

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 8 月 26 日

平成 23 年 7 月 1 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 ヴィラ稲荷山）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>組織体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 会議・委員会一覧表、マニュアル一覧表等の文書を整備され、組織の透明性は高いと評価します。 <p>計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 理念～運営方針～目標～課題の流れが年度方針展開表で関連性が確認できました。また毎月、課題の達成状況を同表で評価し見直しをされていました。 <p>ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員の休憩室は、勤務する場所から離れた場所があり、十分な広さで、テレビ、テーブル、椅子等の設備がありくつろげる場所でした。 <p>意見・要望・苦情の受付</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 毎月、利用料請求書に「ご意見はがき」を同封し、利用者の意見や要望を引き出しやすいよう工夫されていました。 <p>利用者満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年1回満足度アンケートを利用者、家族に対して実施しておられました。抽出された課題を検討し、リハビリテーションの充実を図られるなど次年度のサービス計画に反映されていました。
------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 共通評価項目チェックシートではチェックが入り、すべてA評価となっていますが、下記のその他欄として更に良質な事業所運営が可能な点について記載いたしました。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ その他欄に記載
<p>その他</p>	<p>質の高い人材の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 介護福祉士の資格取得推進・優先採用等を事業計画で確認できましたが、現在習慣として実施されている、人事採用基準・採用過程の文書化をされてはいかがでしょうか。文書化により透明性が高まります。 <p>第三者への相談機会の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 職員に申し出ることなく、直接に第三者に伝えられるような連絡先等の明示をされることをお勧めします。

※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	2670900899
事業所名	特別養護老人ホーム ヴィラ稲荷山
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)	(介護予防)短期入所生活介護 (介護予防)通所介護
訪問調査実施日	平成23年7月21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)		<ul style="list-style-type: none"> ・経営理念(思いやりの心)、基本方針(権利の尊重)をパンフレット、ホームページに掲載されていました。職員には名札裏面に記載したカード(品質方針携帯カード)の携帯による周知が図られていました。 ・組織図、業務分掌、各種会議・委員会一覧表を整備され、組織の透明性が図られていました。 			
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・各年度の事業計画が「年度方針展開表」によって、目標と課題が設定され、各月ごとにその達成率の把握が行われていました。 ・毎月開催の管理者、各部門の責任者の参加する拡大運営会議で、課題の達成状況の確認と半期ごとの評価が行われていました。 			
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・運営管理者が各種会議に出席し、意見聴取をして事業の運営方針に反映させる仕組みがありました。 ・緊急時対応マニュアルと事故報告書、個人別介護記録、ケアプランの有機的な連携があり、管理者が具体的な指示ができる体制となっていました。 			

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
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・研修計画に沿って、個人別の研修経過が記録されていました。 ・実習の受け入れに当たり、マニュアルの整備、実習指導者の研修が記録されていました。 			
(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・雇用管理責任者を選任され、有給休暇消化率・時間外労働の把握が毎月行われ、衛生委員会において就業状況や意向について検討されていました。 ・武田病院グループ内でカウンセラーの相談窓口があり、休憩室・仮眠室の環境・面積等十分なものがありません。 			
(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・機関紙(稲荷山通信)を毎月発行され、地域へ配布し広報に努められました。 ・地域の高齢者健康管理サークルへの講師派遣、地域が行うストレッチ体操の施設内ホールの開放など、事業所が有する機能を還元されていました。 			

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、パンフレット等で分かりやすく情報提供され、見学者にも対応されていることが見学記録から確認できました。 			
(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・成年後見制度を実際に活用されており、アンケートからもわかりやすく説明されていることが確認できました。 			

(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。	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントによるケアプラン原案作成、家族の同意、サービス提供等の流れがマニュアルに沿って行われていました。 ・作成日・見直し日を記録し、定期的及び必要に応じて見直しを行っておられました。 			
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・協力医療機関や、地域医療連携室と連携をとり、入院中の心身・診療内容等の情報収集もされ、退院後の生活が円滑にいくように配慮されていました。 			
(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、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)		<ul style="list-style-type: none"> ・各種マニュアルが整備され定期的な見直しも行われていました。 ・6か月ごとに、また心身に変化があれば適宜に利用者の家族との情報交換が行われていました。 			
(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、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)		<ul style="list-style-type: none"> ・感染症等各種マニュアルが整備され、年2回職員研修を実施されていました。 ・換気等に職員が配慮され、施設内に異臭等はありませんでした。 			
(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	
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・昼間及び夜間想定避難訓練や救命講習等を行っておられました。 ・コールバック連絡書(事故報告書)に基づき、集計、分析、評価、対策を行い事故防止に努めておられました。 			

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	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。	A	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束廃止に係る独自の指針を定め、毎月、身体拘束廃止委員会が開催されていました。 ・入所者選考要領書をホームページに公開されていました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決実施要領書を定め、利用者からの苦情・要望等を把握し、対応するシステムが確立され、その内容と処理結果が機関紙に公開されていました。 		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・武田病院グループ内の内部監査を相互に年2回実施され、サービス向上に取り組んでおられました。 ・年1回の満足度アンケートの結果を評価、分析し、次年度の課題を明確にするシステムが確立されていました。リハビリテーションの実施要望に対してリハビリテーションの充実等の具体策が講じられていました。 		