

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 23 日

令和 2 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 (※)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地域への貢献 年 1 回開催する「メディカルフェスティバル」（地域住民向け）にて、相談窓口を設けていました。また、介護予防推進センター主催の運動教室にリハビリの職員が講師として参加していました。 2. 災害発生時の対応 災害発生時の対応等を定めたマニュアルがあり、年 2 回消防訓練を実施していました。災害時の福祉避難所の指定や学区の自主防災会に参加しているほか、行政区の地域協力体制締結書を結び地域と連携できる関係作りを行っていました。 3. プライバシーの保護 職員一人ひとりがプライバシーに配慮したサービスが行えているかを自己評価、他者評価する「接遇・マナーチェック」を年 3 回実施していました。 4. 意見・要望・苦情への対応 意見箱の設置や年 2 回行っている満足度調査で利用者の意向を聞く機会を設けていました。また、年 2 回の家族交流会開催に、満足度調査の結果報告や勉強会を同時に行っていました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 法令遵守の取り組み 運営管理者は介護老人保健施設協会主催の法令に関する研修に参加していました。遵守すべき法令等は法人内ネットワークを活用し周知していました。しかし、関係法令のリスト化は出来ていませんでした。 2. 業務マニュアルの作成 業務マニュアルを整備していました。また、提供しているサービスが標準的な実施方法か、毎月事業所で実施している研修会で確認し、事故を未然に防ぐように取り組んでいました。毎年マニュアルの見直しを行っていますが、見直しの基準を明記しておらず、年月の記載も改訂のあったもののみとなっていました。 3. 第三者への相談機会の確保 苦情の相談窓口に公的機関等の表示はありましたが、外部の人材を受け入れて利用者が気軽に相談できるような仕組みがありませんでした。

具体的なアドバイス	<p>1. 法令遵守の取り組み</p> <p>介護保険事業を実施するうえで、実施の根拠を明確にする必要があるため、関連法規を職員は理解しておく必要があります。一覧表の作成や法令を集めたフォルダーを作成するなどし、全職員がすぐに調べられるようにされてはどうかでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルの見直しを、年1回行う基準と方法を（いつ、誰が、どのように、改訂の有無にかかわらず見直しの年月を記録する等）文書化してはどうかでしょうか。明確にすることで対応する部署や担当者が変わっても同じように業務を遂行できたり漏れの防止につながるほか、最新版管理が確実にできるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <p>広く利用者の要望や相談を聞き取るためには、施設運営に携わらない外部の人材を受け入れて聞き取りをすることも一つの方法です。事業の透明性を確保するため、より良いサービスを行うためにも「利用者が第三者に相談できる機会を設ける」取り組みをされてはどうかでしょうか。</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)

※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 (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 (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、通所リハビリ、介護予防通所リハビリ、訪問リハビリ
訪問調査実施日	令和2年2月27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
1 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. 理念を玄関、事務所、フロアに掲示しているほか、ホームページの法人概要に掲載していました。また、毎朝礼時に唱和し、理念の浸透に努めていました。 2. 理事会は定期的に開催していました。「介護事業部長・施設長会議」「経営管理長会議」「管理・看護・介護部長会議」と体系的に運営しており、各会議で職員の意見が反映する仕組みとなっていました。業務基準マニュアルにて各責任を明確にしていました。		
(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. 介護事業部No1方針をもとに、事業計画や取り組み目標を記載した「No1シート」を作成し、目標に対しての評価を毎月行っていました。「No1シート」には中・長期計画も明記していました。 4. 「No1シート」の中で、介護サービスの質向上の取組み、リスク、法令遵守、ヒヤリハットについても課題を設定し、それぞれを月に1回振り返り、評価していました。		
(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. 運営管理者は介護老人保健施設協会主催の法令に関する研修に参加していました。遵守すべき法令等は法人内ネットワークを活用し周知していました。しかし、関係法令のリスト化は出来ていませんでした。 6. 職務業務マニュアルにて運営管理者の役割と責任を明記していました。運営会議に運営管理者も参加していました。また、管理者の評価は、年1回職員全員に行われる満足度調査にて把握していました。 7. 運営管理者は、業務日誌で事業の実施状況を把握していました。また「事故・トラブル発生時対応マニュアル」に沿って運営管理者に報告する仕組みとなっていました。		

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
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. 職員の体制は定数表にて管理していました。無資格で採用した場合は、資格取得支援として、初任者研修・実務者研修の研修の費用負担がありました。 9. 法人内の介護事業部が作成した研修計画がありました。また、職員から吸い上げた意見を副係長会議で議論した結果、今年度は認知症研修を実施していました。 10. 実習の受け入れマニュアルを作成しており、実習指導者は学校が開催する会議や看護協会主催のフォローアップ研修に参加していました。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇消化率・時間外労働の管理及び就業状況や意向についての分析は、運営会議で行っていました。また、職員の負担軽減のためにスライディングボードを活用していました。 12. 年2回、各職種（介護・看護・リハビリ・事務部門）のリーダーは、各所属職員全員と面談を実施しており、ストレスや不安を共有し改善できる仕組みとなっていました。また、メンタルヘルスに関する窓口は外部相談室に相談出来る仕組みとなっており、福利厚生を含めて「福利厚生ハンドブック」に明記し、毎年4月に職員全員に配布していました。職員の休憩場所もリラックスできる環境を整えていました。		
(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。	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. 理念を掲載したホームページの公開や広報誌「イリオスだより」「おとまるくん」を発行し地域に配布していましたが、介護サービス情報の公表制度の内容を地域住民へ向けて広報はしていませんでした。 14. 年1回開催する「メディカルフェスティバル」（地域住民向け）にて、相談窓口を設けていました。また、介護予防推進センター主催の運動教室に、リハビリの職員が講師として参加していました。		

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	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を作成し情報提供を行っていました。相談・見学希望者には老人保健施設のパンフレットと料金一覧を用いて説明・対応していました。問い合わせや見学に対応した記録は、相談記録に記載していました。		
(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. サービスの開始に当たり入所利用約款や重要事項説明書でサービス内容を本人・家族等へ説明し、利用料金については別紙にて説明を行い、同意の署名・捺印をもらっていました。必要に応じて、成年後見制度の説明を行うなど権利擁護への取り組みもしていました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	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)		<p>17. 所定のアセスメント様式を用いて利用者の心身状況や生活状況を把握し記録していました。3ヶ月毎のサービス計画書更新時や状況の変化時にアセスメントを実施し課題の把握をしていました。</p> <p>18. アセスメントで聞き取った利用者・家族の希望を尊重しサービス計画書を策定していました。サービスの提供内容の決定には利用者・家族の同意を得ていました。</p> <p>19. サービス計画の策定・見直しの際には、医師・他専門職の参加によるサービス担当者会議で意見交換や意見の照会を行いサービス計画書に反映していました。</p> <p>20. 毎月のモニタリングや3ヶ月毎のサービス計画書の見直し時、要介護認定更新時期や状態の変化時には、サービス計画書の見直しを行っていました。</p>		
(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)		<p>21. 主治医が施設長であるため、常に情報の共有や連絡体制が確保できていました。また、地域包括支援センター主体の権利擁護ネットワークや事例検討会などに参加し、地域の事業所と連携して情報を共有する支援体制を確保していました。</p>		
(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	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)		<p>22. 業務マニュアルを整備していました。また、提供しているサービスが標準的な実施方法か、毎月事業所で実施している研修会で確認し、事故を未然に防ぐように取り組んでいました。毎年マニュアルの見直しを行っていますが、見直しの基準を明記しておらず、年月の記載も改訂のあったもののみとなっていました。</p> <p>23. 提供したサービス内容はパソコンに記録していました。パソコンはパスワードを設定し職員以外の閲覧はできないようにしていました。個人情報保護・プライバシーの保護の研修を年1回行い周知していました。</p> <p>24. 毎朝の申し送り時に利用者の情報をパソコンの記録で閲覧して共有していました。業務的な情報は申し送りノートを活用していました。</p> <p>25. 毎月の利用料請求書送付時に「イリオスだより」と一筆箋で利用者の近況を書き、写真を同封していました。また、サービス担当者会議や面会時に利用者の状況を伝えていました。</p>		
(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)		<p>26. 感染症マニュアルを整備していました。年2回研修を実施し職員の意識の向上に繋げていました。感染症のある利用者について、体制を整備し受け入れました。</p> <p>27. 清掃は業者委託や障がい者雇用により実施し、居室だけでなく廊下やデイルームなども介助等が安全に行えるように整理整頓していました。消臭機を設置し、臭気対策に取り組んでいました。</p>		
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応などを定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修また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など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	A
(評価機関コメント)		<p>28. 事故・緊急時の対応や予防に関するマニュアルを作成し、年1回以上、研修や訓練を行っていました。</p> <p>29. 発生した事故などについて、事故・ヒヤリハットの報告書を作成し、フロアのカンファレンスで対策を検討していました。さらに、安全対策委員会で分析・再発防止や予防手順書の見直しを行っていました。</p> <p>30. 災害時対応マニュアルにて指揮命令系統を明らかにし、毎年2回の消防訓練を実施していました。災害時の福祉避難所の指定や学区の自主防災会に参加しているほか、行政区の地域協力体制締結書を結び地域と連携できる関係作りを行っていました。</p>		

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)		31. 理念で利用者本位の姿勢を示しているほか、人権研修を行うことで、人権等に配慮したサービス提供に取り組んでいました。 32. 職員一人ひとりがプライバシーに配慮したサービスが行えているかを自己評価、他者評価する「接遇・マナーチェック」を年3回実施していました。 33. 入所判定会議にて利用者を決定していました。利用者の希望に沿えない場合は、法人内の他事業所や他法人の事業所を紹介していました。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		34. 意見箱の設置や年2回行っている満足度調査で利用者の意向を聞く機会を設けていました。また、年2回の家族交流会開催に、満足度調査の結果報告や勉強会を同時に行っていました。 35. 苦情があればフロアの職員で話し合い、迅速に組織的な対応をするNo1システムの「苦情対応の体制」を活用して、分析後、玄関入口掲示板に要望等及び対処を公開していました。 36. 苦情の相談窓口で公的機関等の表示はありましたが、外部の人材を受け入れて利用者が気軽に相談できるような仕組みがありませんでした。		
(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	A
		(評価機関コメント)		37. 毎年2回、利用者に聴き取り調査、家族にはアンケート調査を実施していました。その結果をNo1安全対策委員会にて集計し分析・検討を行い、家族交流会にて報告しました。 38. 事業所評価や満足度調査をもとに運営会議で毎月質の向上に係る検討を行っていました。介護老人保健施設協会の部会に出席したり、法人内の事業所間で他の事業所の情報を収集していました。 39. 法人が行う事業所評価を年1回実施し、目標に対する評価を次年度の事業計画に反映していました。第三者評価も3年に1回受診していました。		