

アドバイス・レポート

令和6年9月18日

令和6年2月21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鳳凰 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

| | |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特に良かった点とその理由 (※) | <p>【通番 3】事業計画等の策定 事業計画等の内容が明確になっており、振り返りや再検討もしっかり行い、どの職員が見ても理解しやすいものとなっています。</p> <p>【通番 8】総合的な人事管理 人事考課取扱規程を職員に周知するなど、求める人材像を明確にされています。職員のスキルアップに関しては、キャリア別のステップアップシートを活用していました。</p> <p>【通番 35】人権等の尊重 入所者がお亡くなりになられた後も家族と向き合い、精神的なケアに努めています。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由 (※) | <p>【通番 15】地域との交流 ボランティアの受入マニュアルはありますが、登録手続きや事前説明等に関する記載が確認できませんでした。</p> |
| 具体的なアドバイス | <p>・マニュアルの内容について、次回の見直し時に、ボランティアの登録手続きや事前説明等に関して追記いただくことにより、受入がよりスムーズに行えると考えます。</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)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所番号 | 2671200554 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホームヴィラ鳳凰 |
| 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)特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護、通所介護、(介護予防)認知症対応型通所介護、訪問介護、(介護予防)訪問看護、居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 令和6年3月11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) | | 組織の理念については、明文化され、職員に周知するとともに、施設内に掲示されています。組織体制については、職員の意見が反映されるような委員会・会議構成となっていました。 | | |
| (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) | | 中長期計画がしっかりと策定されていました。現状分析、課題等については年度方針展開表で示され、職員にも周知されていました。 | | |
| (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、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) | | 法令遵守においては、パソコン内の共有フォルダで管理され、誰でもいつでも確認できる仕組みとなっています。経営責任者等の役割は職務分掌権限規程に文書化され、また上位職への評価は京都府福祉職場組織活性化プログラムを活用して実施され、会議で改善計画をたてられていました。なお、管理者に常に連絡がとることのできる体制となっており、アクシデント等にも迅速に対応されています。 | | |

| 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。 | A | A | |
| | | (評価機関コメント) | 総合的な人事管理は、「職員採用要領書（基準）」、「人事考課取扱規程」により明確化され、周知されています。また人員体制については、常に管理者会議で確認・検討がなされています。人材育成においては教育訓練計画書があり、階層別に書面が整っています。内部研修も実施され、その報告書が整備されていることを確認しました。なお、実習マニュアルについて、一冊のマニュアルにまとめられると、職員にとってよりわかりやすく、さらに良くなると思われます。 | | | | |
| (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) | 労働環境については、安全衛生委員会で現状を把握、管理されています。有給休暇の消化率も50%以上となっています。ストレス管理においては「こころの健康相談窓口」が設置され、プライバシーが守られ、相談しやすい環境と感じました。 | | | | |
| (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。 | B | B | |
| | | 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。 | A | A | |
| | | (評価機関コメント) | 地域との連携については、令和5年度事業計画に記載され、広報誌として「特養通信」が月に1回発行されています。ボランティアの受け入れも行っておられますが、マニュアルの整備に課題があると思われます。地域への貢献は、地域住民向けとして「機能強化事業研修」を地域交流センターで開催されています。 | | | | |

| 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) | 事業所情報については、ホームページ等を活用して整備されており、玄関にも提示されていました。問合せにはパンフレットを用いながら対応されていました。 | | | | |

| | | | | |
|-------------------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| (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) | | 必要な内容や料金は重要事項説明書に記載されており、それを用いて説明・同意を得ておられました。成年後見制度や権利擁護事業の利用が必要になった際の参考資料も設置されていました。 | | |
| (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) | | 施設内のシステムの中で、専門職種を含めた多職種で気になる点や検証したい点を共有し、個別会議が随時行われていました。家族にも専門職から連絡・相談を随時行っていました。 | | |
| (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) | | 入院連絡書や退院時カンファレンスへの参加時に情報を共有されていました。また、サービス移行の際も協力医療機関との情報共有や家族からの相談についても対応されていました。 | | |
| (5) サービスの提供 | | | | |
| 業務マニュアルの作成 | 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) | | 業務マニュアルや手順等が細かく整備されており、施設内のシステムからいつでも内容を確認できるなど、必要時にすぐに対応可能な仕組みが整備されていました。利用者の状況をシステム上で確認できるため、リアルタイムでの情報共有が可能になっています。また、必要に応じて家族からの相談に随時対応するとともに、定期的な情報交換の機会を持たれています。 | | |
| (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) | | 今までの経験を分析し、感染症予防を意識的に行っています。また、常に職員全員が感染症に関する知識を得られるように委員会や研修を定期的に行っています。施設内の清掃については、業者に委託されています。 | | |

| (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) | | 日中や夜間の緊急時マニュアルやフローチャートの整備が行われており、年1回緊急時を想定した実践的な訓練も行っておられます。消防訓練は年2回日中及び夜間を想定して実施されています。事故の再発防止については、「ほっと報告書」「コールバック連絡書」を用いて、多職種で事故を未然に防ぐ対策を整備されています。 | | |

| 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 |

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) | | サービス担当者会議に利用者本人が出席し、意向を聞いています。プライバシーに関する研修も実施されていました。 | | |
| (2) 意見・要望・苦情への対応 | | | | |
| 意見・要望・苦情の受付 | 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) | | 意見箱の設置やご意見ハガキを通じて家族から要望を聞いておられます。市の介護相談員が訪問して各ユニットをまわり、利用者からの相談に応じています。 | | |
| (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っている | 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) | | QMS委員会を開催し、サービスの質の更なる向上を目指しています。施設内においてリーダー会議やユニット会議などセクションごとに会議を行い、事業所の取組みを評価し、サービス改善に活かしておられます。 | | |