

アドバイス・レポート

平成 28 年 3 月 22 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 28 年 1 月 6 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上賀茂）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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1) 理念の周知と実践</p> <p>法人理念に基づいた事業所の行動指針を策定し、事業所内に掲示して誰でもが見られるように掲示されていました。見直し等も各種会議にて検討されています。職員全体会議を同一内容で複数回開催し、職員全員が理念・運営方針に沿ったサービス提供できるよう工夫されていました。</p> <p>2) 個別援助計画の策定</p> <p>定期的にあセスメントを実施し、サービス担当者会議には本人・家族の多くが参加され、意向を確認してケアプランに反映される取り組みをされています。利用者の状況変化等を独自のあセスメント様式で詳しく収集し、ケアプランにその内容が反映されています。業務マニュアルでケアプラン作成手順が明記され、3ヵ月ごとに実施されていました。</p> <p>3) 事故・緊急時の対応</p> <p>事故・緊急時対応マニュアルが作成され、見直しもされていました。またスタッフルームに事故類型別の対応チャートが掲示されて、それを見れば何をすれば良いかわかりやすいよう工夫されています。事故事例別に研修を実施されていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1) 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>運営会議に施設長が参加されて意見交換が行われ、組織的に上司が職員面談する機会を設けておられますが、管理者が職員からの信頼を得ているかを把握・評価をするための仕組みがありませんでした。</p> <p>2) サービス提供に係る記録</p> <p>利用者一人ひとりの記録について、手書きの文字の色によって時間帯や職種を区別する工夫がありました。しかし職種ごとに介護記録、看護記録、相談員記録と分かれ各部門に設置され、一度に利用者の全体状況が把握しにくいと思われます。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保</p> <p>施設内に市民オンブズマンや介護相談員等のご利用者の声を直接聴き取る外部の人材の受け入れはされていませんでした。地域住民の皆様へお願いすることも影響があるため難しいとのことでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 管理者等によるリーダーシップの発揮 組織的に上司が定期的に職員面談をされていますが、管理者自らが面談シートを配布し1年に1回程度非常勤職員も含めて全職員に面談をする機会を設けられてはいかがでしょうか。面談シートでは管理者への意見や法人・施設への要望を問う等、誰でも何でも言える環境を工夫されるといいのではないのでしょうか。</p> <p>2) サービス提供に係る記録 他職種連携では情報内容を共有し、緊急時等には迅速に対応できることが必要です。各記録が素早く閲覧でき、共有、意見交換し、誰でもが利用者の様々な情報が一覧できるシステムの構築を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保 制度の関係で介護相談員の確保が難しいと思われませんが、施設には様々なボランティアや実習生などの外部のかたが来られています。利用者の一言のつぶやきや職員には言えないことを話されているかもしれませんので、例えばボランティア交流会や実習生アンケートを実施してご利用者の意見を徴収できる取り組み等を工夫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	2670100128
事業所名	特別養護老人ホームヴィラ上賀茂
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
訪問調査実施日	平成28年1月23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)		事業所の行動指針、事業計画・事業報告を、利用者家族には掲示により、職員に対しては同一内容で複数回の職員会議を実施することで全職員に周知されていました。グループ会議、リーダー会議、運営会議を実施し意見が反映できる取り組みをされています。			
(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	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)		利用者家族アンケートを実施し、職員間で結果を共有しニーズ把握と改善の取り組みがされています。グループ会議にて半年に一度課題の達成状況確認し、見直しをされています。			
(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)		各マニュアルは見やすく整理されています。管理者自らの行動の評価する仕組み等はありませんでした。管理者は、事業状況やトラブルの報告や、1日2回の申し送り状況把握をされています。			

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
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)		来年度採用職員向けに研修会を開催されています。プリセプターシップを通じて先輩職員も気づきがあり、マニュアルや計画に沿った指導をされています。法人全体で実習生受け入れマニュアル作成し研修を実施されています。		
(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。	B	B
		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、スタッフが充分に休む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	A
		(評価機関コメント)		職員の個別面談は実施し管理者等で共有されていますが、面談結果は記録されていませんでした。外部メンタルヘルス相談場所が案内掲示されていました。ハラスメントに関する規程は作成されており、法人内に相談窓口を設置されています。		
(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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		ホームページやブログで事業所情報を広報し、地域商店街のイベントポスターの掲示や小学校行事への参加、施設内喫茶店の地域開放等で地域交流されています。法人の柘野フェアで健康体操教室や高齢者体験を実施し、地域ケア会議に参加し地域に施設機能を還元されています。		

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
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)		ホームページ、パンフレットで事業所情報を提供し、施設見学・入所相談に対応されています。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		施設で成年後見制度、地域福祉権利擁護事業に結び付けた事例はありませんが、地域包括支援センターなど関係機関と連携して権利擁護事業紹介できる体制を整えられています。		

(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)		家族利用者の意見を聞き、定期的にあセスメント、モニタリングを実施されています。サービス担当者会議には本人や家族の8割が参加され、サービス計画に意向を反映し同意を得られています。主治医には回診時や照会用紙で意見を頂かれています。施設ケアマネ業務マニュアルにサービス計画の変更基準を定められています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		生活相談員が中心になり利用者の医療機関入退院時は協力医療機関に出向き、家族とともに情報共有をされています。利用者が退所される場合は病院等退所先に相談し連携されています。		

(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)		業務マニュアルを作成し、見直し・改訂されています。各職種ごとに記録を整備されています。1日2回の申し送りやグループ会議等で情報共有が行われています。定期的に家族に手紙を送付し、また面会時やサービス担当者会議で状況を伝えられています。		

(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)		感染症研修を全職員参加できるように同じ内容を複数回されています。介護用品は整理整頓されています。洗面所周りの口腔ケア物品の整理をされたらいかがでしょうか。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		スタッフルームに緊急対応フローチャートを掲示され、事例別に研修されています。事故報告後は改善策作成、改善策再評価報告書を作成し再発防止に活用されています。河川の氾濫に備えたマニュアルや地震訓練を地域事情に配慮し実施されています。		

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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		人権等の尊重についてマニュアルや研修にて職員へ周知されています。職員間の会話でも排泄等プライバシーに配慮した取り組みをされています。利用申込は受け入れられています。また他の介護保険施設、医療機関等を紹介した事例はありませんでした。		
(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)		家族アンケートを実施し、法人グループや事業所内で検討されています。苦情発生時は期限を決めて改善策を作成し周知されています。介護相談員等利用者の相談機会の確保は実施できていませんでした。		
(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)		利用者へ直接聞き取り意向確認し質の向上に反映されています。運営会議で各職種が意見交換しサービスの質の向上について検討されています。定期的に第三者評価を受診し、また法人内業務監査グループにより内部監査を受け、指摘事項を会議等で検討し改善に努められています。		