に行われていました。また各職員は「わたしの足跡」ノートを所持しており、自己確認と組織確認ができる仕組みとなっていました。 10. 実習マニュアルを整備し、実習指導者研修が行われ、受け入れ実績もありました。		
<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. 有給休暇消化率・時間外労働の実態・産休取得等書面を整備し、毎月把握できる体制となっていました。福祉機器(スライドボード等)も現場の意見で導入されました。 12. 日中の休憩室の確保に加えて夜勤帯の休憩時の男女別室になるように配慮がされていました。職員対象の「意見箱」の設置を行うことでセクハラ対応や広く意見が集約される仕組みとなっていました。		
<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. 機関紙・ホームページ等で法人活動状況が掲載されていました。3年前より「地域ボランティア受入」に取り組み、数種類のボランティアグループの結成と年間2回のボランティア交流会の実績を確認しました。利用者も地域の活動に参加されていました。 14. 地域防災訓練に職員派遣を行い、技術講習役を担っておられました。伏見区北部のオレンジカフェ設置を具体化する取り組みをされていました。		

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. ホームページやパンフレットは見やすく必要な事項も記載されていました。また、見学等に対応した記録も日誌に記載されていました。			
<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. サービス内容や料金等については重要事項説明書や料金表等で説明を行っており、本人または代理人からのサインがありました。また、成年後見制度については、パンフレットを用意するなど、希望に応じた対応ができるようにされていました。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 法人共通のアセスメントシートを用い、定期的な見直しが行われていました。 18. サービス担当者会議前に本人や家族と面談し、思いや希望の聞き取りを行ってられました。 19. モニタリングの段階で多職種からの意見を聞き取り、プランに反映されていました。 20. 業務手順書に従い、3か月ごとに見直しが行われていました。また、入退院等、状態の変化に応じて随時見直されていることも確認しました。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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. 武田グループの病院との連携がとれており、退院時の連絡調整などにも同席していることが記録されていました。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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. 法人内共通の業務手順書があり、文書管理規程で見直し時期が定められており、定期での見直し及び随時の見直しが行われていました。 23. 記録は規程に定めた保管・保存・廃棄をされ、職員に対する研修も行われていました。 24. 日誌や申し送りノートのほか、モニタリングも多職種で行い、意見集約ができる仕組みがありました。 25. 3か月ごとのモニタリングで家族と面談する機会を設けているほか、年2回の家族交流会を実施されていました。			

(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. 感染症の種類ごとにマニュアルが整備され、緊急時に即対応できるように対策グッズの中にも簡易版の手順書がありました。 27. 館内清掃は外部委託し、日々の点検及び清掃での気づきなど、業者との情報共有も書面でされていました。掃除は行き届いており、臭い等もなく清潔な空間でした。		
(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. 事故や緊急時の対応要領書があり、指揮命令等の役割や流れがフローチャートで分かりやすく記載されていました。 29. コールバック連絡書（事故報告書）に、経過・原因分析・対策まで記載されていました。 また、事故・ヒヤリハット・ほっと（ヒヤリハットより軽度のもの）等をまとめ集計し、評価・対策から次年度目標を設定されていました。 30. 年2回の防災避難訓練には地元自衛消防組織が参加しているほか、地域の防災訓練に職員を派遣するなど、地域と災害時の連携が図れていました。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		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. 2カ月に1回身体拘束廃止委員会が開催されていました。また利用者の人権や尊厳が守られているか実態把握するため施設内を委員のメンバーがみてまわる取り組みがされていました。 32. 年1回プライバシー保護についての研修が実施されていました。 33. 入所判定には第三者委員もはいて入所判定が行われていました。状況・地域性・介護の困難性を考慮して優先順位を決められていました。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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. 毎月の請求書に「ご意見はがき」が同封され、意見を引き出しておられました。また年1回満足度調査（アンケート）が実施されていました。家族交流会は年2回実施されていました。 35. アンケートを集計し、改善提案実施書としてサービスの改善につなげられていました。また、対応した要望等は機関紙にて公開されていました。 36. 地域の民生委員を第三者として定め館内に掲示されていましたが、相談機会の具体的実績が確認できませんでした。		

(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てている。	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)		<p>37. 年1回、満足度調査（アンケート）を利用者・家族・職員に対し実施し、抽出された課題はサービス向上業務改善委員会を中心に検討されていました。また、アンケートの集計は機関紙に掲載されるとともに冊子にされ、玄関先や各フロアの入口に置かれ閲覧できるようになっていました。車いすに座った際の目線に合わせた掲示がされていました。</p> <p>38. 施設長・管理者・各部署長が出席する会議が月1回開催され、各会議や委員会の進捗状況や課題の報告・検討がされていました。また法人内の他の委員会活動をみる機会が確保され、他施設の取り組みも取り入れる仕組みがありました。</p> <p>39. 年度方針展開表に定められた目標を毎月評価し、次年度の目標や事業計画が立案されていました。</p>		