

# アドバイス・レポート

令和 3 年 8 月 5 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 6 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ **アーバンヴィラ西賀茂** ）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

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1) 業務レベルにおける課題の設定と職員の育成</b></p> <p>各職員は個人目標を設定し、目標達成に向けて取り組むシステムが確立されていました。目標は、個々の職員の能力や力量に合わせたそれぞれの固有の内容となっており、個人面談が丁寧に実施されていること、助言し合える職場風土や職員の成長をサポートする組織としての姿勢がうかがえました。また、個人面談ではストレスチェック表を活用し、何に対してストレスを感じているかを職員本人、上司が把握し、話し合うことがされており、職員のメンタルケア、利用者の尊厳を支えるケアにつながっていることがうかがえました。</p> <p><b>2) 研修体系の充実</b></p> <p>法人内の階層別研修体系が確立されており、特に 1 年目の研修の最後にはプリセプター（新人職員を指導する先輩職員）の研修も組み込まれ、2 年目以降新人を指導することも踏まえた研修が盛り込まれていました。中途採用者についても経験等を踏まえてそれに見合う段階の研修に参加させるなど、知識、技術に応じて研修を実施されていました。また資格取得について法人内での勉強会の実施や未経験者の資格取得支援や介護福祉士、介護支援専門員の資格取得支援も行われるなど、法人全体で職員の質の向上に努めておられました。</p> <p><b>3) 新型コロナ禍での様々な取り組み</b></p> <p>新型コロナ感染予防のため、事業所の情報の提供の手段として動画を作成し、ホームページなどから動画で管理者が施設内を丁寧に説明されるなどコロナ禍での見学に配慮されていたり、職員の親睦の目的で開催されていた懇親会の代わりに WEB でビンゴ大会を開かれるなどコロナ禍においても職員のストレス解消のため福利厚生に工夫されていました。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1) サービス計画書の援助方針の考え方</b>  施設サービス計画書のサービス内容はわかりやすく記載されていましたが、総合的な援助方針の内容が介護場面の内容に偏っており、ご利用者本人の望む暮らしが不明瞭な内容となっていました。</p> <p><b>2) サービスについての満足度向上への取り組み</b>  年に1回の利用者アンケートや毎月1回発送されるご家族への手紙などご利用者、ご家族への対応は丁寧にされていますが、第三者評価における利用者アンケートにおいて、サービス内容や満足度の項目で「わからない」との回答が多く見られました。</p> <p><b>3) 第三者への相談機会の確保</b>  重要事項説明書に第三者委員や公的機関等の相談窓口が記載され、事業所内にも大きく掲示されていましたが、外部の人材を受け入れてご利用者の相談の機会を確保されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) サービス計画書の援助方針考え方</b>  総合的な援助の方針を作成する際にご利用者やご家族の意向を通じて、その人が望む暮らし（性格、生活歴、地域や友人との関わり）を踏まえた内容を加えると、地域密着型サービスの特性を活かすことができ、入居前、入居後の生活が継続的なものになり、計画書を通じてご利用者、ご家族に施設での暮らし方が明確に伝わりやすくなると思います。</p> <p><b>2) サービスについての満足度向上への取り組み</b>  コロナ禍で面会が制限される中において、ご利用者の暮らしがご家族に届くように、月1回の手紙以外にもメール等を活用し日々の暮らしの様子の写真を送ったり、ご家族等閲覧者を限定した SNS 等を活用した動画等を提供するなど、ご家族と情報の交換ツールを増やされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 第三者への相談機会の確保</b>  ご利用者の意向や満足度を把握することは、サービスの質の改善の始まりであり、様々な方法でご利用者の要望や苦情を吸い上げられる環境づくりが大切です。利用者アンケートの年1回の実施や日常的に相談員がご利用者から直接意見等を聞く機会を持っておられましたが、利害関係のない第三者の方が定期的に事業所を訪問され、ご利用者の匿名性に配慮した形で意見、苦情を聞いて頂くことでご利用者側に立った意見、苦情を把握することができると思います。日頃から地域の運動会や行事に参加されているとこのことで、町内会の方とご利用者との交流もあるとのことですので、町内の役員の方や、地域の民生委員、老人福祉員の方等に声かけして定期的に訪問して頂くか、会議で来園される際に時間を取って頂くなどの方法で一度お願いされてみ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	2690100165
事業所名	アーバンヴィラ西賀茂
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型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)	
訪問調査実施日	令和3年6月25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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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) 会社の理念・運営方針が事業所の入り口に大きく掲示されており、年1回研修において確認され全職員に配布されるカードにも明記されています。事業計画は理念に基づいて策定することを徹底されています。 2) 各種会議において定期的に運営方針等について協議が行われ、外部アドバイザーにアドバイスも受けられています。権限移譲については職務分掌について明記されており、面談時に確認されています。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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) 事業計画は、事業所においては単年度事業計画をアンケート結果により課題やニーズを把握して策定し、見直しを行われています。法人においては中・長期計画が策定されており、中・長期計画については定期的に進捗状況を確認し、変更が必要な場合には適宜変更されています。 4) 事業所の目標や計画について振り返りを行うとともに、個人が事業所の目標に対する個々の目標を設定し面談時に評価が行われています。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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) 遵守すべき法令はマニュアルの中に分かりやすく整理されており、事務所でいつでも閲覧できるようになっていました。年1回法令遵守にかかる勉強会を開催し、周知されています。 6) 職務分掌により役割等について説明を行うとともに、年2回の職員面談を実施して意見を聴取されていますが、上司への評価を面談で汲み取るのは難しい面もあるので、匿名性の担保できるような方法で検討されると良いかと思えます。 7) 常時携帯電話で連絡がとれる体制になっており、緊急時には管理者が指示もしくは出勤し対応されています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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) 基本的には有資格者を採用されていますが、無資格未経験者を採用する場合は法人が契約する研修機関で資格取得できるようにされています。また法人内で介護福祉士や介護支援専門員の模擬試験を実施されるなど資格取得の支援をされています。9) 研修は初任者以降1年ごとに研修があり、1年目の研修終了時にプリセプター(新人職員に対して1対1で指導を行う先輩職員)の研修を実施し、全員が新人のプリセプターになれるように研修されています。10) 実習受け入れの基本姿勢はマニュアル化されていました。外部の実習指導者研修に参加された実習指導者はおられましたが、実習の受け入れ実績はないとのことでした。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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、具体的な取り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) 年次有給休暇や時間外労働はデータで管理されており、就労にかかる意向等についても面談時に把握されています。ご利用者の重度化が進んできているため職員の負担軽減のための機器を活用されています。12) ハラスメントに関する規程は明記されており、相談窓口も男性女性それぞれ配置されていました。福利厚生制度は新型コロナ禍で懇親会等が開催できない中で、WEBによるビンゴゲームを開催されるなど工夫されていました。職員の休憩室は大人が横になれる程度の広さがありました。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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) ホームページやブログにおいて事業所の情報を開示するとともに運営推進会議や町内会において事業所情報を提供されています。また現在は新型コロナ禍で実施されていませんが、ご利用者が地域の運動会や文化祭等の行事に参加できるように支援されています。14) 地域ケア会議に参加して事業所の機能や役割を説明されたり、グループ内の他の事業所と共同で認知症サポーター研修を実施されるなど地域に専門的な知見を還元されていました。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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) ホームページ上に施設見学の動画がアップされており、コロナ禍の中、実際に見学ができなくても施設の中を見ることができるよう工夫されています。パンフレットや料金表及び入居までの流れをカラーで表示するなどわかりやすく掲載されています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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) 第三者評価の利用者アンケートでは、サービス説明について満足度が高い結果になっていました。成年後見制度及び地域福祉権利擁護事業の活用のための資料を備えられています。		

(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)18)19)20)独自の様式を用いて詳細にアセスメントが行われています。アセスメントを活かして計画書を作成する際には、ご利用者、ご家族の意向を反映しその人の望む暮らしを支援するための計画書を作成してはみられてはいかがでしょうか。		
(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)受診の付添い時や情報提供書を活用し、医師と連携を図られています。入院時には病院への訪問又は電話にて、病院スタッフと連携を取って状態把握に努めておられます。		
(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)掃除マニュアルや薬管理マニュアル、ケアマネジメントマニュアルなど現場に即したマニュアルを整備することができています。 23)毎日のカンファレンスや職員会議などを通じて個別に対応できるような仕組みができています。 24)サービス変更等の情報や日誌や連絡ノートを使用し確認できる機会を増やして、一人ひとりのスタッフに情報が渡るように努められています。 25)面会制限の中でご利用者の暮らしがご家族に届くようにと毎月1回写真入りの手紙を送られています。		
(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	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)		26)新型コロナ感染症対策マニュアルも整備されるなど感染症対策及び予防を徹底されています。 27)専任の清掃スタッフを配置されており、リネン、エアコン、居室掃除のチェック表を用いる等施設内は清潔に保たれており、臭気もなく、トイレには消臭スプレーも用意されるなどの配慮がされていました。		
(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を作成し、緊急時の訓練や研修を実施されています。 29)事故報告やヒヤリハットの報告が速やかに共有できるよう一連の流れが定められています。また同法人の他施設との情報交換を通じて事故の再発防止にも取り組まれています。 30)防災マニュアルが整備されており、避難訓練も実施されており、消火訓練には地域の方も一緒に参加して訓練を実施されています。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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) 倫理マニュアルにご利用者の自己決定の尊重について明記されています。定期的にマニュアルの見直し及び変更内容に関するマニュアル研修を実施されていました。32) 研修の他にも職員同士で気になることは助言し合える職員風土づくり、会議での検討に尽力されていました。33) 医療行為の必要な方等サービスの利用を受けられない基準はホームページに明記されています。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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) 日常的に相談員がご利用者と直接話をすることに尽力されていました。意見、要望も丁寧に拾い上げていることが書類でも確認できました。35) 苦情は0件とのことでした。意見や要望に対しては、検討し、改善する姿勢を持って対応されていました。36) 公的機関の窓口等は重要事項説明書に明示されていましたが、外部人材を受け入れてのご利用者の相談の機会の確保はできていませんでした。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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) 年1回利用者アンケートを実施し、出された意見を職員会議で検討し、ご利用者にフィードバックされていました。38) 月に1回行われる職員会議でサービス内容についての検討はされており、欠席職員からも事前に意見聴取をされていました。39) 法人内監査が実施されており、指導内容に関する業務改善計画書を作成し、改善に取り組むシステムを確立されており実行されていました。		