

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 2 月 14 日

平成 22 年 9 月 3 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）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(※)	【通番1番】理念の周知と実践 母体法人である武田病院グループの経営理念「思いやりのこころ」を基に、「ヴィラ山科が第二の我が家であるために～その人らしさを求め生きる日々を大切にします～」と事業所独自の理念が掲げられています。 理念の実践に向けて品質方針、品質目標が立てられ、職員に向けては事業計画の中に明示し、利用者・家族に向けては機関紙に掲載し、会議や家族会などにおいて周知を図っています。ケアの実践においても利用者15人を1ユニットとしたユニットケアに取り組み、その人らしい生活となるよう支援されています。 【通番3番】事業計画等の策定【通番4番】業務レベルにおける課題の設定 毎年度策定する品質方針を複数年の事業計画と捉え、単年度の事業計画として品質目標が策定されています。事業計画の実践に向けて活動目標を立て、展開表
-----------------------------	--

	を作成し具体的に進められており、6カ月ごとに評価しています。次年度の事業計画にあたっては、職員会議で様々に意見を出し合い、行った事業計画の評価や内部監査結果等が反映されるように取り組んでいます。職員研修会議を始め安全対策委員会や防災管理委員会など各種委員会があり、それぞれに活動計画が立てられ、活発な意見交換をしてサービスの向上に努めています。 【通番33番】意見・要望・苦情の受付【通番34番】意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 家族会や懇談会を開催し、直接意見や要望を聞く機会を設けるほか、利用者アンケートの実施、意見箱の設置、機関紙と一緒に意見を記入するためのはがきを同封する等、様々な方法で意見や要望を聞いています。意見や要望が出された時には、サービス向上委員会などで対策を話し合い、職員に周知しています。更に出された意見の内容と施設としての対応を毎月発行する機関紙に載せて公開されています。また、コールバック連絡票に対応策を記入し、一定期間を置きその対策の実施状況を検証するシステムが構築されています。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	【通番28番】事故・緊急時等の対応 災害に対しては隣接する他施設との連携はありますが、地域との連携には至っておらず、今後の課題と考えられています。

	【通番11番】労働環境への配慮 職員の残業時間や有給休暇の消化率等は毎月データとして集計し、安全衛生委員会で就業状況や職場環境についての検討を行っています。ノー残業デイの実施などの取り組みを始めていますが、残業があり個人差もあることを課題と挙げられています。
具体的なアドバイス	【通番28番】事故・緊急時等の対応 災害対策で地域との繋がりができ始め、近隣の大学との連携について企画しつつあります。地域の関わりの中で相互の協力体制などについて話し合われてはいかがでしょうか。 【通番11番】労働環境への配慮 ノー残業デイの効果や残業の業務内容が分担化できないかなどを検討したり、予定されている職員アンケートも参考にされ、更なる労働環境の向上に向けての取り組みに期待します。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2674100041
事業所名	社会福祉法人青谷福祉会 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)	短期入所者生活介護、介護予防短期入所者生活介護、通所介護、介護予防通所介護、訪問介護、介護予防訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成22年11月19日
評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター

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）及び事業所のスタッフ全員が、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思決定を行い、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)	母体法人である武田病院グループの経営理念「思いやりのこころ」を基に、「ヴィラ山科が第二の我が家であるために～その人らしさを求め生きる日々を大切にします～」と事業所独自の理念が掲げられています。理念の実践に向けて品質方針、品質目標が立てられ、職員に向けては事業計画の中に明示し、拡大会議においても浸透するようにしています。利用者・家族に向けては機関紙に掲載し、会議や家族会などにおいて周知を図っています。ケアの実践においても利用者15人を1ユニットとしたユニットケアに取り組み、その人らしい生活となるよう支援されています。年に3回の理事会を始め法人の部会、施設内の委員会が設置されており、その役割が明確になっています。また、職務規程においても役割と権限を明確にし、職員に周知を図っています。				
(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)	毎年度策定する品質方針を複数年の事業計画と捉え、単年度の事業計画として品質目標が策定されています。事業計画の実践に向けて活動目標を立て、方針展開表を作成し具体的に進められており、6カ月ごとに評価しています。次年度の事業計画にあたっては、職員会議で様々な意見を出し合って行った事業計画の評価や内部監査結果等が反映されるように取り組んでいます。職員研修会議を始め安全対策委員会や防災管理委員会など各種委員会があり、それぞれに活動計画が立てられ、活発な意見交換をしてサービスの向上に努めています。				
(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。	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、いつでもスタッフ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)	法人の施設長会議や集団指導、研修等に参加し、法令の改定や遵守について定期的に情報を得ています。一般職員にも職員研修や会議の場で周知を図っています。管理者は年に2回人事考課の際に個別に面談を行うとともに、職員とのコミュニケーションを大切にリーダーシップを発揮し、職員の意見等を取りまとめながら運営されています。今後、職員の満足度を聞いていくためのアンケートも考えられています。管理者は日々の日誌や報告等で施設内の状況を把握し、緊急時にも管理者及び職員はPHSを携帯し、いつでも連絡をとれるようにしています。				

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)		毎月介護福祉士など資格者の比率を検証し、人員配置の整備や管理を行っています。入職後は介護支援専門員などの資格取得に向けて勉強会を定期的に行ったり、職員の希望に合わせて介護福祉士の資格取得のための勉強会を開催することも考えています。新人から経験に合わせて研修が行われており体系的な教育がなされています。また、新人の職員には先輩職員がペアとなり指導や相談に乗りながら人材育成していくプリセプター制度を実施しています。外部研修についても内容を吟味し職員を選び、業務の一環として参加してもらい、研修後伝達研修を行っています。介護福祉士と看護師の実習を受け入れ、それぞれにマニュアルを整備し、毎年更新しています。実習指導担当者は実習指導者研修に参加し適切に指導できるような体制が築かれています。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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)		職員の残業時間や有給休暇の消化率等は毎月データとして集計し把握しています。安全衛生委員会で就業状況や職場環境についての検討を行い、ノー残業デイを始めるなどの取り組みを行っています。ストレス管理に関しては武田病院グループの中には専門職に相談できる相談ルームが設けられており、電話や直接カウンセリングを受けることができるような体制が整えられています。また、施設内は広く中庭の景色を見ながら食事が摂れるゆったりとした職員食堂や職員休憩室が4か所あり、休憩できる環境が整備されています。		
(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。	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)		毎月、施設の機関紙を発行し地域の方に自由に取ってもらうことができるように置いたり、ホームページでも公開しています。機関紙には事業計画や行事の様子などを掲載し事業所の理念が伝わるように取り組んでいます。近隣神社の祭礼や小学生との交流を行い、地域との関わりを大切にしています。近隣の中学校に職業体験講座の講師として出向き車いすの使い方などを伝えています。併設する地域包括支援センターや居宅介護事業所との情報交換や連携を持ち地域の状況を把握しています。		
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)		パンフレットやホームページでわかりやすく施設の情報を掲載しています。施設内には運営規程を掲示し、毎月内容を見直し現状の情報を提供できるように取り組んでいます。また、パンフレットは地域の全ての居宅事業所に配布し、相談に来た方に施設の情報を提供しています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書にサービスの内容等を詳しく記入し、料金は別紙にて更にわかりやすく説明を行っています。個々の利用者の状況を判断し、代理人との契約を行ったり、権利擁護のための仕組みを利用して後見人との契約を行っています。		

(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	定期的又は必要に応じて、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)	介護職員や看護師、介護支援専門員のそれぞれが関わりの中で得られた情報をアセスメント用紙に記載し、アセスメントは本人や家族の希望も踏まえて介護計画に結び付けられています。3か月ごとに見直しが必要であるかの検討を行い、6か月ごとに再アセスメントや本人家族との面談を持ち、介護計画の見直しのためのサービス担当者会議が開催されています。介護計画の見直しにあたっては、モニタリング総括表を作成し、看護師や機能訓練士、栄養士、相談員、介護支援専門員、介護職などそれぞれの見解を出し合っています。			

(4)関係者との連携

多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)	法人の母体が医療法人であるとともに、地域包括支援センターが併設されており、医療や関係機関との連携体制が整えられています。現在、在宅復帰に至るケースはありませんが、アセスメントごとに在宅復帰の可能性の検討を行っています。			

(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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)	各種マニュアルや業務手順書を整備し、それに基づいて日々の業務を行っています。年に1回マニュアルや手順書の見直しを行う他、利用者満足度調査や事故・ヒヤリハット報告書の分析結果を各委員会で検討し手順書やマニュアルの見直しに繋げています。介護記録は健康状態や食事量等の日々の状況を記録する書式と介護計画にそって記録する書式とがあり、計画の実施状況がわかりやすくなるよう記録が整備されています。記録管理規定や文書管理規定に基づいた管理がなされています。会議録や申し送りノート、日誌、記録を通して職員全員が情報を共有できるように努めています。			

(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、スタッフ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)	感染症対策マニュアルを整備し、定期的に研修を行い職員に周知しています。新型インフルエンザの発生時にはマニュアルを追加し、職員全員で対応できるように取り組んでいます。施設内の清掃は外部委託で行っており、業者の担当者とは日々コミュニケーションをとりながら衛生状態を保つとともに、空気清浄機や加湿器を置き臭気や感染対策を行っています。また、車いすなどの福祉用具は台帳を作り清掃や点検を定期的に行っています。			

(7)危機管理

事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、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
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
(評価機関コメント)	緊急時対策マニュアルや災害時対応マニュアルを作成し、研修や避難訓練を定期的に行っています。事故やヒヤリハット事例はコールバック連絡票を記入し具体的な事故等の経過やその時の対応、原因対策を記入し、一定期間を置きその対策の実施状況を検証するシステムが構築されています。また、災害に対しては隣接する他施設との連携はありますが、地域との連携には至っておらず、今後の課題と考えられています。			

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
Ⅳ利用者保護の観点						
	(1)利用者保護					
	人権等の尊重	30	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	31	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	32	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)	品質方針や事業計画の中で利用者の人権の尊重について謳っており、定期的な研修やアンケート結果を基に会議で話し合うこともあります。また、事故等の事例検討の機会や安全対策委員会で利用者本位のサービスの提供についても話し合われています。サービス提供の際には、手順書の中でプライバシーに配慮することを載せ勉強会で周知を図ったり、利用者アンケートの質問項目にあげ状況を把握しています。入所にあたっては京都市の入所者選考要領に基づき、第三者委員もメンバーである入所判定委員会を開催し入所者の決定を行い、入所できない場合はその理由を明確にして説明を行っています。				
	(2)意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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。	A	A	
	(評価機関コメント)	家族会や懇談会を開催し、直接意見や要望を聞く機会を設けるほか、利用者アンケートの実施、意見箱の設置、機関紙と一緒に意見を記入するためのはがきを同封する等、様々な方法で意見や要望を聞いています。意見や要望が出された時には、サービス向上委員会などで対策を話し合い、職員に周知しています。更に出された意見や施設としての対応を毎月発行する機関紙に載せて公開しています。苦情については、その都度第三者委員の活用を説明しています。				
	(3)質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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)	利用者アンケートで結果の集計を行い満足度を把握し、今後のサービスに反映できるように話し合われています。集計や対応策は施設内に掲示したり機関紙に載せるなど、家族などにもその内容を知らせています。事故等と同様にコールバック連絡票に記入しながら一定期間後に評価する仕組みがあります。ISO9001の認証を取得し定期的なサービスの品質評価を行ったり、第三者評価の受審や、内部監査を行うことで施設の課題を明確にし、サービスの向上に活かされています。				