

アドバイス・レポート

令和 3 年 4 月 2 6 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 1 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（アーバンヴィラ上賀茂プレミアム）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>	<p>1) 組織体制とマニュアルの整備</p> <p>組織としての理念や運営方針が職員に広く明文化されており、理念を理解するための研修の実施や法人内の会議や委員会が確立され、サービスの向上に向けた取り組みをされています。中でもマニュアルの整備については、マニュアル作成委員会を通じて職員の意見が反映され、とても見やすく作られており、定期的な見直しに加え、必要に応じて随時見直しをする仕組みができています。また、法人内の事業所管理者で業務監査グループを作り、法人内監査を 3 年毎に実施され継続的に自己評価、サービスの質の改善をする仕組みが構築されています。</p> <p>2) 質の高い人材の確保と職員研修の充実</p> <p>有資格者を積極的に採用するだけでなく、法人内で年間に計画された階層別研修を始め、採用後も継続的に研修が受けられる体制、資格取得に向けての支援も充実しています。また、日常の業務において、事故報告書等が項目ごとに分類されていることで、よりの確に分析し、検討することで職員が実践から学ぶ機会に繋がっていることがわかりました。</p> <p>3) 働きやすい職場環境づくり</p> <p>上席者や管理者が職員の意見を聞く機会を設け、様々な相談に応じられていることで、職員が安心して働ける環境にあることがヒアリングでも聞き取れました。職員アンケートや個人目標に対する面談でも意見を伝えることができる、風通しの良い職場であることがわかりました。法人の階層別研修計画により、プリセプター等の職員指導、育成も充実し、職員のモチベーションアップにも繋がっています。現在は感染対策にて内容を変更されていますが、若手職員が事業所を越えて同期の仲間と交流ができる福利厚生も充実しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 利用者がくつろげる空間作りと感染対策</p> <p>昼食時、1ヶ所のリビングで一堂に会し、テーブル同士の間隔も狭くなっていることに加え、1つのテーブルをたくさんの利用者が囲んで食事をしておられました。また、間仕切り等がなく、廊下から全てのテーブルを見渡せる状態にもなっていました。明るく開放的な反面、来訪者や外部からの視線を気にされる方もいらっしゃるのではないのでしょうか。また、現在の状況下では感染予防の点からも、特に食事時の密な状態は避ける必要があります。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>2) 利用者の意見や要望を聞き取る仕組み作り</p> <p>年1回、利用者アンケートを実施し、意見を拾い上げる機会や、サービス担当者会議の前に担当職員が利用者の意向を確認されていますが、直接、利用者の声を聴く職員が明確になっておらず、今年度は意見箱への苦情や要望もあがっていないようです。利用者からも職員に頼むことはしていないという意見がありました。</p> <p>3) 外部人材による相談機会の確保</p> <p>重要事項説明書には第三者や公的機関の相談窓口は記載されていますが、介護相談員等の外部の人材の受け入れの体制ができていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 利用者がくつろげる空間作りと感染対策</p> <p>共有スペースなので開放感を好まれる方もいらっしゃるかも知れませんが、食事時間などは外部からあまり見えない方が落ち着いて食事ができるのではないのでしょうか。明るい空間の中、間仕切りやテーブルの配置で落ち着ける雰囲気作りや、外部からの視線を遮る工夫があればさらに良くなるのではないのでしょうか。また、感染対策として密にならないように、テーブル同士の間隔を空け、1つのテーブルに座られる人数を減らすことや対面を避ける配席にするなどの工夫が必要です。更にはテーブル上のパーテーションの設置も有効的です。同じフロアにあるもう1ヶ所のリビングを活用されることで両方ともに改善されるのではないのでしょうか。</p> <p>2) 利用者の意見や要望を聞き取る仕組み作り</p> <p>利用者からの意見を大きく捉えるだけではなく、日常の会話や利用者からの小さな声の中にも貴重な意見が潜んでいることもあり、それも大切に拾い上げ、情報を共有することで利用者満足にも繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>先のリビングの空間作りについても、開放的な空間作りやパーテーションの設置について、共有スペースでの過ごし方に対する意見を聞いてみられてはいかがでしょうか。現状、面会に制限がかかっているために家族が状態の変化に不安を感じたり、職員とのコミュニケーションも不足しがちにもなりますので、オンラインや感染対策を十分にした上での面会や状況報告等の機会をこまめに持たれてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 外部人材による相談機会の確保</p> <p>介護相談員等の外部人材の確保は難しいですが、事業所として自治会にも入っておられることもあり、地域の民生委員や第三者委員などに協力をして頂くことで、利用者が職員以外に相談できる機会を設けられる工夫を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)

※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	2670101167
事業所名	アーバンヴィラ上賀茂プレミアム
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	令和3年3月18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) 組織としての理念や運営方針をフロアに掲示され、入職時にはカードにしたものを配布されています。職員が理解を深めるために研修の中でテストをされています。利用者や家族には、現在は書面開催ですが、年1回の懇談会にて説明されています。2) 法人内の事業所長会議にて運営について話し合いをされており、研修やフロア会議で管理者が職員からの意見の聞き取りをされています。			
(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) 年1回の利用者アンケートにて結果を職員間で共有し、ニーズの把握と改善に繋げる仕組みがあり、組織内の管理者会議にて中・長期計画を確認し達成に向けての具体的取組みを検討されています。4) 事業所の目標を設定し、中間、期末の評価をされています。人事評価表において、個人目標を設定し、各職員が振り返りや、目標達成度の評価をされています。			
(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、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) 法令遵守マニュアルを整備し、年1回の研修にて職員への周知を図り、関係法令は職員がいつでも確認できるようファイリングし事務室に設置されています。6) 管理者は職務分掌にて毎年、年度初めに職員への説明を行い、年に2回の面談により職員の意見、管理者に対する評価を確認されています。7) 事故対応マニュアルに項目ごとの報告体制を記載し、緊急時には携帯電話にて管理者に連絡が取れる体制になっています。			

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						
		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) 有資格者を積極的に採用され、資格取得時には手当の支給や、資格取得のための勉強会の開催や受講料の補助の仕組みができています。9) 組織として教育・研修担当が配置され、年間の階層別研修を計画を立てられています。研修等への参加希望や、現場で学べる指導体制も整っていることがヒアリングで確認できました。10) 実習受け入れマニュアルは整備されています。リモートでの学生インターンシップの受け入れや、社会福祉士の有資格者が卒業校へ講義に出向かれています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		11) 移乗用リフトや特殊浴槽を導入され、職員の負担軽減を図られています。年1回職員アンケートや面談で職員の意向を確認されています。12) 職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のため産業医を個人カウンセリング先として掲示案内されています。福利厚生の一環として親睦会を作り、交流会や旅行を企画されています。特に、事業所を越え同期入社職員の職員が交流を図れるように配慮され、心強いつながりが持っていることをヒアリングで聞き取ることができました。		
(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	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) 事業所が一つの町内として地域とつながりを持たれ、事業所内のカフェを地域の交流の場として提供されています。14) 孫、子、高齢者の三世代が交流する地域行事に参加したり、地域包括支援センターと協力し、地域の小学校にて認知症サポーター養成講座を開催されています。		

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	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) ホームページに受け入れ基準が分かりやすく明示されています。また施設見学に来られた際には、見学終了後にアンケートを取られ説明内容の確認をされています。見学者の情報は法人内事業所で共有・連携されています。		
(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、契約書を用いて、サービス内容・利用料金について説明し同意を得られていることが確認できました。		

(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)		17)法人内でケアマネジャーの委員会を立ち上げ、ケアプランについての共通認識を持ち、アセスメントは、法人独自の様式を使用し、利用者の状態を記録されています。18)現在は感染対策として電話での聞き取りが主となっていますが、基本的には利用者本人、家族にサービス担当者会議に参加してもらい、直接希望や意向を確認されています。面会に制限がかかる状況ではありますが、ガラス越しやパーテーションで感染対策を講じ、利用者、職員とも顔が見える機会を増やされることで利用者・家族の安心にもつながるのではないのでしょうか。19)会議には利用者・家族のほか、施設内の多職種が同席し開催されています。主治医には照会にて意見を求めておられました。利用者・家族の意向が反映される仕組みが確認できました。20)3ヶ月毎にモニタリング、6ヶ月ごとにケアプラン見直し、12ヶ月に1回サービス担当者会議が行われています。		

(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)地域包括支援センター等、関係機関と密に連携が図られています。医師との連携も、情報提供書を使用して円滑な情報の共有が図られており、利用者の支援体制を築かれています。		

(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	A
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)マニュアルは法人で整理され、事業所内のマニュアル作成委員会を設置し定期的に年に1回、必要時は随時見直しがされています。23)日々の記録は介護ソフトにより作成し、マニュアルに基づきデータ管理されています。24)職員間の情報共有には、1日2回の多職種が参加する申し送りや引継ぎノートの使用や介護ソフトを活用されています。またケアプランに基づいた実施記録も確認できました。25)ご家族への連絡は必要に応じて相談員より電話連絡をされています。今年度はコロナ禍で面会が制限されているため、各利用者の様子を手紙でお伝えするなど工夫されています。		

(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	B
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)感染対策について計画的にマニュアルの見直しを行い、研修計画に基づき研修を実施されています。フロア内の利用者がリビングで一堂に集まり食事をされていましたが、座席の配置が密になっており、感染対策は十分ではありませんでした。27)施設内は整理・整頓され業者による定期的な清掃も実施され、臭気も気になりませんでした。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28)危機管理マニュアルが作成され、事故や緊急時の指示命令系統がわかりやすく記載されていました。緊急時対応訓練も年1回実施されています。29)リスクマネジメント会議にて事故の分析・再発防止への取り組みをされていました。ヒヤリハット、事故報告書は発生状況ごとに分類された様式を用いて分析され、再発防止に取り組まれています。30)防災マニュアルに基づき、年1回の災害訓練、年2回の避難訓練が実施されていました。		

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	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)法人で倫理マニュアルや身体拘束禁止、高齢者虐待防止マニュアルを整備されており、それに伴う研修も実施されています。また、高齢者虐待防止委員会を年に2回開催し不適切ケアなどの状況把握に努めておられ、今年度はセンサーマット使用について協議されていました。32)個人情報保護、プライバシー保護のマニュアルを整備し研修を重ねることで日常的に意識の向上に努めておられます。食事風景の見学の際に、廊下から全ての利用者の状況が見えてしまうしつらえになっています。開放的なイメージを好まれる方もいらっしゃるかも知れませんが、視線を遮る場所も作り、好みの場所で過ごせる工夫があればさらに快適にすごせるのではないのでしょうか。33)ホームページに入所要件を明示されており、見学時に体制を詳しく説明された上で、申し込みを受け付けておられます。			
(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	公的機関等の窓口にご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)年1回の利用者アンケートやケース担当職員の面談等により利用者の要望等を聞ける機会を設け職員会議で検討協議されています。1階フロア入り口にご意見箱を設置され感謝の手紙等入っているようですが、オープンスペースでの設置となっているため、利用者・家族が匿名性をもっていろいろな意見を投入できる場所にも設置されてはいかがでしょうか。35)苦情解決対応マニュアルが作成されており対応策を職員会議等で検討されています。苦情までではなくても日常で聞き取られた利用者の意見をシートに書き留めて共有し、苦情にならないような方策を検討する仕組みを作られてはどうでしょうか。36)苦情等の相談窓口を各フロアに掲示し、重要事項説明書を誰もが閲覧できるように設置されています。しかし外部人材による利用者の相談機会の仕組みはありませんでした。			

(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てている。	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)利用者アンケートを年1回実施し、職員会議での検討と共に結果を各フロアに掲示されています。38)法人内で他事業所との情報交換や5年目職員による他事業所との交換研修、研修発表などを行い質の向上について学びあいの場を作っておられます。39)法人内の業務監査グループによる法人内監査と、外部の第三者評価受診を組み合わせて、毎年サービスの質の評価を確認できる体制を構築し実施されました。		