

アドバイス・レポート

令和 6 年 9 月 2 6 日

令和 6 年 1 月 1 8 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><u>通番 1 2：労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）</u> 眠りスキャンや音声記録システムを導入されるなど、ICTの導入を推進されており、利用者へのケアの更なる向上や職員の働きやすさに貢献されています。</p> <p><u>通番 1 6：地域への貢献</u> 介護職員初任者研修への講師派遣、地域ケア会議や体操教室等への場所の提供など地域との交流に努められています。地域のニーズに応じて通所事業所の送迎車を利用した「こんこんバス」（買い物支援バス）の運行は素晴らしい地域貢献と感じました。</p> <p><u>通番 4 4：評価の実施と改題の明確化</u> 法人内で年 1 回内部監査を実施されており、改善の必要性や改善の結果等について評価を実施されており、コンプライアンスの徹底が図られていました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p><u>通番 1 1：実習の受け入れ</u> 実習生受け入れに関するマニュアルやプログラムは整備されていますが、実習指導者に対する研修の実施について確認できませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>職能団体や武田病院グループで開催される研修会等に参加され、法人内で伝達研修を実施されることを検討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 | 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、通所介護、居宅介護支援、訪問介護 |
| 訪問調査実施日 | 令和6年2月19日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都私立病院協会 |

| 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思決定を行い、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) | | 理念、運営方針を武田病院グループのホームページに掲載するとともに、事務所・休憩室に掲示しています。「たけだ通信」を年2回程、「稲荷山通信」を毎月発行し、配布されています。拡大運営会議で施設長から所属長に、各部署会議で所属長から職員に周知しています。理事会には施設長が参加され、テーマごとに議論されています。組織・職務分掌権限規程を定め、組織図に基づく各種会議で議論し、実践されています。各種会議と別に電子ご意見箱を活用し、職員の意見集約に務めておられます。 | | |
| (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質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把握と目標の設定 | 4 | 各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 中期（3年）・長期（5年）計画に基づき、単年度目標を策定されています。目標等は毎年4月に発行される稲荷山通信に掲載し、利用者、家族に配布されています。広報誌にホームページのQRコードを掲載されていました。計画はISOの年度展開表で具体的な課題を設定し、各会議で毎月評価を行っています。年度目標、中間報告、年度報告という流れで評価を行い、課題等を明らかにし、目標設定されています。 | | |
| (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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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) | | コンプライアンス管理規程を定め、経営責任者・運営責任者が研修に参加されています。関連法令はグループウェア（デスクネットネオ）内にあるURLの一覧から全職員がいつでも調べられる環境にあります。Eラーニングを活用した職員研修も実施されています。法人で京都府福祉職場組織活性化プログラムに取組み、その診断結果から課題を抽出し、課題解決に向けて部署ラウンドを実施したり管理者会議で協議しています。緊急連絡網や毎日の業務日報、いつでも報告可能な様式をイントラネットに掲載されています。 | | |

| 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 |
| II 組織の運営管理 | | | | | | |
| (1) 人材の確保・育成 | | | | | | |
| | | 総合的な人事管理 | 8 | 人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。 | A | A |
| | | 質の高い人材の確保 | 9 | 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 |
| | | 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 | 10 | 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 |
| | | 実習の受け入れ | 11 | 実習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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 事業計画に期待する職員像、人事に関する基準が定められています。法人内にある「ブリッジおもしろの会」は2～3年目の職員が中心に運営し、学校訪問や就職フェアに取り組みられています。教育訓練計画に基づいて研修が実施されています。人事考課取扱規程に基づく面接記録やグループ共通のステップアップシート等は個人ファイルで管理されています。組織図で人材配置状況を把握し、必要数の配置に努められています。求人パンフレットにキャリアアッププランが明記され、無資格者は介護職員初任者研修等の受講を進めておられます。介護実習受入マニュアルが整備されています。実習指導者に対する研修実施について確認できませんでした。 | | |
| (2) 労働環境の整備 | | | | | | |
| | | 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） | 12 | 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 | 13 | 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、職員が充分にくつろげ、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) | | 毎月の拡大運営会議で有給休暇取得状況等を共有されています。就業状況や就業意向については管理会議で検討し対応されています。残業はほぼ無く、働きやすい職場であることを職員ヒヤリングでも確認しました。眠りスキャンは全床で運用し、音声入力できるハナストも導入するなどICTを活用されています。法人に相談窓口の設置や、グループ内に「こころの健康作り」相談窓口が設置され、職員通用口に窓口の案内が掲示されています。グループの医療機関の医療費免除や、旅行の補助や映画チケット幹旋等の福利厚生制度があります。入所フロアは4交代制勤務を導入し、休憩室・仮眠室が整っていました。 | | |
| (3) 地域との交流 | | | | | | |
| | | 地域との連携・情報発信 | 14 | 事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。 | A | A |
| | | 地域との交流（入所系・通所系サービスのみ） | 15 | ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。 | A | A |
| | | 地域への貢献 | 16 | 事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 法人理念に「地域に根ざした施設づくり」が明記され、利用者・家族に配布されています。ホームページで施設の活動状況を配信されています。ボランティア受入規程で受入手順が整備されていました。地域の運動会や見守りパトロールに参加したり、地域ケア会議や体操教室、俳句の会などに場所を提供するなど地域との積極的な交流に努めておられます。大学生の職場体験の受入を行っています。介護職員初任者研修に講師を派遣されています。地域のニーズに応じて通所事業所の送迎車両を活用して、こんこんバス（買い物支援）を運行されています。 | | |

| 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 | 17 | 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) | | ホームページ・パンフレットに必要な情報が記載されていました。事業所の玄関の誰も見えるような場所に運営規程が掲示されていました。 | | | |
| (2) 利用契約 | | | | | | |
| | 内容・料金の明示と説明 | 18 | 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) | | 契約時に契約書・重要事項説明書の書面を用いて、説明・同意・署名を得ていました。本人以外の保佐人、成年後見人との契約があることも確認しました。 | | | |
| (3) 個別状況に応じた計画策定 | | | | | | |
| | アセスメントの実施 | 19 | 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 | 20 | 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 | |
| | 専門職種を含めた意見集約 | 21 | 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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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 | 22 | 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) | | 入所時にアセスメントを実施し、その後も定期的及び必要時に実施されていました。個別援助計画の策定においては関係機関、専門職との意見交換が行われていました。個別援助計画のサービス内容について利用者、家族の希望を確認し、しっかり反映されていました。3ヶ月に一度、サービス担当者会議を開催され、利用者、家族が参加されていました。 | | | |
| (4) 関係者との連携 | | | | | | |
| | 多職種協働 | 23 | 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 | |
| | サービス移行時の連携・相談対応 | 24 | 利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。 | A | A | |
| | (評価機関コメント) | | 主治医との情報交換・意見交換を行っています。地域ケア会議等に参加して情報共有を実施されています。地域の共通の課題（買い物困難なおられること）に対し、こんこんバス（買い物支援）を運行して対応されています。 | | | |
| (5) サービスの提供 | | | | | | |
| | 業務マニュアルの作成 | 25 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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 | 26 | 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 | 27 | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | A | A | |
| | 利用者の家族等との情報交換 | 28 | 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) | | 業務マニュアルが作成され整備されていました。介護ソフトを活用してしっかりと記録がなされていました。利用者の情報が合理的に記録され業務時間の短縮にもつながっていました。また、利用者の状況を関係機関同士で共有することで利用者に対応できる体制があります。 | | | |

| (6) 衛生管理 | | | | | |
|---------------|----|--|---|---|--|
| 感染症の対策及び予防 | 29 | 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 | 30 | 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) | | 感染症対策及び予防に関するマニュアルを作成し、職員全体研修を年に2回開催しております。事業所の清掃は外部委託されており2か月に1度委託業者との交流を実施されています。 | | | |
| (7) 危機管理 | | | | | |
| 事故・緊急時の対応 | 31 | 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 | 32 | 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 | 33 | 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 | |
| 事業の維持・継続の取り組み | 34 | 大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。 | A | A | |
| (評価機関コメント) | | 事故や緊急時におけるマニュアルを整備されています。リスクマネジメント研修と緊急時の対応の研修の実施記録を確認しました。コールバック連絡書を作成し、原因、再発防止対策を立案し、更に再発防止対策の有効性を確認していました。安全対策委員会が設置されていました。BCPにもとづいた訓練を実施しています。災害発生時のマニュアルが整備され、自主的に地域の訓練大会に参加されていました。夜間想定訓練も行われていました。 | | | |

| 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 |
| IV 利用者保護の観点 | | | | | | |
| (1) 利用者保護 | | | | | | |
| | | 人権等の尊重 | 35 | 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 |
| | | 利用者の権利擁護 | 36 | 虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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 | 37 | 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 | 38 | 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) | | 運営規程や高齢者虐待防止マニュアル等に高齢者の尊厳の保持、利用者本位のサービス、プライバシーに関する内容が明記されており、身体拘束委員会で虐待防止や不適切ケアの改善に向けた検討をされています。また、職員への研修会も実施されています。入所条件について施設内に掲示され、入所申し込みの際に丁寧に説明されていました。入所に関して他機関との連携を密に取られていました。 | | |
| (2) 意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| | | 意見・要望・苦情の受付 | 39 | 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、利用者等に周知されている。 | A | A |
| | | 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 | 40 | 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 | 41 | 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) | | モニタリング以外にも利用者から意見を聴取されたり、家族には毎月ハガキを送付して、意見を拾い上げておられました。意見等の内容について、サービス向上委員会などで改善に向けた検討を行っています。第三者の相談窓口として地域の民生委員が設置されています。苦情等への対応に関して施設内に掲示しておられました。 | | |

| (3) 質の向上に係る取組 | | | | |
|---------------|----|---|---|---|
| 利用者満足度の向上の取組み | 42 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている | A | A |
| 質の向上に対する検討体制 | 43 | 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 | 44 | 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) | | 毎年1回満足度調査を実施され、その内容は各フロアで利用者や面会に来られる家族がいつでも閲覧することが可能で、家族には郵送で調査結果を送付されていました。サービス向上委員会には各部署長が出席し、利用者及び家族からの意向等を踏まえたサービスの実施に向けて改善策を検討しています。内部監査を実施し業務改善が図られていました。 | | |