

アドバイス・レポート

令和 8 年 5 月 1 日

令和 8 年 1 月 1 5 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山科）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 (※)	1) 地域への貢献 特養の職員が、併設の地域包括支援センターの相談会や、山科区内で介護事業を運営する社会福祉法人による山科区地域貢献プロジェクトに参加し、介護相談や栄養相談に対応されています。地域の小学校への認知症サポーター養成講座への職員派遣など、施設の専門性を生かして貢献されています。また、地域ネットワークの鍵預かりプロジェクトの役割を担い、夜間も対応できる事業所として独居の方の安心となっています。また、入所されている利用者が雑巾プロジェクトに参加して地域に役立てるなど、多様な形で地域貢献をされています。それが利用者や職員のモチベーションの向上につながっており、良い結果につながっていると思いました。 2) 利用者・家族の希望の尊重 個別援助計画には利用者の個別の希望が生かされていました。例えば、「図書館に行く」「リハビリを頑張る」「絵を書きたい」など、利用者・家族から出された希望を計画に取り入れ実施されていました。年 2 回のサービス担当者会議には、利用者・家族が参加できるように調整され、計画に意見が反映される仕組みづくりをされていました。 3) 利用者満足度向上への取り組み 広報誌に同封したご意見はがきの活用、年に 1 回の満足度調査の実施と分析、家族会の実施による意見の聴き取り、意見箱の設置など、多様な形で、利用者・家族の意見・要望を出しやすい仕組みを作られ、出された意見については会議で共有し、改善に向けて検討して、結果も公表されていました。匿名・対面両面から意見を聴き取られることや、結果を共有してきちんと返しておられるところが利用者・家族との信頼関係につながっていると感じました。
-----------------------------	---

特に改善が望まれる点とその理由（※）	1) 利用者の権利擁護 虐待事案に対する重層的な研修の取り組みや、規定・マニュアルを確認できましたが、マニュアルには組織の内部の仕組みはわかるようにはなっていましたが、外部通報の連絡先など職員・組織の具体的な動きがわかりやすいものにしたいほうがよりよいと思われました。 2) 第三者への相談の機会の確保 利用者が事業所を介さずに意見・要望・苦情等を相談できる機会の確保として、介護相談員等の導入ができていませんでした。施設関係者とは別に広く利用者の希望や要望・苦情等を客観的な立場で聴き取って事業所に伝える役割の介護サービス相談員等外部の第三者を確保しておくことが、利用者満足度を高め、サービスの質を向上させるために必要と思われます。また、重要事項説明書に行政の相談窓口が施設所在区のための記載となっていました。
具体的なアドバイス	1) 利用者の権利擁護 虐待が疑われる段階においては、組織内での共有と並行して行政への通報の義務が発生することを踏まえ、具体的な連絡先の共有などを職員全体に周知することが透明性の確保をさらに高めます。職員にもわかりやすいフローチャートを作成してマニュアルに追加するなど、検討されてはいかがでしょうか。 2) 第三者への相談の機会の確保 京都市の介護サービス相談員の派遣事業について申し込みをされているとのことでしたが、別の手段として法人や事業所独自で、任意に利用者の声を聴き取って頂ける第三者を確保することも考えられます。民生委員など地域の役職者や学識経験者、社会福祉士会や介護福祉士会等の職能団体等、事業を良く理解している方に個人情報扱いや事業所との情報の共有など、必要な取り決めをした上で、外部の相談機会としての役割を依頼されてはいかがでしょうか。また、重要事項説明書に各区の行政窓口と第三者委員の連絡先を記載すると、相談先の選択肢が増えるので検討されてはいかがでしょうか。

※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	2674100041
事業所名	特別養護老人ホームヴィラ山科
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・訪問介護・認知症対応型通所介護・通所介護
訪問調査実施日	2026年1月29日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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)		1) 玄関と各フロアに理念・基本方針が掲示され、介護サービスの品質目標はカードサイズに印刷され、職員の名札ケースに入れてあり、いつでも見ることができるようになっていました。事業計画については職員会議で報告し、5月末に開催される家族交流会で事業報告と計画を家族に説明されています。欠席家族には資料を郵送されていました。 2) 理事会は年間を通して定期的に開催されています。理事会の内容等は職員会議で報告されています。職務分掌表・組織図・会議図を確認しました。会議等の構成と役割に応じた提言を事業計画へ反映されている仕組みがあることを議事録を通して確認ができました。			
(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)		3) 中・長期計画、年度計画が地域連携を意識して立てられ、法人の事業計画と連動していました。満足度調査の結果を運営会議で集約したり、家族交流会での意見や職員意見を年度計画に取り入れられています。 4) 評価の仕組みが年間計画に盛り込まれ、評価基準をもって数値的に評価が行われていました。年度活動目標書を表に展開し、実施したか否かを○×で表し可視化して毎月確認し、半期で達成率を確認して年度末評価を行う仕組みができています。			
(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)	5) 民間企業の作成している研修動画をEラーニングで視聴して研修されています。コンプライアンス管理規程が定められていました。臨時の法改正などは電子及び紙媒体により、また個別には口頭で、多岐に渡る手法を用いて必要な情報が職員に行き渡るよう情報伝達が行われていました 6) 各部門ごとの会議・役職者の会議にて運営方針について議論されています。また、京都府の福祉職場組織活性化プログラムに取り組み、結果の分析が行われています。その結果に基づき、交流会を実施したり、挨拶運動を行うなど取り組まれていました。稼働率等の経営データは多くの職員がアクセスできるように管理されていました。 7) 緊急連絡網が各部署に掲示されていました。役職者は業務用携帯を所持し、連絡が取れるほか、連絡ツールアプリも使用されています。介護ソフトの職員連絡ツールを試用されています。施設長は緊急連絡先を職員に公開されています。異常気象や災害での有事における人員の整備基準についてもマニュアルが整備され、利用者・職員の安全管理体制の向上を図られています。
--	--	------------	--

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)		8) 職員の採用に関しては法人の他拠点と年度初めに必要人数等を共有し、採用基準を定め、1次面接、2次面接を行い採用されています。資格ではなく人物重視で採用されています。人事考課および、職員育成のヒアリングの機会を年2回設けられています。 9) 必要な職員数は組織表に明示されています。外国人、シニア層、支援学校などから幅広く職員を採用されています。社会福祉士育成コースを設け、2年かけて相談職を経験（複数部署）し、資格取得を促進されています。若手職員の採用活動への参入の仕組みである「ブリッジ思いやりの会」を発足し、特養介護職員がメンバーとして活躍し、福祉の魅力を発信されています。 10) 各職員の研修受講は一覧表にて管理されていました。職員個別のフォルダ内に、ステップアップシートを作成し暗証番号で管理されています。外部の研修案内も掲示し、職員全員が年に1回は外部研修に参加するように促進されています。 11) 実習マニュアル、プログラムを各専門資格ごとに整備されています。実習指導者は法人の担当者会議にて意見交換し、育成促進課題解決の機会も組織的に保証されています。		

(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)	12) 有給休暇消化率、超過勤務は勤怠管理システムでデータ化し、安全衛生委員会で共有し、原因分析・改善活動が行われています。ICTは介護ソフトを利用し、音声入力アプリを用いて業務改善に取り組みました。その効果も職員ヒアリングの中で実効性の高いものであることを確認致しました。また、情報共有ツール、睡眠状態の見守りシステムの導入をされています。 13) メンタル面の相談窓口は産業医、法人グループ内、施設内に担当者を置き掲示されています。法人に臨床心理士の専門的窓口が整備され、職員の相談できる選択肢の拡大が図られています。休暇制度をはじめ休憩時間に職員が使用できるフリーWi-Fiを導入されています。系列の病院の受診費用の職員・家族の医療費免除制度など、福利厚生が充実していました。		
(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。	A	A
	(評価機関コメント)		14) 地域交流については中・長期計画、事業計画に明記されています。近隣商業施設で地域包括支援センターが相談会を行う際は、特養職員も参加されています。近隣大学が花の栽培を施設近くで行われており、特養利用者と職員が参加し交流されていました。 15) コロナ禍で低迷したボランティア活動を復活させ、スポットボランティアとして多様な人材を受け入れ、ボランティア受け入れのルールも明示されていました。また、近隣小学校への認知症サポーター養成講座の講師派遣など、併設の地域包括支援センターとの共同企画行事についても積極的に取り組まれています。 16) 近隣商業施設に介護相談ブースを設置し、栄養士が参加して栄養相談など取り組まれています。地域の鍵預かりプロジェクトの鍵の預かり施設として協力されています。山科区内で介護事業を運営する社会福祉法人による地域貢献プロジェクトに参加し、区民祭りにブース出店されています。施設の利用者が雑巾を縫い地域にプレゼントする機会を設けられたり、利用者の施設内での生活の写真をコンテストに応募し、受賞されるなど、施設に在籍しながら地域住民の一員として、福祉事業広報や地域貢献に参入できる機会が図られていました。		

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	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)		17)パンフレット、料金表は見やすく、負担限度額認定証を写真で示すなどわかりやすく配慮されています。SNSの記事も頻繁に更新されています。見学や入所相談は相談員が対応し、介護ソフトに記録を残されています。特養の体験入居はありませんが、ショートステイを利用してもらい、体験してもらうことができました。		
(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)		18)重要事項説明書、契約書を確認しました。成年後見人が代理人となって契約しているケースも確認しました。		
(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)		19) アセスメント様式は包括的自立支援プログラムを使用し、定期的には1年に1回、状態変化時には必ずアセスメントを行われています。 20) 個別援助計画には図書館に出かける、絵を描くなど本人の希望を尊重されており、利用者ヒアリングでも確認できました。年2回のサービス担当者会議には本人、家族に参加して頂き、個別援助計画に希望を反映されています。 21) 各専門職が3カ月に1回モニタリング総括表を記入し、計画に反映する仕組みとなっています。 22) 個別援助計画は介護記録ソフトで一覧化し、介護職が毎日自分の担当の利用者へのサービスの実施状況を入力されています。3カ月ごとに担当介護職・専門職がモニタリング総括表に記入し、評価されています。状態変化時と1年に1回個別援助計画の見直しを行われています。		
(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)		23) 系列の総合病院が協力病院であり、入退院時の情報共有の連携はスムーズとなっています。嘱託医が週に2回診察を行われています。関係機関の連絡先は「高齢者ガイドブック」を相談員が手元に置き活用されています。 24) 生活相談員手順書が定められ、在宅サービスへの変更、他施設への転居などの手順が明記されています。介護医療院への転居があり、手順書にしたがって、必要な情報提供を行われていました。在宅復帰のケースはありませんが、同一建物内の地域包括支援センターに相談して対応できる体制となっています。		
(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)		25) 業務マニュアルはすべてそろっていました。1年に1回見直しがされています。 26) 介護ソフトを活用して個人の記録を管理されています。個別援助計画はソフト内で一覧化され、実施／未実施を毎日確認されています。個人情報保護に関する研修は年度初めに開催されていました。個人情報保護同意書も確認できました。個人情報保護規程が作成されています。特養職員は個人情報を持ち出すことはほとんどないと聴き取りましたが、持ち出した際の持ち出し返却チェックの様式はありませんでした。在宅サービスにはチェック表があり活用されていました。 27) 介護ソフトで利用者の情報は共有できています。それ以外の申し送りなどはクラウドを利用して共有されています。毎月フロア会議を開催されています。 28) 年に1回家族交流会を開催され、30人程度の参加があるとのことでした。年に2回のサービス担当者会議に家族の参加があります。また家族とはSNSでやり取りをしたり、オンライン面会も可能となっています。機関誌も発行され、施設での日頃の様子がよくわかるように取り組まれています。		
(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)		29) 感染症に関するマニュアルは厚労省のマニュアルを採用されていました。多床室のため感染症のゾーニングには苦労されていました。連携する病院より感染症認定看護師の実施指導を受けられています。感染症BCP（事業継続計画）は整備されていましたが、新型コロナを対象としたものとなっていました。 30) 施設は開設から26年を迎えますが、掃除と整理整頓が行き届いていました。次亜塩素酸空間除菌脱臭機を導入されて臭気対策をされていました。		
(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)		31) 事故・緊急時対応マニュアルが作成され、研修が実施されていました。動画を利用して研修されています。救命救急講習は消防署ではなく、近隣大学の救急救命部（看護学部のある大学）の協力を得て、無料で職員が受けることができます。 32) 事故報告書、ヒヤリハット報告は介護ソフトで入力され、安全対策委員会で検討される仕組みとなっています。また、事故苦情の報告書は法人で共有される仕組みとなっています。 33) 災害発生時のマニュアルが整備され、研修と避難訓練が行われています。地域との連携は隣接する老人保健施設と協定を結び連携することとなっています。 34) BCP（事業継続計画）の作成、研修、シミュレーション訓練を確認しました。		

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)	35) 人権等の尊重を組織や事業所の理念・運営方針等で明確にし、事業計画書にも反映され定期的に見直しをされています。また、サービス提供についても毎日職員が集まり、振り返りや検討を行い、利用者の意思決定も反映されています。 36) 高齢者虐待・身体拘束適正化委員会を3カ月に1回開催されています。今年度は外部講師として認知症専門医を招いて5回の研修を始められています。 37) プライバシーや羞恥心に配慮することを介護業務手順書に記載し、勉強されています。 38) 入所検討委員会を月に1回開催し、入所者を適切に決定されていました。医療ニーズの高いケースなど、受け入れ困難ケースについても適切に情報を提供されています。				
	(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	公的機関等の窓口に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)	39) 家族に機関誌を送る際にご意見はがきを同封されています。ご意見はがき、満足度調査、家族会等により、利用者・家族の意見を確認し、その結果を毎月の広報にて返信されています。また、意見が言えない方に対しても、フェイスシートで生活歴を確認し、多職種で話し合い、その人らしさを検討されています。 40) 利用者から意見等があった際は会議で検討し、その結果とご意見はがきを1階に掲示されています。ご意見受付手順書にしたがって対応されています。 41) 第三者委員他相談窓口が玄関に掲示されていました。第三者委員は任命されていましたが、重要事項説明書には第三者委員の連絡先は明示されていませんでした。京都市に介護サービス相談員を申し込まれている段階で、外部の第三者の相談機会の確保はされていませんでしたが、適任者を相談中とのことでした。			
(3) 質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	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)	42) 年に1回満足度調査を行い、特養運営会議で報告されています。結果は各フロアに掲示されています。嗜好調査についても実施され結果や意見についても返信されています。 43) 質の向上にかかる検討委員会を3カ月に1回行われています。特養運営会議で業務改善提案書で業務改善を提案し、改善を実施している事案に関して評価をされています。法人内の他拠点と相談員部会、ケアワーカー部会、栄養士部会を実施する他、京都市老人福祉施設協議会の部会にも参加されています。 44) ISO認証を取得され、方針・目標を組織内で展開し、管理・評価されています。定期的に法人内で内部監査など様々な評価の機会を持たれ次年度に繋がられています。			