

アドバイス・レポート

平成27年2月19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12月27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 ヴィラ鳳凰様につきましては、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>管理者によるリーダーシップの発揮 ・「職員意識の調査（施設長を初めとする役職者へのアンケート）」を実施し、結果を運営会議で協議して、実際に役職者の言葉や態度を修正するなどよりよい組織作りに取り組んでおられました。</p> <p>利用者・家族の希望尊重 ・本人及び家族等が必ず参加する「モニタリング総括（状況把握のための会議）」を3か月に一回開催することで、利用者の希望を尊重される機会とされていました。（家族等参加率100%）</p> <p>質の向上に対する検討体制 ・「武田病院グループ」という大きな組織の利点を活かし、部署や施設、事業所を超えた専門職グループ会議を通して意見交換や情報収集をされていました。さらに業務改善を提案できる「改善提案書」の仕組みがあり、提出された事案について「サービス向上・業務改善委員会」で協議・検討され、多角的な視点からサービスの質向上に取り組んでおられました。</p> <p>評価の実施と課題の明確化 ・「QMS委員会（ISO9001認証制度に関する品質マネジメントシステム）、介護保険委員会」を設置し、内部監査を年1回実施されていました。結果、課題があれば指導是正し、問題が発生した場合は再度内部監査を実施することで徹底したサービスの質向上の取り組みを実施されていました。</p> <p>その他 ・居室のタンスなどの家具は、利用者が今まで使用され慣れ親しんだ家具の使用を勧め、安心して過ごせる自宅に近い環境作りに取り組んでおられました。 ・武田病院グループ運営の病院が併設され、廊下で繋がっていることで緊急時はもとより、普段から連携が取れる体制となっており、利用者にとっては介護と医療の両面で安心できる環境となっていました。 ・スタッフを「財産」と捉え、人財育成に力を入れておられました。実際に第三者評価訪問調査時には、多くの現場職員を参加させることで、サービスの質の向上の視点を学ばせておられました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>サービス提供に係る記録と情報の保護 ・記録や情報管理に関する研修は実施されていましたが、利用者管理情報（排泄、入浴等の情報）が第三者に見て分かる状態が一部見受けられました。</p> <p>災害発生時の対応 ・災害発生時の対応マニュアルを整備されていましたが、地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練は実施されていませんでした。</p> <p>プライバシー等の保護 ・プライバシー保護に関するマニュアルを作成し、個人情報保護と併せて研修を定期的実施する仕組みとなっていました。調査時には居室のドアが解放されている状況が見受けられました。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者管理情報（排泄、入浴等の情報）は、個人情報であること意識が必要と考えます。フロアによって情報の管理方法に相違がありましたので、施設全体で利用者情報の保護方法やプライバシーの保護の観点で協議・検討されてはいかがでしょうか。 <p>災害発生時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練を実施されてはいかがでしょうか。地域の自主防災や病院、施設との連携を想定したマニュアル作成や防災訓練など、サービス提供地域に即した連携方法を、地域関連事業所や地域住民と協議していくことで非常災害時に適切に対応できるのではないのでしょうか。 <p>プライバシー等の保護</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居室の扉は本人の意思により閉めているとのことでしたが、利用者の安全の確保への配慮から居室の扉が開いている状況が見受けられました。意思表示が困難な方などに対する考え方が各職員に浸透するような工夫をされてはいかがでしょうか。また、排泄支援中の扉の半開きについては、ユニットの安全と羞恥心の両立のため、パーテーションやのれん、カーテン等で直接見えなくする工夫をされてはいかがでしょうか。
------------------	--

※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	2671200554
事業所名	特別養護老人ホームヴィラ鳳凰
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)	(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)通所介護、(介護予防)特定入居者生活介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成27年1月29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
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. 理念や方針、スローガンを玄関や事務所、スタッフルームに掲示し、毎朝唱和することで周知されていました。またフロア単位で目標を立てて毎月評価されていました。さらに家族交流会や「ほうおう通信」を通じて理念や方針の説明をしておられました。 2. 年間日程や出席者を規定し、各種委員会及び会議で意見集約する仕組みとなりました。			
(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. 中長期計画に沿った「方針展開表（単年度計画）」を策定し、半期で状況把握や評価を実施されていました。また全職員が参加する特養会議で毎月達成状況を確認し、結果を運営会議で検討したのち、年度末に開催する「家族交流会」で説明をしておられました。 4. 「方針展開表」に沿ったスローガンや部署ごとの目標設定があり、毎月目標の達成度を確認し、半期で評価・見直しを実施しておられました。また「キャリアパス指標（専門性を極める領域に達するまでの道筋）」や人事考課制度を活用し、業務レベルの課題設定を行い、各々年2回状況把握と評価をしておられました。			
(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)	<p>5. 介護保険集団指導内容や介護保険制度改正などは、社内情報共有システムで各部署責任者へ随時通達し、文書で全職員に回覧されていました。関係法令集等はリスト化して事務所ですぐに調べられる環境となっていました。</p> <p>6. 施設長は各会議に出席することで、職員の意見や要望等を運営方針に反映されていました。またキャリアパスの面接（年2回）や人事考課面接（年2回）を実施し、職員の要望や意見等を確認し運営方針に反映させておられました。さらに「職員意識の調査（施設長を初めとする役職者へのアンケート）」を実施し、結果を運営会議で協議して、実際に役職者の言葉や態度を修正するなどよりよい組織作りに取り組んでおられました。</p> <p>7. 管理者等は業務日誌を確認することで運営状況を把握し、非常時には「緊急時対応要領書」に掲載されている緊急連絡網ですぐに指示を仰ぐことができる体制となっていました。</p>
--	------------	---

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)		<p>8. 事業計画で「人材育成」を位置づけ、人材は財産であるという基本方針を掲げておられました。介護福祉士など有資格者の採用を基本とし、入職後は「プリセプターシップ制度（中堅職員が技術・知識・助言等を実施する人材育成制度）」を一年間実施することで、質の高い人材が育成できる仕組みとなっていました。また武田病院グループの管理者で構成される管理者会議では、離職理由をデータ化し、人財定着を目指して協議・対策に取り組んでおられました。さらに介護福祉士や介護支援専門員資格取得を奨励し、合格後の資格手当や合格お祝い金制度を設けておられました。</p> <p>9. 職位・職責・経験年数に応じた体系的な研修体制を構築されていました。また「パート職員研修」を実施し、より質の高いサービス提供に取り組んでおられました。</p> <p>10. 基本方針が明記された実習指導マニュアルを整備されていました。実習指導者研修に参加し、フロアリーダー研修で伝達講習をしておられました。</p>		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>11. 育児・介護休業規程を整備し、スライディングボード(移乗補助具)などの福祉用具を活用して職員の介護負担軽減に取り組まれていました。有給休暇については取得率を把握し、有給休暇以外に「夏季休暇(3日間)」「特別休暇(5日間)」を設けて職員の心身負担を軽減しておられました。また時間外労働状況を把握し、本部会議で協議・検討された結果、毎週「ノー残業デー」を設定しておられました。</p> <p>12. 産業医によるメンタルヘルスサポートの仕組みがあり、窓口や連絡先を全職員に周知されていました。また職員面接時に、仕事に対する思いや上司への提案・要望・苦情などを聴取されていました。さらに中間管理職を対象としたストレスに関する研修を年1回開催されていました。宿直室は十分なスペースがあり、休憩場所は数か所設定し、自由に使用できる時間帯を明確にして周知されていました。</p>		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		13. 玄関にある掲示板やホームページ、パンフレット、月1回発行の「ほうおう通信」により、施設の情報を発信されていました。 14. 地域の高齢者対応マンションに赴き、相談活動を実施されていましたが、地域住民に向けた専門的な技術講習会や講演会などは開催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
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. ホームページ、パンフレットで事業所情報を発信されていました。またサービスの内容等は玄関に掲示されていました。利用者の問い合わせには随時対応されていることを「相談・見学記録」で確認しました。			
(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. サービス内容や料金が具体的に記載された重要事項説明書を用いて、利用者等に説明し同意を得ておられました。また判断能力に支障がある利用者に対しては家族等に同意を得ておられました。さらにパンフレットを設置し、必要に応じて後見制度や権利擁護事業の利用推進に取り組んでおられました。			
(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。	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. 本人及び家族の意向、趣味や趣向などを把握する「暮らしのデザインシート」で状況を把握しておられました。また福祉用具利用時や歩行、排泄、リハビリ、環境などの項目を調査する「危険予測チェック表」を作成し、利用者の安全な環境整備に取り組まれていました。 18. 本人及び家族等が必ず参加する「モニタリング総括（状況把握のための会議）」を3か月に一回開催することで、利用者の希望を尊重される機会とされていました。（家族等参加率100%） 19. 援助計画策定にあたり、主治医はもとより看護師・介護職・栄養士等の専門家の意見を聴取されていました。また看護師は病院の情報共有会議に参加し、主治医の意見を詳細に把握されていました。 20. 3か月に一回、利用者及び家族等が必ず出席するモニタリングの会議を行い、状況を把握されていました。また計画の見直しの基準・手順等を整備し、「サービス計画フロー図」に沿って援助計画の見直しをされていました。			

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. 「施設入所者入院連絡書」や退院時カンファレンス参加、武田病院の朝礼参加などにより、情報の共有をされていました。病院は併設で専用通路があり、緊急時の対応など連携できる体制が確保されていました。			
(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	B
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. 業務マニュアルや手順書、フローチャートを整備し各階のスタッフルームで必要時に閲覧できるように整備されていました。またサービス向上・業務改善委員会で苦情や顧客満足度調査結果を分析し、年1回の見直し時に反映しておられました。 23. 「文書・記録管理規程」に基づき記録管理されていました。また「個人情報管理台帳」により利用者情報の持ち出しを管理されていました。研修に関しては、入職時と年1回研修を実施されていましたが、利用者管理情報（排泄、入浴等の情報）が第三者に見て分かる状態が一部見受けられました。 24. 利用者の情報はカンファレンスや業務日誌で情報共有し、参加していない職員を含めて全員の押印で情報共有の確認をされていました。 25. 家族との情報交換のために3か月に一回、家族面談の機会を設けておられました。			
(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. 感染対策マニュアルを整備し、年2回の内部研修や伝達研修を実施されていました。今年度はノロウイルスやインフルエンザに罹患した時の対応方法を追記、改正されていました。 27. 施設内の清掃は業者に委託し、作業報告書で確認しておられました。施設内は防臭剤の使用、設定した時間に毎日2回の換気を実施することで、臭気もなく清潔で衛生的な環境となっていました。			
(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。	B	B
(評価機関コメント)	28. 日中・夜間共に「緊急対応要領書」を整備し、年1回緊急時の対応に関する実践的な訓練を実施されていました。 29. 「コールバック連絡書（事故等報告書）」で事故等の報告・連絡を行う仕組みがありました。また「安全対策委員会（月1回）」で原因究明や対策を協議されていました。さらに「ほっと報告書（事故に至らない軽微な事象報告書）」の仕組みがあり、事故を未然に防ぐための仕組みがありました。危険予知トレーニングを年2回実施されていました。 30. 防火管理委員会を設置し、日中及び夜間を想定した消防訓練を年2回実施されていました。また災害発生時の対応マニュアルを整備されていましたが、地域との連携を意識したマニュアル作成や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。	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	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)		<p>31. 高齢者の尊厳保持については、運営理念に明示し、「サービス向上・業務改善委員会」や各部門会議で検討、振り返りをされていました。また人権や権利擁護、身体拘束防止、高齢者虐待に関する研修を実施して職員に意識付けされていました。</p> <p>32. プライバシー保護に関するマニュアルを作成し、個人情報保護と併せて研修を定期的実施する仕組みとなっていました。調査時には居室のドアが解放されている状況が見受けられました。</p> <p>33. 新規利用者受け入れに関する事項を規定し、入所判定委員会を経て適切に受け入れに関する可否を決定されていました。また受け入れが困難な場合は見学や相談の段階で適切な事業所を説明されていました。</p>			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 玄関に「ご意見はがき」を投書できる仕組みがありました。また「ご意見はがき」は、四半期に1回、利用者等への請求書に同封し広く意見・要望・苦情を拾い上げる取り組みをされていました。</p> <p>35. 意見・要望・苦情は「相談解決実施要領書」に沿って適切に対応されていました。また対応後の状況を把握し、サービスの質向上に活用するとともに結果を広報誌で公開されていました。</p> <p>36. 介護サービス苦情受付第三者委員を設置し、玄関に窓口や連絡先を掲示されていました。また宇治市介護相談員を定期的に受け入れ、利用者が外部の機関に相談できる体制となっていました。</p>			
(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)		<p>37. 満足度調査を毎年実施し経年傾向を把握した上、「サービス向上・業務改善委員会」で分析・検討されていました。また結果は広報誌で公開するとともに、各フロアに大きく引き伸ばし閲覧しやすい状態で設置されていました。</p> <p>38. 特養会議では、各会議や委員会の情報が共有できる仕組みとなっていました。また「武田病院グループ」という大きな組織の利点を活かし、部署や施設、事業所を超えた専門職グループ会議を通して意見交換や情報収集をされていました。さらに業務改善を提案できる「改善提案書」の仕組みがあり、提出された事案について「サービス向上・業務改善委員会」で協議・検討されていました。</p> <p>39. 「年度方針展開表」に基づき、特養会議で毎月目標の達成度を確認し、半期ごとに評価・課題抽出を行い、次年度方針展開表に反映させておられました。また「QMS委員会（ISO9001認証制度に関する品質マネジメントシステム）、介護保険委員会」を設置し、内部監査を年1回実施されていました。結果、課題があれば指導は正し、問題が発生した場合は再度内部監査を実施することで徹底したサービスの質向上の取り組みを実施されていました。介護サービス第三者評価は3年ごとに受診されています。</p>			