

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 27 年 2 月 13 日

平成 26 年 8 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人アイリス福祉会 特別養護老人ホームヴィラ多国山につきましては、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><b>(通番9 継続的な研修・OJTの実施)</b>  人材育成は、理念及び施設運営の五つの方針により、求める人材像を明文化して実施されてきました。具体的な研修や教育は、中期人材育成計画により各職員の到達目標を策定し、その計画に基づき外部研修の参加や資格取得への動機づけを行っていました。施設として体系的に人材育成をされていることは、高く評価される事項です。</p> <p><b>(通番28 事故・緊急時等の対応)</b>  介護事故予防対策などリスクマネジメント関係のマニュアルを整備して、事故や緊急時の対応に備えていました。また、介護事故と想定した訓練や救急法の研修を実施するとともに、事故防止委員会を組織し、ひやりはっと報告の分析をするなど、事故の未然防止に努めていました。施設で統一した認識のもと、事故予防に努めている姿勢は高く評価されると感じました。</p> <p><b>(通番32 プライバシー等の保護)</b>  職員が常時携帯するハンドブックに「行動規範」を明示し、利用者のプライバシー保護をはじめ人権尊重の第一に支援が行われていました。その実践として、アセスメントを行うとき、意思疎通が難しい利用者には、複数の家族から生活歴を聞き取り、利用者の意向を汲み取れるよう努めている姿勢からも伺えました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護)</b>  利用者一人ひとりのケース記録は作成されていましたが、介護サービス計画に基づいた記録は確認できませんでした。また、個人情報規定において、情報開示が条文は確認できましたが、必要な手順等は示されていませんでした。</p> <p><b>(通番39 評価の実施と課題の明確化)</b>  定期的に自己評価をする仕組みとして、サービス検討委員会が組織されてきました。今回の調査では、自主点検表に基づく自己評価は確認できましたが、法人独自で設定された内容での自己評価の実施状況は確認できませんでした。</p>

## 具体的なアドバイス

特別養護老人ホームヴィラ多國山は、平成15年に開設以来「利用者の基本的人権の尊重と安心・安全サービスの提供」「福祉サービスを必要とする人々本位の介護サービスの充実」を基本理念として運営がされています。その基本理念をより具現化するため、運営目標と運営の五つの方針を定められています。その基本理念等は、平成30年度に向けて策定された中長期計画に反映され、その具体的実行計画として単年度事業計画が策定され、施設職員が統一した認識のもと、利用者支援が実践されていました。また、中長期計画の策定目標と並行して中期人財育成計画が策定されており、中長期計画を具現化すべく「介護福祉士配置の充実」「認知症実践リーダー等の育成」を図っていました。このように、基本理念の実現を目標として、各種計画を策定し実行する組織体制は、総合施設長が、「質の高い利用者支援には、職員が誇りを持って働くことである」と言われるように、職員の職業意識の向上にも繋がる事項であり、高く評価される事項と感じました。

また、利用者支援では、試行錯誤のうえ作られた施設独自のアセスメントシートにより、利用者やその家族の想いや希望をもとに、介護サービス計画を策定し実践されていました。計画の実践の評価であるモニタリングには、可能な限り利用者参加のもと行われ、利用者から生の声が反映されていました。また、意思疎通が困難な利用者には、キーパーソンとなる家族をはじめ複数家族から生活歴を聞き取り、その人の希望を汲み取れるよう努めていました。こうした姿勢は、基本理念に謳われている利用者本位のサービスを、施設全体で取り組んでいる表れであると思います。

今後も、八木町における地域包括ケアシステムの拠点として、また高齢者支援のリーダーとして取り組まれることを期待いたします。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

・施設での自己評価は、定期的に自己評価をする組織として、サービス検討委員会が組織され、京都府実地指導の一環である「介護事業者自主点検表」により基づいて実施されていました。行政指導のもと実施する自主点検は、省令に定める基準を満たす法令遵守を目的としています。第三者評価において求める自己評価は、施設が基準とする利用者支援の一定の水準を維持向上するために、自らがチェックし必要な改善を行うことを目的としています。利用者支援の更なる向上のため、定期的に自己評価を実施されてはいかがでしょうか。

・介護サービスは、利用者や家族の意向や希望を記載したアセスメントシートをもとに、個別援助計画（ケアプラン）を策定して提供されます。そして、一定期間を経過した後、評価を行い必要な見直しを実施されていきます。つまり、PDCAサイクル（計画→実行→評価→改善）を繰り返すことで、利用者の長期目標の達成を図っていきます。その評価（モニタリング）では、一定期間の利用者の状況を把握すること必要があり、個別援助計画に基づく記録が重要となります。

	<p>今回の評価では、個別援助計画に基づく記録が確認できませんでした。利用者の支援経過の記録方法の改善が求められます。</p> <p>・介護施設における記録は、個人情報を含む内容が多くあり、施設として適切な管理が求められています。その管理の一つに、情報開示の仕組みの構築があげられます。利用者からのケース記録等の情報について開示請求があった場合は、原則として請求に応じる必要がありますが、その開示方法については施設内で一定のルール化が必要となります。個人情報の不適切な流出を防止するためにも、紙面請求の方法を含めた仕組みを構築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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2671500250
事業所名	特別養護老人ホームヴィラ多国山
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)	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26年12月17日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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. 理念が明文化されるとともに、施設運営の目標と5つの方針(五方針)を策定している。年度初めの職員会議で、施設長から理念等の説明がされている。パンフレット等により利用者へも周知している。 2. 施設ミーティング、各部門会議を体系的に整備され、トップダウンとボトムアップがされている。業務に関する規定が整備され、役割分担が明文化されている。		
<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. 法人として、全般的な視点や体制、人材育成など項目ごとに中長期計画が策定されている。その具体的な遂行計画として、事業計画が策定されている。 4. 事業計画に基づき、各部門目標が策定され、半期に進捗状況を評価し必要な見直しがされている。年度末には、全体で評価を行い次年度計画に反映している。		
<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。	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)		5. 法令遵守をテーマにした研修が実施されている。必要な法令については、研修等により情報を取得し、PCソフトを利用して周知している。 6. 「業務に関する規定」を整備して、施設長をはじめ職員の役割が明文化されている。毎週月曜日の朝礼では、施設長が社会状況を踏まえた講和を行い、その内容が共有されている。 7. 日々の施設の状況は、各部門の業務日誌と施設内を巡回して把握している。携帯電話を所持し、緊急時の対応に備えている。		

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. 理念及び施設運営の5つの方針により、求める人材像を明文化している。介護や看護職員は、実務経験者と新規卒者を採用してバランスを図っている。介護福祉士受験講座を開催するなど、資格取得のための支援をしている。 9. 中期人材育成計画により各職員の到達目標を策定している。その計画に基づき、外部研修の参加や資格取得への動機づけを行っている。 10. 実習受入マニュアルを整備し、介護福祉士養成実習及び介護体験実習を受入れている。実習指導者研修を受講している。		
<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、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)		11. 各部門の責任者が就業状況等の把握をしている。育児休業及び介護休業に関する規定を整備し、取得状況を確認した。 12. 人事考課制度を利用した職員面談や、誕生日に実施する施設長、事務局長との食事会を通じて、職員からの意見や要望を聞いている。また、職員からの要望を受け、職員更衣室に意見箱を設け、就業等に関する意見を吸い上げている。		
<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. 施設運営の5つの方針に地域交流、貢献活動を明記し、積極的に地域との交流を図っている。多目的ホールを利用したシアター上映会を開催している。 14. 施設の喫茶スペースを利用して、認知症カフェや介護教室を開催するなど、施設機能を地域に還元している。		

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. ホームページや広報誌を通じて、サービス内容について情報を提供している。見学受付者については、希望者受付名簿を作成している。		
<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.重要事項説明書により説明を行い、同意を得ている。成年後見制度等については、パンフレットを配架するとともに、家族から相談があった場合には、相談員が対応する仕組みがある。		

(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)		<p>17.独自形式のケアチェック表によりアセスメントを実施して、利用者本人もしくは家族から意向を聞いている。意思疎通が難しい利用者には、複数の家族から生活歴を聞き取り、利用者の意向を想像できるよう取り組んでいる。</p> <p>18.アセスメントに基づき個別援助計画が策定されており、利用者の同意を得ている。サービス担当者会議に、利用者本人が出席している状況を確認した。</p> <p>19.個別援助計画は、医師、看護師、管理栄養士など、多職種による意見を反映して策定されている。</p> <p>20. 個別援助計画は、3ヶ月ごとにモニタリングが行われている。また、ケアカンファレンスにおいて専門職の意見を聴取し、必要な場合は計画の見直しがされている。</p>		
(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)		<p>21利用者が、入院等で医療機関を受診する場合、常勤の医師が情報提供書(サマリー)を作成し、適切な連携がされている。協力医療機関が定められており、支援体制が確保できている。</p>		
(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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22. 業務マニュアルを作成して、施設内で標準的なサービスが実施されている。各業務マニュアルは、教育委員会で定期的に評価し必要な見直しがされている。月に1回事故防止委員会が開催され、ケースの分析等を行い、事故発生予防に取り組んでいる。</p> <p>23. 個別援助計画に基づいた経過記録は確認できなかった。個人情報規定において、情報開示の条文は確認できたが、必要な手順等は示されていない。</p> <p>24. 利用者の状況は、申し送りノートとユニットカンファレンスで共有されている。サービス担当者会議の状況は、記録の回覧により共有している。</p> <p>25.カンファレンスに家族の参加を呼び掛けており、記録にて情報交換を確認した。「アイリスたより」を年に4回発行し、行事予定などの情報を発信している。</p>		
(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)		<p>26. 高齢者の疾患と症状の基礎知識のマニュアルを整備している。また、洗面所には手洗い方法の手順やうがいのためのコップを備え、感染予防と対策を行っている。</p> <p>27. 施設内は、外部清掃業者により日常的に清掃を行い、清潔を保っている。また、オゾン脱臭装置を整備して、施設内の臭気対策がされている。</p>		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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.介護事故予防対策などリスクマネジメント関係のマニュアルを整備して、事故や緊急時の対応に備えている。また、介護事故を想定した訓練や救急法の研修を実施している。 29.事故防止委員会を組織し、ひやりはっと報告の分析により、事故の未然防止に努めている。また、事故が発生した場合は、いち早くその対応に努め、対応策については定期的に評価している。 30.施設所在地が土砂災害の危険があることから、その災害を想定した訓練等を実施している。また、南丹市と福祉避難所設置に関する協定を締結している。		

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.法人理念に「利用者本位のサービスの提供と利用者の基本的人権の尊重」を謳い、施設の統一した認識によりサービスが提供されている。高齢者虐待に関する研修が実施されている。 32.職員が常時携帯するハンドブックに「行動規範」を明示し、利用者のプライバシー保護をはじめ人権尊重のより支援を行っている。プライバシーに関する研修を実施している。 33.入所検討委員会を組織して、要介護や医師の意見、家族の介護状況などを考慮して、公正公平な入所決定がされている。入所決定に関する事項は、事業計画に記載されている。		
(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	公的機関等の窓口にご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.事業計画に「利用者からの声に真摯に向き合う姿勢」明記して、利用者支援に努めている。定期的に開催するサービス担当者会議を通じて、利用者や家族の意見等を吸い上げている。 35.苦情解決規則に基づき、利用者からの意見や要望等に対応している。要望等により改善した内容は、各フロアにファイルとして配架し公表されている。 36.南丹市の介護相談員を受入れ、利用者や家族からの相談機会を確保している。法人として外部に第三者委員を配置している。		
(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	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	B
(評価機関コメント)		37.定期的利用者・家族アンケートを実施するとともに、管理栄養士による嗜好調査を行い利用者の満足度を調査している。調査結果は、広報誌を通じて公表されている。 38.総合施設長をはじめ多職種によるサービス検討委員会を組織し、定期的に利用者支援の質向上を検討している。委員会で決定した事項は、各部署で実践されている。 39.定期的に自己評価をする組織として、サービス検討委員会は設置されているが、自己評価を実施した状況は確認できなかった。		