

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 29 年 3 月 14 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 2 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 洛和ヴィライリオス様につきましては、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<br/>(※)</p> | <p><b>1. 質の高い人材の確保・継続的な研修・OJTの実施</b></p> <p>・法人の教育システムが研修体系（新人・初級・中級・上級）と連動し、個別にキャリアパス台帳も整備され、力量評価・試験による昇給の仕組みが、職員の意欲と働きがいにつながっていることを職員ヒアリングでも確認できました。また資格取得支援として、外部講師による介護福祉士・社会福祉士・ケアマネ受験対策講座の実施や各委員会・個人面談を通して職員の気づきを促すことで質の高い人材育成に努めておられました。</p> <p><b>2. 地域への貢献</b></p> <p>・近隣の会館で施設長（医師）の講演や地域の店舗でシニアサロン（介護予防教室・体操教室）を開催することで施設機能を還元され、地域のニーズ把握にも努めておられました。</p> <p><b>3. 利用者の家族との情報交換</b></p> <p>・毎月の利用料請求書郵送時に利用者の近況の同封やサービス担当者会議・面会時に利用者状況を伝えておられました。また家族交流会も年 2 回定期的に催され、家族と情報交換の機会があり、関係性が深められるよう配慮されていました。</p> <p><b>4. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>・利用者の意見・要望・苦情等に対し、要点と対応についてまとめ、玄関入り口の見やすい掲示板に掲示すると共に、改善目標を定め施設としての取り組み姿勢を明確にされていました。</p> |
|-----------------------------|---|

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点<br/>とその理由（※）</p> | <p><b>1. 実習生の受け入れ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・実習受入マニュアルを整備し、大学・高校・中学・看護師の実習生を受入れされていましたが、受け入れに関する基本姿勢の明文化がありませんでした。</li> </ul> <p><b>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・パソコンを主に適切な記録がされ、そのアクセスも職員個々のパスワードを2ヵ月毎に更新される措置が講じられていますが、情報の管理に関する具体的な取り扱い方法が明確化されていません。</li> </ul> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保 36</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・公的機関等の相談窓口の電話番号やFAX番号等については、重要事項説明書に記載し、施設内にも掲示されていましたが、事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置されていませんでした。</li> </ul>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>               | <p><b>1. 実習生の受け入れ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・学生を中心に多くの実習受入実績があります。実習受け入れの目的には、次の担い手育成や実習を通じて教える側に立つことでの職員育成などがあげられます。具体的にそのような基本姿勢を明文化することで、職員の人材育成の視点がさらに養われるのではないのでしょうか。</li> </ul> <p><b>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・記録の保管や持ち出し・破棄に関するマニュアルを整備され、職員全員が統一した対応ができるように検討されてはいかがでしょうか。また記録以外での個人が特定できるもの、例えば画像等の取り扱いも含まれるとより確実な対応につながるのではないのでしょうか。</li> </ul> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所関係者以外の第三者の相談窓口の機能は、利用者及び家族が安心して日常生活の相談や苦情を聞いてもらえる相手となり、また、相談・苦情を担当者に伝え助言する役割があります。公的機関等の相談窓口とは別に、例えば顧問弁護士や民生委員等の第三者を相談窓口として設置することで、さらに事業所の透明性が確保されるのではないのでしょうか。</li> </ul> |

※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                    | 2650380013  |
| 事業所名                     | 洛和ヴィライリオス   |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 介護老人保健施設  |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護<br>通所リハビリテーション<br>介護予防通所リハビリテーション |
| 訪問調査実施日                  | 平成29年2月22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 |
| <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. 理念や運営方針「No.1方針」を玄関やサービスステーションに掲示し、毎日朝礼時に唱和することで周知を図り、理念・方針に基づいたサービス提供の確認として「事業所評価（法人内部評価）」に取り組まれていました。また、毎月発行の機関紙「イリオスだより」とホームページで理念を周知されていました。<br>2. 運営会議（管理職）、係長会議、各種委員会を開催し、職員の意見を反映する検討体制がありました。また、業務基準マニュアル（職務分掌）で職務権限を明確にされていました。   |      |       |
| <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    | B     |
|                            | 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. 「No.1シート」で職種やフロア毎に稼働や質の向上の目標を設定されましたが、中長期計画は確認できませんでした。<br>4. 「No.1シート」に基づき、毎月の各種会議（事務・ユニット・係長・運営）で進捗状況を確認しておられました。   |      |       |
| <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    | B     |
|                            | 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)        |     |    | 5. 各種法令に関する研修は、法人の介護事業部や管理職で実施し、職員に伝達研修されていました。また法人のイントラネット（情報通信網）で膨大な情報を管理されましたが、関係法令を職員がすぐに調べられる体制はありませんでした。<br>6. 管理者は職務業務マニュアルで役割と責任を明確にされていました。また年2回職員からの自己申告書を基に面談し、業務・異動・勉強等に対する意向を確認されました。管理者自らの行動の評価は「やりがいアンケート」で相談しやすさ・指導力などを確認されていました。<br>7. 管理者は、管理日誌で業務把握はされていました。緊急時には「事故・トラブル発生時の対応マニュアル」や緊急連絡網で指示を出せる体制がありました。 |      |       |

| 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 |
| <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    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 8. 法人の教育システムが研修体系と連動し、個別にキャリアパス台帳も整備され、力量評価・試験による昇給の仕組みが、職員の意欲と働きがいにつながっていました。また資格取得支援として、外部講師による介護福祉士・社会福祉士・ケアマネ受験対策講座を実施されていました。<br>9. 研修体系（新人・初級・中級・上級）があり、年間研修計画に基づき実施されていました。各委員会や個人面談を通して職員の気づきを促されていました。<br>10. 実習受入マニュアルを整備し、大学・高校・中学・看護師の実習生を受入れされましたが、受け入れに関する基本姿勢の明文化がありませんでした。 |      |       |
| <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、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。  | A    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 11. 常勤採用を基本とし、毎年リフレッシュ休暇として連続10日（特別休暇5日＋有給休暇3日＋公休2日）を与え、職員の負担軽減と意欲向上に取り組まれました。<br>12. 外部委託会社や法人の相談室（心理カウンセラー雇用）でメンタルヘルスの相談体制がありました。職員の満足度について「ES対策部会」で検討され、福利厚生として法人主催の駅伝大会・ボウリング・旅行・スキーなど家族同伴で参加できる制度がありました。休憩場所は確保されていましたが、入所者の食堂の一角である為、リラックスできる環境ではありませんでした。                           |      |       |
| <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    | B     |
|                     |     | 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. ホームページ・「イリオスだより」・法人情報誌「おとまるくん」を毎月発行されていましたが、情報の公表制度の事業所情報についての開示がされていませんでした。<br>14. 近隣の会館で施設長（医師）の講演や地域の店舗でシニアサロン（介護予防教室・体操教室）を開催することで施設機能を還元され、地域のニーズ把握にも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 |
| <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. ホームページやパンフレットで料金、イベント等の詳しい情報が掲載されていました。随時施設見学者には相談員が主となり、対応されていました。  |      |       |
| <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. 契約書説明マニュアルを作成し、説明内容や方法が統一されていました。重要事項説明書・約款（契約書）によりサービス内容や利用料金について説明し同意を得られました。必要に応じて関係機関と連携し、成年後見制度を活用した事例もあり、権利擁護への取り組みもありました。 |      |       |

| (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)        |    | 17. 所定のアセスメント票を用いて、初回・1ヵ月目・以降3ヵ月毎と状態変化時に個々の心身状態を踏まえ生活課題を抽出されていました。<br>18. サービス担当者会議や電話で利用者・家族の生活に対する意向を聴取し、個別援助計画が策定されていました。<br>19. 個別援助計画の策定・見直しの際、必ずサービス担当者会議（医師、看護師、介護職、リハビリ、栄養士等）の参加又は意見照会が行われ、包括的な視点で実施されていました。<br>20. 3ヶ月毎・要介護認定更新時期を基本に状態変化の都度、個別援助計画が見直しされていました。                |   |   |
| (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. 医師（施設長）が常勤のため連携が密接に図られていました。同法人の協力医療機関や関連機関と連携され、退所時や入退院時の連携が図りやすい体制がありました。   |   |   |
| (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. 介護場面毎に具体的に詳細にマニュアル化し、業務の標準化と自立支援や安全確保を目的に整備され活用されていました。<br>23. 利用者記録はパソコンによる電子カルテや個別ファイルに記録されていましたが、個人情報の取り扱い方法が確認できませんでした。<br>24. 朝・夕の申し送りや申し送りノート・管理日誌・パソコンの情報確認表で情報共有が図られていました。<br>25. 毎月の利用料請求書郵送時に利用者の近況の同封やサービス担当者会議・面会時に利用者状況を伝えておられました。また家族交流会も年2回定期的に催され、家族と情報交換の機会がありました。 |   |   |
| (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. 感染症マニュアルを整備し、委員会から職員へ周知徹底されていました。また毎年研修の実施により感染症予防について職員の意識向上に繋がっていました。感染症のある利用者についても対応できる体制がありました。<br>27. 清掃は業者委託や障がい者雇用により実施され、脱臭機による臭気対策も講じられていました。各フロアも居室だけでなく廊下やデイルーム等も移動や介助等が安全に行えるよう整理整頓が行き届いていました。  |   |   |
| (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 | B |
| (評価機関コメント) |    | 28. 事故・緊急時に関するマニュアルを作成し、リスクマネジメントに関する研修も実施されていました。<br>29. 発生した事故等について事故・ヒヤリハット報告書を作成し、運営会議や安全対策委員会等で情報共有され再発予防策を講じられていました。<br>30. 災害発生時に関するマニュアルを策定し、施設内での定期的な防災訓練も実施されていましたが、地域との連携された訓練やマニュアルには至っていませんでした。 |   |   |

| 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) |    | 31. 毎年人権や身体拘束・虐待についての研修を実施し、具体策を周知され尊厳の保持に配慮されていました。24時間シートによる入所者の行動パターン把握により、個別ケアに努めておられました。<br>32. マニュアルを整備し、プライバシーに配慮されていましたが、研修が中級職員のみで全職員対象には実施されていませんでした。<br>33. 医療面で受け入れが困難な場合は病院などを紹介されていました。入所判定基準に基づいて公平公正に決定されていました。 |   |   |

##### (2) 意見・要望・苦情への対応

|                       |    |  |   |   |
|-----------------------|----|--|---|---|
| 意見・要望・苦情の受付           | 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 | B |
| (評価機関コメント)            |    | 34. 顧客満足度アンケート（年2回）・意見箱の設置・家族交流会（年2回）を開催し、利用者の意見・要望を積極的に収集されていました。<br>35. マニュアルに基づき、利用者の意見や要望・苦情に対して検討し、経過や対応策を玄関に掲示されていました。<br>36. 重要事項説明書や玄関設置のファイルで公的機関の相談窓口の記載はありましたが、外部の第三者の設置がなく、相談機会の確保もありませんでした。 |   |   |

##### (3) 質の向上に係る取組

|               |    |  |   |   |
|---------------|----|--|---|---|
| 利用者満足度の向上の取組み | 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 | B |
| (評価機関コメント)    |    | 37. 年2回顧客満足度アンケートを実施し、NO.1・医療安全委員会で分析検討して、次のアンケートまでに改善に取組まれていました。<br>38. 月1回運営会議や各フロア会議でサービスの質の向上について検討されていました。また京都府介護老人保健施設協会での施設間交流や法人内事業所評価の評価委員になることで他事業所の情報を収集されていました。<br>39. 「年1回事業所評価(事業計画に基づく課題など)」や「年2回自己評価(待遇・与薬・感染予防等)」という名称で自施設の評価をされていましたが、3年に1回の第三者評価の受診がありませんでした。 |   |   |