

アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 10 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端山）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>1) 個別ケアの取り組み</p> <p>今年度より個別ケアプロジェクトを立ち上げ、1人1人を大切にする個別ケアを実践するために、認知症の理解を始めとする研修に取り組みられています。研修後も3回のテストを実施し、理解度を深める等、実践に活用できるように工夫されています。「職員体制が厳しくなってもこの取り組みは止めない」と職員ヒアリングでもうかがうことができ、日常ケアやケアプランにも意識的に反映されケアの質の向上が図られています。</p> <p>2) 担当者会議へのご本人、家族参加</p> <p>サービス担当者会議への利用者・家族の参加は、新たなサービスニーズを引き出すことにつながり、また会議の場は家族への情報提供の機会として大きな意味を持つものであると理解されています。ご家族の参加も9割以上もあり、利用者自身も可能な限り参加されています。利用者の参加についても、今後、更に増やせるよう取り組んでいきたいとのことでした。</p> <p>3) 地域との協力体制</p> <p>年に1回夏祭りを開催され、地域住民を招いて、利用者、家族との交流や施設見学など、地域住民に施設を理解して頂く取り組みをされています。また、毎週土曜日には、地域に向けて介護相談日を設け、チラシ等で発信されています。</p> <p>施設長が地域の消防団に属し、地域の防災訓練等に参加されたり、災害時は地域の応援体制が取れるよう、契約も結ばれています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 組織体制について</p> <p>職務権限についての文書は整備されていましたが、職員の理解と周知がされていませんでした。職務権限について説明し確認する必要があると思われます。</p> <p>2) 業務マニュアルの見直し・更新</p> <p>各種業務マニュアルを整備してスタッフルームに配置されていましたが、実際に活用されていない様子がヒアリングからうかがえました。マニュアル類を整備・配置するだけでなく、新しい情報の追加や見直しのタイミングなど、施設の実態に応じた標準手順書としての活用が必要と思われます。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>3) 人事考課の仕組み</p> <p>年2回職員が自己評価シートを元に上司と面談し評価をされ、その結果が賞与や昇給に反映されていますが、評価結果がどのように反映されるのかが職員に正確に伝わっていないことがヒアリングから確認できました。評価の目的・内容・方法などの見直しが必要であると思われます。</p> <p>4) 利用者の記録の扱いへの配慮</p> <p>各階にノートパソコンが設置され記録ができる環境になっていますが、パソコンが開いた状態でありました。また、利用者関連のファイルも誰も見られるような状態になっていましたので、個人情報の取り扱いの検討が必要と思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 組織体制について</p> <p>職務権限についての記載を具体化し、役責者には権限と責任を確認することが、部下からの信頼や組織力の強化につながると考えられます。職員ヒアリングの際にも、少額の物品の購入に際して、対応がスムーズにいないようなことが確認できました。例えば、物品の購入に関して役責者ごとに自由に使用できる一定の金額を決めるなど、ルールを定められてはいかがでしょうか。それにより現場での対応が速やかにでき、利用者へのケアの向上につながると考えられます。</p> <p>2) マニュアルの見直し・更新</p> <p>チームケアの実践にはマニュアルは必要不可欠です。なぜマニュアルが必要なのか、職員間での再確認が必要であると思われます。各部署の特色を生かした事業所独自のマニュアルにするために、それぞれの現場の職員が参画した形でマニュアルの作成をされてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 人事考課の仕組み</p> <p>人材育成を目的に構築された自己評価シートが賞与や昇給の基準になると目的から外れてしまいます。法人が目指すべき人材を階層毎に明確にし、自己評価シートの内容も職位によって修得すべき知識や技術のレベルに見直されてはいかがでしょうか。評価された内容が賞与や昇給に反映されるのであれば、具体的に職員に説明をする機会を持ち理解を深めることが、職員のモチベーションの向上につながると考えられます。</p> <p>また、年2回の評価後に組織としての振り返りや見直しの機会をもたれてはいかがでしょうか。</p> <p>4) 利用者の記録の扱いへの配慮</p> <p>フロアでパソコンを使用する際のルールの徹底や、どうしてもフロアに持ち出さなければならないファイル等について、その取り扱いについて、職員間で周知徹底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	2670900055
事業所名	特別養護老人ホームヴィラ端山
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)	訪問介護、介護予防訪問介護、通所介護、介護予防通所介護、短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、居宅介護支援、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
訪問調査実施日	平成29年1月31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	B	
	(評価機関コメント)		1) 経営理念・運営方針が掲示されており、毎年度3月の全職員参加の職員会議で周知されています。 2) 経営会議、部課長会議、主任会議、フロア会議等、階層的な意思決定の仕組みができています。職務権限について定められていますが、周知や理解の徹底が望まれます。			
(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)		3) 中長期計画が策定されており、各部署毎の事業計画も策定されています。今年度より個別ケアプロジェクトを立ち上げ、職員のケアに対する意識の改革に努めています。 4) 各部門毎に事業目標が作成され、毎月達成度の確認が行われています。			
(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) 管理者は集団指導や制度改正等の研修には必ず参加されています。 6) 自己評価シートをもとに年2回上司が面談を実施されていますが、評価の基準が職員に明確に伝わっていませんでした。シートの内容を具体的に説明をする機会を持たれてはいかがでしょうか。 7) 業務日誌での確認や緊急時には携帯電話で連絡が取れる体制になっています。			

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)		8) 職員の資格や取得可能な資格を一覧表にして各部署長が把握されています。グループ法人で介護福祉士、介護支援専門員の資格取得研修に参加されています。9) グループ法人において研修計画を作成され研修や勉強会に参加されています。それとは別に事業所独自の階層別の研修計画を作成されてはいかがでしょうか。10) 実習生の受け入れは現在はありませんが、介護福祉士、社会福祉士ともに実習指導者を配置されています。		
(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。	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	B
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇や時間外については、総務部で管理されています。勤務の希望は各自3日間可能です。介護休暇の取得の実績がありました。12) 困ったときの相談等については、上司が適切に対応されていることが職員ヒアリングから確認できましたが、外部の相談窓口が確保されていませんでした。外部の専門機関への紹介や契約等について検討されてはいかがでしょうか。		
(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)		13) 広報誌を年4回発行され、利用者・家族・地域に配布されています。14) 毎週土曜日、地域に向けた介護相談日を設けられています。管理者が地域の消防団に加入し、地域の防災訓練にも参加されています。		

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)		15) 施設の広報誌を発行し、ホームページでの情報提供もされていましたが、フェイスブックやブログ等を活用しタイムリーな情報の発信をされてはいかがでしょうか。ホームページ、パンフレットは見やすく作成されていますが、ホームページの行事報告の情報が数か月前の更新になっています。施設見学は随時受け入れておられます。		
(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)		16) 重要事項説明書は事務所前にファイリングされ、自由に閲覧が可能となっております。入所時には相談員、ケアマネから説明、同意を得られています。後見人のケースもあり、入所後に後見人に移行されたケースもあるとのことでした。		

(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) 個別ケアプロジェクトに力を入れておられ、アセスメントにも個別性を重視されています。 18) 個別性を重視されたケアプランの作成をされており、サービス担当者会議の家族参加も9割以上ありました。ご本人の参加についてはまだ少なく、今後は増やしていきたいとのことでした。 19) ケアプラン作成時には主治医をはじめ、各専門職の意見も取り入れ、専門職の意見により、プランを変更されるケースもありました。 20) モニタリングは3ヶ月ごとに実施され、担当介護士への聞き取りや、専門職への確認もされています。面会時等にはご家族にも伝えられています。		
(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) 入退院の際にはカンファレンスに参加し、主治医との連携を図っておられます。在宅復帰のケースもあり、在宅でのサービスが円滑に利用できるよう、居宅介護支援事業所や主治医と連携されています。		
(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	B
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) マニュアルはファイリングされ、年に1回更新もされていますが、内容については変更等がされておらず、実際に現場での活用が難しいものになっていますので、活用できるように検討されてはいかがでしょうか。 23) 個人記録はパソコン入力で管理されて、情報も共有できるようになっています。各介助のチェックは帳票を用いてその場で記載されていますが、現場でチェック表が開いたままになっていたり、パソコンの画面が開いたままになっているところもありましたので、管理方法の徹底を図る必要があると思われます。 24) 介護職間の申し送りはノートを活用され、看護職とも利用者の心身に関する伝達もしっかりとされています。 25) 年に1回の家族交流会の際に個別面談を実施され、日頃の様子を伝えられています。また、行事の案内や機関誌の配布、サービス担当者会議の参加時にも意向確認や、施設からの情報提供をされています。		
(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	B
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) 感染症マニュアルは作成され、更新履歴もありますが、内容については数年間変更もなく、日常的に活用されていないようでした。使えるマニュアルの工夫をされてはいかがでしょうか。 27) 定期的に担当の職員が清掃され、施設内は臭気もなく、きれいに保たれていました。各フロアのトイレがカーテンから扉へ改修されていますが、所々の扉が開いたままになっていました。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28)年に2回、全職員参加で緊急時対応の研修をされています。29)事故発生時には都度カンファレンスを開催し今後の対応について検討されていますが、ヒヤリハットについては3ヶ月に1回のリスク委員会で検討されているだけでした。30)年2回消防訓練を実施され、管理者が地域の消防団に所属し、地域との防災協定を結ばれ、災害時の対応については地域との連携ができています。		

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		31)毎年全職員対象に、利用者の尊厳についての研修が行われています 32)以前カーテンで仕切られていたトイレは、施設改修時にドアが設置され、プライバシーに配慮できる環境に整えられていました。 33)毎月入所検討委員会で適正に入所判定を行なわれています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		34)家族交流会、個別面談、意見箱の設置等で利用者・家族の意見を拾い上げられています。 35)受け付けた苦情や要望などは、改善にむけてフロア会議で検討されています。 36)毎月、グループ法人から第三者としてスーパーバイザーが訪問し、利用者の意見を聞く機会が設けられています。報告や検討が組織的になされ、個別ケアに反映されています。			
(3)質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	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)利用者アンケートを実施され、その結果を広報誌やホームページに公開されています。 38)リスク、食事、感染症、防災など6つの委員会を設置し、勉強会や、各フロア会議を通じて情報共有・伝達する体制があります。 39)年度末の職員会議で評価を行い、その結果を次年度の事業計画に生かしています。			