

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 5 月 8 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

令和 3 年 10 月 18 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 洛和ヴィラ大山崎 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>通番 8 質の高い人材の確保、通番 9 組織的な研修・OJTの実施</p> <p>介護事業部で人事管理を行っています。職員採用に関しては有資格者を優先していますが、無資格であっても人物評価により採用可としています。人材育成の為に「キャリアパス制度」を導入し、人員体制は法定の人員配置基準より高く、常勤比率や有資格率も高いです。資格取得のための支援体制や奨学金制度等を「福利厚生ガイドブック 2021」に明記し、全ての職員に周知しています。</p> <p>キャリアパスを 7 段階に区分し、各段階の目標・到達度の指標を設けています。職員一人ひとりが自己の到達目標をイメージすることができ、働く意欲や向学心を高めています。職員研修については、キャリアパス研修、年間育成研修等のプログラムに基づき実施しています。特に、初任者研修に「プリセプター制度（アシスター制度）」を導入し、指導者と毎月到達目標を立て、半年間の OJT を実施しています。外部研修の希望者に対し可能な限り参加を促しています。</p> <p>通番 24 職員間の情報共有</p> <p>職員間での情報共有については、電子カルテと連絡ノートで行なっています。また、月例のユニット会議で、利用者のカンファレンスを行い、議事録で共有しています。</p> <p>通番 28 事故・緊急時の対応</p> <p>事故・緊急時対応マニュアルを整備し、職員間で共有しています。指揮命令系統や職員の役割分担を明確に定め、連絡網の実践訓練を実施しています。BCP（新型コロナウイルス禍での事業継続の取り組み）を作成し、感染委員会と共有しています。施設独自の緊急マニュアルを作成し、消防訓練を年 2 回実施しています。</p> <p>通番 38 質の向上に対する検討体制、通番 39 評価の実施と課題の明確</p>
-----------------------------	--

	<p>化</p> <p>毎月「品質向上委員会」や委託業者を交えた「食事委員会」、「行事委員会」等でサービスの品質を評価し、改善課題に取り組んでいます。</p> <p>介護事業部全体で、「事業所評価」の項目にあげた感染対策、法令遵守、サービスの質の向上等の課題を職員相互で評価し、結果を次年度の計画に反映させています。第三者評価は平成31年3月に受診しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番30 災害発生時の対応</p> <p>「災害発生時対応マニュアル（地震・風水害・教育訓練）」に沿って、年2回消防訓練（年2回）と自然災害時の訓練（年1回）を行い、3日分の水・非常食や毛布等を備蓄しています。災害発生時の役場や社協との連携について話し合っていますが、具体的に地域との連携を意識した合同訓練等が実施されていませんでした。</p> <p>通番35 意見・要望・苦情への対応</p> <p>毎年、「利用者満足度調査」を実施し、利用者や家族等の意向を把握し、結果をデータで利用者家族等に郵送でフィードバックしています。利用者の「専門家と話す機会が少ない」に応じ、言語聴覚士が嚥下状況の確認に関わった事例がありました。「利用者満足度調査」の結果を公開するまでには至っていませんでした。</p> <p>通番36 第三者への相談の機会</p> <p>重要事項説明書に利用者が相談できる窓口として行政や介護事業部・施設等を明記していますが、第三者が設置されていませんでした。また、利用者が施設の外部に相談できる機会として、大山崎町の介護相談員等の人材を受け入れていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>通番 36 第三者への相談の機会</p> <p>現在、苦情解決の第三者が評議員となっております。利用者側からの相談を受け止める体制であることが必要と考えます。法人の定める苦情解決の第三者は、施設からの相談相手であって、利用者や家族が直接苦情等を伝えることができる第三者ではないと考えます。苦情の窓口の第三者は法人や施設と直接利害関係にない方であればどなたでも良いと考えます。</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	2671000046
事業所名	洛和ヴィラ大山崎
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
訪問調査実施日	令和4年4月11日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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	A
	(評価機関コメント)			1. 理念及び運営方針を策定し、ホームページに掲載し、パンフレットに記載、各ユニットフロアや事務所・地域交流スペース等に掲示している。また、朝礼で唱和し、各種の職員研修や職員の「力量評価」、職員相互による「事業所評価」等の取り組みで、全職員に浸透させている。 2. 組織図及び職務職階規定等に職位や職責ごとの役割等を明確している。また、職位や職責、業種別の検討会議や品質・事故・看取り・感染等の委員会等を定期的に開催し、組織運営上の意思決定に職員の意見を取り入れている。各議事録で確認できた。職員全員がPC内の“業務サイト”を閲覧することが出来、組織の事業内容を法人本部及び介護事業部、施設・事業所間で共有している。キャリアパス制度に職員一人ひとりに求める力(知識・技能・判断力・指導力・責任性・積極性・協調性)と期待するイメージを具体的に規定している。		
(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. 中長期計画にコーポレートスローガン「夢、そして誇り。この街で・・・」を掲げ、地域貢献活動としてSDGsの様々な課題にハード・ソフト両面で取り組んでいる。法人理念と運営方針、中長期計画に基づき、年度始めに施設の単年度事業方針及び事業計画(アクションプラン)を策定し、「RCマネジメントシート(10N01シート)」で毎月、課題の進捗状況等を介護事業部と共に確認している。 4. 法人の「N01システム」に沿った「RCマネジメントシート」で事業運営上の課題を明確にしている。「RCマネジメントシート」を活用して、提供サービスの質の向上に向けた実践内容を毎月ユニット毎にまとめ、介護事業部とともに評価している。業務レベルの課題については、法人のスケールメリットを活かし、横断的に開催の職種別の定例会議で検討している。		

(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. 施設長が法令遵守に関する外部研修や集団指導に出席する等で事業の運営に必要な法令等の情報を収集している。また、職員は誰でも、就業規則や各種マニュアル、遵守すべき法令等をPC「業務サイト」で確認することができる。 6. 施設長はエリア内の各種会議に出席し、上位組織の意向を事業所内の会議で伝達している。施設長は年2回実施の個人面談で職員の意向を聴き取っている。また、毎年実施の「職員やりがいアンケート」に上司に対する意向(評価)を述べることができ、個別に匿名で法人本部に直接意見を述べるができる仕組みも整えている。 7. マニュアルに沿って事業の実施状況の報告体制を整備している。事故等の緊急事態に備え、「緊急時対応マニュアル」と「緊急連絡網」を作成し、365日24時間の対応に備えている。管理者に常時、携帯電話で報告・連絡・相談ができる様にしている。		

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
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. 介護事業部で人事管理を行っている。有資格者を優先して採用しているが、無資格であっても人物評価により採用も可としている。人材育成のための「キャリアパス制度」を導入し、人員体制は法定の人員配置基準より高く、常勤比率や有資格率も高い。資格取得のための支援体制や奨学金制度等を整備し、福利厚生ガイドブックに明記し、全ての職員に周知している。 9. キャリアパスを7段階に区分し、各段階の目標・到達度の指標を設けている。職員一人ひとりが自己の到達目標をイメージすることができ、働く意欲や向学心につなげている。職員研修はキャリアパス研修、年間育成研修等のプログラムに基づき実施している。特に、初任者研修にプリセプター制度(アシスター制度)を導入し、指導者と毎月到達目標を立て、半年間のOJTを実施している。外部研修の希望者に対して可能な限り参加を促している。 10. 看護実習生の受け入れマニュアルを整備し、実習指導者の研修も実施している。現在、コロナの影響で依頼が1件に減っているが、老年看護実習生京都府職員現場実習、看護師養成学校生、中高生の介護体験実習等の実習生を受け入れた実績がある。		
(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	A
		(評価機関コメント)		11. 職員の就業状況をイントラネットで把握し、職員一人ひとりの業務が過重になっていないかを確認している。職員ヒアリングよりリーダークラスの休みが取得し難い現状がうかがえるが、サービス残業はない。職員は福利厚生制度で保障する(10日間のリフレッシュ休暇・育児休暇・介護休暇等)以外の様々な休暇を取得している。介護現場に電動ベッド・スライディングボード・腰痛予防ベルトを貸与し、職員間の連携の効率化を図るインカムを導入する等、労働環境に配慮している。 12. 職員のメンタルサポートシステム「EAP」の名称で、外部に専門カウンセラーへの相談窓口を設置している他、介護事業部にハラスメント苦情相談窓口を設置し職員の悩みごと等の相談を受け付けている。また、専門家による法律や税務相談の窓口も設置している。		
(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。	B	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. 14. 施設の広報誌「うぐいす」を毎月発行し、HPのブログで定期的に施設の情報を公開している。大山崎町の老人福祉センター「長寿苑」のイベント、小学校の運動会や地域の季節行事等に利用者と共に参加していたが、コロナの影響で叶わなくなっている。月3回地域交流スペースで実施していた認知症の人等が集う「みんなでいこカフェ」や、法人主催の「洛和メディカルフェスティバル」で地域との交流、医療・福祉相談の機会を設け、地域に根ざした活動を展開していたが、いずれも現在は中止している。		

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
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. ホームページ・パンフレット・重要事項説明書等に、サービスの選択に必要な情報を利用者や家族等に分かりやすく記載している。質問に対して、その都度相談員が丁寧に対応している。			
(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. 重要事項説明書に、加算を含む料金表や生活支援サービスを追加している。全て利用者等に分かり易く説明し同意を得ている。			
(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. 18. アセスメントシート・モニタリング実施記録・カンファレンス記録・サービス担当者会議実施記録を整備している。個別援助計画を多職種の意見を集約して策定している。利用者と家族の意向を踏まえて3か月ごとに短期目標を見直し、6か月毎にサービス担当者会議を開催して他職種の意向を聴き取り、モニタリング調査を実施している。 19. 嘱託医の往診が月4回あり、利用者個人においては月1回の頻度で往診を受けている。必要に応じて職員に医師からの指示がある。また、理学療法士や作業療法士に意見照会する等、利用者の状態に応じて多職種との関わりを持っている。介護支援専門員のケアプランに他職種の意見を付け加えたケースがあった。 20. 短期目標は定期的(3か月)に見直ししている。状態が変化した場合は、その都度サービス担当者会議を開催し、見直しを図っている。			
(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 嘱託医による往診が月4回（週1回）あり、入所時スクリーニング、定期健診を実施している。入退院の際は、嘱託医が協力医療機関の金井病院や済生会京都府病院と連携し、在宅看取りのケースについては、居宅支援事業所と訪問看護事業所が連携し利用者の支援体制を確保している。			

(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。	B	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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 標準的な業務マニュアルを整備し、6月に見直しを実施しているが、一部実施日と見直しの箇所の記載が確認できなかった。インシデントの発生時には必ず見直しを実施している。 23. 個人の情報はPCソフト「ちょうじゅ」と電子カルテで厳密に管理している。個々の情報は職員個別のパスワードでアクセスし閲覧できるようになっている。本人及び家族等、後見人等から開示請求があった場合は、「開示請求マニュアル」に沿って法人の許可を得てケアに関する内容のみ開示することができる。 24. 職員は、電子カルテの「申し送り機能」と、各ユニットの連絡ノートで利用者の状態の変化等の情報を共有している。出勤時に必ず各自でその日の業務を確認することで他の職員の意見を確認している。 25. 新型コロナ感染蔓延防止の為、利用者との面会はフィルター越しやスカイプ等で行っている。家族と職員の面会は予約制で実施し、生活相談員が電話で対応している。月1回、本人の写真と行事参加の様子や体調等を書面（郵送）で知らせている。		

(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. 現在はコロナ対策に重点を置き、感染委員会と随時情報を共有し、対策と予防に努めている。その他の感染症についても、毎年、職員研修を実施している。コロナ予防に徹底した対策が功を奏し、利用者の感染ゼロ・職員の陽性ゼロを推移している。コロナの面会方法については広報誌「うぐいす」で家族に周知している。 27. 日々の施設内の衛生や清掃については外部委託業者で実施している。おむつは個別の包装でビニールに包み回収している。ゴミ箱は蓋つき・足ふみペールにし臭気と感染リスクを回避している。衛生材料や物品等の保管や管理は障害者雇用で実施している。衛生的で丁寧に管理・保管されていた。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故・緊急時対応マニュアルを整備し職員間で共有している。新入職員には、夜勤勤務の事前研修を実施している。指揮命令系統や職員の役割分担を明確に定め、実践訓練を実施している。BCP(新型コロナウイルス)を作成し、感染委員会で共有している。施設独自の緊急マニュアルを作成し、年2回消防訓練を実施している。 29. 介護事故等の予防に関する日常的な教育や事故発生時の対応方法を詳細に定めた「リスクマネジメントマニュアル」を基に研修や訓練を行っている。月例の事故対策委員会で検討された事項を各ユニット会議で協議している。会議録を回覧し職員に周知している。 30. 「災害発生時対応マニュアル(地震・風水害・教育訓練)」に沿って、年2回消防訓練と年1回自然災害時の訓練を行い、3日分の水・非常食や毛布等を備蓄している。災害発生時の役場や社協との連携について話し合っているが、具体的に地域との連携を意識した合同訓練等を実施していない。		

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)		<p>31. 法人の理念や運営方針に人権の尊重について明記している。「事業所評価」の項目に利用者の処遇に関する具体的な項目がある。職員相互で高齢者の尊厳に配慮しているかを「目を合わせて対話しているか」「スピーチロックをかけていないか」等の項目で確認している。全職員を対象とした研修「高齢者虐待防止法」を年1回実施し、身体拘束に関しては3か月に1回、職員会議で確認している。</p> <p>32. 毎年、利用者のプライバシー保護に関する研修を実施している。また、年2回、職員一人ひとりの「力量評価」を実施し、プライバシーに配慮した会話や書類の保管等に関するチェック項目がある。羞恥心への配慮等は、日々のOJTの中で具体的に確認している。</p> <p>33. 入所判定委員会で入所者の決定を公平・公正に行っている。判定委員の構成メンバーは、施設外の社協や大山崎町職員と施設の施設長、相談員、看護師等で構成している。「利用者受け入れ」の申し込みを断った事例はない。医療行為のいかんにより法人の入所相談センターに相談先として紹介した事例がある。</p>			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 苦情対応のマニュアルを整備し、利用者・家族等の意向を受け止め、迅速に対応するシステムを確立している。「事業所評価項目/60項目」中の利用者インタビュー(9項目)で利用者の意向を聴き取り、意見箱で受け付けている。</p> <p>35. 利用者の声に「専門職と話す機会が少ない」があり、これに応じて言語聴覚士が利用者の食事の時に嚥下状況の確認を行った事例がある。</p> <p>36. 重要事項説明書に利用者・家族等の相談窓口として行政や介護事業部、施設等を明記しているが、相談ができる機会として、第三者の設置や大山崎町の介護相談員派遣の活用が為されていなかった。</p>			
(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)		<p>37. 年1回実施の「利用者満足度調査」の分析結果に基づいて調査前と調査後で改善されたサービスを確認している。毎月実施の「RCマネジメントシート(不適切ケア)」の結果も同様に確認している。</p> <p>38. 毎月「品質向上委員会」、委託業者を交えた「食事委員会」、「行事委員会」等でサービスの品質を評価し、改善課題に取り組んでいる。</p> <p>39. 毎年、介護事業部全体で「事業所評価/職員相互評価」に取り組んでいる。評価項目(60項目)に、理念・方針、対応(接遇・プライバシー保護等)・環境・法令順守・サービスの質向上等をあげ、評価結果に基づいて明らかになった課題を次年度の計画に反映させている。行政主導の自己点検も年2回実施している。第三者評価は平成31年3月に受診している。</p>			