

# アドバイス・レポート

令和 3 年 1 2 月 1 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 1 1 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（アーバンヴィラ四條大宮）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) 組織体制</b></p> <p>法人の 6 つの介護付き有料老人ホーム事業所が一体となり、利用者に向けて詳細な施設概要や方針、サービス内容をホームページで閲覧することができ、施設での生活が想像しやすいような動画やフェイスブック、インスタグラム等で情報を配信されています。また、法人全体で「アーバンヴィラシリーズ」と称するサービスの質の標準化に向けて、各事業所の専門分野のスタッフが分野ごとに様々な委員会の構成メンバーとなって規程集やマニュアル集を策定し、年度ごとに現場スタッフを交えて内容を更新するなど、法人のスケールメリットを活かして、事業所を相互にサポートする体制が組織的に構築されています。</p> <p><b>2) 継続的な研修・OJTの実施</b></p> <p>法人本部に教育研修担当を配置し、年間の階層別研修や事業所での課題別研修が組み立てられています。職員全員に対して自己目標の設定と達成に向けた評価シートとして「Do-Capシート」を用いて、継続的に学ぶ機会が設けられています。</p> <p>また、経験者や資格保持者を積極的に採用され、新人職員には先輩職員とペアになって 1 年間の指導目標が達成できるよう支援するプリセプターシップ制度を導入し、プリセプター自身に対しても、年 4 回法人でプリセプター会議やメンター交流会を開催するなどの支援を実施されています、さらに、介護福祉士、介護支援専門員の受験のための模擬試験や、受験料や参考書等の費用補助など資格取得支援するなど法人全体で人財育成に取り組まれています。</p> <p><b>3) アセスメントの実施</b></p> <p>介護ソフトだけに頼ることなく独自のアセスメント様式を作成して、利用者一人一人の心身状況や生活状況、利用者の意向や家族の意向にいたるところまで細かくアセスメントし、定期的に見直しもされていました。また「はてなシート」という職員ひとり一人が利用者の支援に対して疑問に思ったことや分からないことなどを記載する手書きのシートを作成し、書かれた内容に対して他のスタッフが意見やアドバイスを返すことで、利用者理解と支援に向けてスタッフ相互が情報を共有できるよう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) 事業計画の策定</b></p> <p>年度初めに「職員間の連携を強化し、個々の強みを活かすことで、ご利用者の思い・馴染みに沿ったケアを実現する」ことを事業目標に事業計画が策定され、月例のケース会議や中間及び年度末の全体会議で評価しております。しかし、その目標設定に至った施設の介護サービスにおける問題点や課題を明らかにして、具体的な取り組み目標の達成度を評価する仕組みを確認することができませんでした。</p> <p><b>2) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>年1回の頻度で利用者に対して生活の快適さや介護の内容について項目ごとに聞き取るアンケート調査を実施し、その内容を家族懇親会で報告されています。しかしアンケートの対象が聞き取り可能な利用者に対してであり、代弁者となる家族等に対してのアンケートまでには至っていませんでした。また、外部人材による利用者の相談機会の仕組みもありませんでした。</p> <p><b>3) 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>サービス提供状況の質の向上についての自己評価として、事業所が掲げる事業計画についてケース会議や職員会議で検討し、事業報告書にされているとのことでした。しかし、評価において一定の基準に基づいて、施設の日常的なサービスの内容や質を評価し、課題を明確にするプロセスを示すものが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 事業計画の策定</b></p> <p>目標の設定を行うにあたって、具体的な取り組み内容が見えないとスローガンに終わってしまいやすくなります。目標を検討する段階で施設の介護サービスの展開に何らかの問題点や課題があったことと思います。その課題をスタッフが共有しながら、目標の一つひとつを達成するために実現可能な具体的な方策を立案し、進捗管理において達成理由や未達成の理由をスタッフ一同で確認し合ってみられてはいかがでしょうか。目標の達成度を数値化するなど可視化することで次年度計画策定につなげやすくなるかと思います。</p> <p><b>2) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>利用者の意向は最も近い関係にある職員だからこそ本音も聞くこともでき、利用者の意向を項目立てて聞き取る姿勢はサービス向上に向けて良い取り組みかと思います。ただ、利用者の中には要望や意見、本音を直接話されない方も居られます。そのために家族に対しても同様のアンケートを実施してみられてはいかがでしょうか。また、外部人材による利用者の相談機会の仕組みとして利用者が相談しやすい地域の方に依頼するのも一つの方法です。また、意見や要望はサービス向上の大きな契機となりますので、法人のスケールメリットを活かして法人事業部の中で外部の相談員などが相談対応をする“お客様相談センター”のような窓口を設けて、電話相談だけでなく、定期的に各事業所を訪問して利用者の声を聴き取る機会を設けてみられてはいかがでしょうか。</p>

	<p><b>3) 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>毎年度の事業計画に対する評価だけでなく、3～4年目の中堅職員による交換研修を行ったり、法人内で相互に監査を実施するなど、施設職員以外から施設を評価する仕組みが既に構築されています。また、一方で日々の介護サービスの内容や質はケース会議等で検討されています。</p> <p>改めて施設のサービスの質の向上に向けた取り組み成果を、利用者の目線から一定の評価基準を用いて評価することで、施設のサービスのレベルや位置が明確になるかと思えます。一定の基準としては、第三者評価の項目や「小規模多機能居宅介護が行うサービス評価」の様式、「認知症対応型共同生活介護に係る自己評価及び外部評価の評価項目」など参考になるかと思えます。自己評価に向けて評価すべきサービスの項目や基準をスタッフと一緒に整理してみることから始めてみら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	2690400045
事業所名	アーバンヴィラ四条大宮
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)	なし
訪問調査実施日	令和3年 11月19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) 理念や運営方針がホームページ等で公開されるとともに、職員には玄関や職員の休憩室、更衣室等の目につくところに掲示され、年1回の職員全体会議においても周知が図られていました。2) 職員のそれぞれの責務を業務分掌にて明文化し、月例のケース検討会議や他部署も含めた職員会議に管理者は参加し、系列の6つの事業所も含めた管理者会議やグループ全体のマーケティング会議の中で意見が反映される仕組みが構築されていました。			
<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	B	
	(評価機関コメント)		3) 法人全体の基本目標や基本方針が明文化されるとともに中・長期も含めて事業計画が策定されるとともに、事業所単位においても現場スタッフからの意見が毎月の定例ケース会議や他部署も含めた拡大会議に反映され事業計画が策定されています。4) 年度初めに策定された目標に対して中間及び年度末に全体会議で評価しておられますが、目標策定の前提となった具体的な問題点や課題については確認できませんでした。現在の事業所のかかえる課題を明文化するとともに目標達成に向けた具体的な取り組み内容を設定し、達成状況を職員全員で評価できるようにしてはみられてはいかがでしょうか。			
<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) 系列事業所も含めた法人共通の倫理マニュアルや法令遵守マニュアル等が詳細に作成され、それぞれのパソコン端末から内容を確認することができるようになっています。6) 管理者や役職者の責務が業務分掌で明文化され、自ら現場に入り、スタッフと意見を聞き合える近い関係を意識されています。また業務の負担や勤務も含めた職員アンケートを実施し、管理者は年2回人事考課面談を行いスタッフの意向を聞く機会が設けられていました。7) 危機管理マニュアルが策定され、指示命令系統が職員の目につく場所に掲示されて、管理者は常に連絡が取れる体制になっていました。			

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
<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。	B	B
		(評価機関コメント)	8) 経験者や資格保持者を積極的に採用し、採用後には雇用形態を問わず法人全体で介護福祉士、介護支援専門員の受験のための模擬試験や受験料や参考書等の費用補助など資格取得支援する仕組みがありました。9) 法人全体では年間の階層別研修が組み立てられており、事業所では課題別研修を実施され学びの機会があります。また、全職員が個人目標設定と評価シートとして「Do-Capシート」を用い、職員育成に役立てておられました。新人職員には先輩職員とペアになって1年間の指導目標が達成できるように支援するプリセプターシップ制度を導入し、年4回法人でプリセプター会議やメンター交流会を開催しプリセプターの支援も行っておられます。10) 実習受け入れマニュアルを整備し、実習依頼があればいつでも受け入れ可能な体制を整えておられます。現時点では、実習受け入れの実績がなく実習指導者に対する研修は行われていませんでした。			
<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、スタッフが充分にゆっくり、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) 特殊浴槽やモーター付きベッド等を導入され、職員の介護負担軽減を図られていました。就労状況は法人人事部で把握されており、基準より高い人員配置を実現されているとともに、5日間の長期休暇を推奨されていました。12) 産業医による相談体制が整備されており、ハラスメントも含めて相談窓口として法人事業部に男女職員2名を配置し相談の電話番号も掲示案内されていました。また、福利厚生の一環として親睦会「ふれあい会」を作り、事業所を超えて職員同士が交流できるよう配慮されていました。			
<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。	B	B
		(評価機関コメント)	13) ホームページやブログ、広報誌を通して地域へ法人や事業所の情報を詳細に発信を行っておられました。また、事業所として町内会に加入し、コロナ禍以前は積極的に地域のイベントに利用者がスタッフと一緒に参加されていました。14) 法人内では同グループ内の地域包括支援センターの相談会や体操等を開催しておられますが、事業所単位では圏域の地域包括支援センターとの連携とまりでコロナ禍のこともあり、地域のニーズ把握の機会を持っていませんでした。			

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) ホームページでは事業所ごとにサービス利用の際に必要な情報を分かりやすく作られて、当月の行事カレンダーをリアルに掲示したり、動画やブログ、フェイスブック、インスタグラムを配信するなど日々の様子が変わりやすいように広報には工夫されていました。			

(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) 介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金等もオプションサービスも含めて詳しく明示された契約書等を確認出来ました。契約の際には本部の専任担当の方が来られて直接対応されているということでした。また成年後見制度を紹介できるパンフレットが用意され、成年後見人を活用した事例もありました。		
(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) 介護ソフトだけに頼ることなく法人内部の施設ケアマネ委員会が独自に作成されたアセスメント様式を活用して、利用者一人一人、心身状況や生活状況、本人の意向や家族の意向にいたるところまで細かくアセスメントされておりました。18) 利用者本人、家族にサービス担当者会議に参加して要望等を直接聞く機会を持たれています。またコロナ禍においても家族とも内容等を事前に確認して個別援助計画に反映されていきました。19) サービス担当者会議には利用者、家族、担当介護職員、看護師、生活相談員も交えて行っておられ、参加が難しい囁託医や訪問リハビリの担当者とも事前に意見聴取して個別援助計画の内容に反映されていきました。20) 計画の見直しについては、法人独自の「施設ケアマネ業務マニュアル」で変更する際の基準が明文化され、計画の実施状況を毎日確認して3カ月に1回評価表を作成、6カ月に1回の頻度でモニタリングを実施されていることを確認しました。		
(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) 利用者ごとに個人ファイルを作成されており、かかりつけ医なども記載されリスト化して緊急時の対応をされていました。また、コロナ禍の中では実施が困難となっていますが、地域包括支援センターや介護支援課担当者や地元役員とも連携して運営推進会議を定期的実施して情報共有を図られていました。		
(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) 法人本部のマニュアル委員会において作成された様々な業務に対するマニュアル集がスタッフルームに整備され、職員はそれぞれのパソコン端末からいつでも閲覧することができる体制を取られ、新人職員への研修や職員会議においても周知が図られていました。23) 介護記録は介護ソフトを活用し個別援助計画で策定された長期・短期目標の実施状況が記録されモニタリング評価をされていました。また記録の扱いについては個人情報保護も含めたコンプライアンス研修を年に1回実施されていました。24) 情報共有には、業務日誌や申し送りノートを活用し、また、「はてなシート」というスタッフ一人一人が持つ疑問や意見に対してお互いにアドバイス等を返せるツールを独自に作成し、職員相互で支援できるよう工夫されていました。25) コロナ禍における面会は玄関越しだけでなくLINEビデオ通信を活用されています。また担当職員が毎月家族に利用者の日々の暮らしをお便りにするなどご家族との交流の機会を積極的に持たれていました。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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) 法人としてだけでなく事業所独自に感染症におけるBCP（事業継続計画）が作成され、感染症発症時のフローチャートにして事態に応じて確認すれば動けるよう、分かりやすいものとなっていました。年2回の感染予防対策の研修を実施されていました。27) 衛生管理に関しては各フロアに空気清浄機能付きの加湿器を設置し、クリーンスタッフを直接雇用して、共用部分は毎日、各居室は週2日清掃されるなど施設内の清潔保持に努めておられました。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 日中夜間の緊急時対応マニュアルを作成し、利用者の症状や状態に応じた対応をフローチャートにして新人職員であっても分かりやすいものとなっていました。また研修を通して緊急時に職員が円滑に対応できるよう努めていました。29) 事故報告書には事故の要因に、業務の忙しさ、健康状態や精神状態も含めたスタッフ側の心身の状況も項目に加え、毎月のケース会議にて事故事例を共有するとともに、3カ月毎にリスクマネジメント会議にて事故に至る要因解析や改善策を検討し、全職員に供覧されていました。30) 法人としてだけでなく事業所単独での地震、災害時におけるBCP（事業継続計画）が作成され、昨年度の研修や災害時訓練は水害時の1階部分の水囊作りの演習に取り組んでおられました。しかし、実際に災害が発生した時の対応として地域との連携を意識したマニュアルや訓練実施はされておられません。まずは地元の自主防災訓練等から関わっていくことから始めてみられてはいかがでしょうか。		

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) 法人で身体拘束廃止や高齢者虐待防止マニュアルを整備し、それに係る研修も年1回実施し、利用者アンケートを行い確認の機会を設けておられます。また、不適切と思われるケアを発見したときには「はてなシート」を使ってチームで検討できる仕組みを作っておられました。32) 法人でプライバシー保護のマニュアルの整備や研修を重ね、職員の意識向上に努めておられます。職員間ではお互いに声を掛け合い意識を向上させておられました。利用者の羞恥心にさらに気づくため、ロールプレイ等利用者体験の研修などを企画されてはどうでしょうか。33) ホームページに入所要件を明示し、見学時に要件など詳しく説明をした上で申し込みを受け付けておられていました。				

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	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) 日常的には利用者は都度、相談できやすいよう相談員や看護師、機能訓練指導員等が意向をくみ取る体制を作っておられます。また利用者アンケートを年1回実施し、集計結果を家族が集まる運営懇談会や法人の運営推進会議で報告されていました。35) 苦情解決対策マニュアルが作成されており、研修等で周知されています。利用者からの意向を伺った際は、意見要望書を作成しケース会議で検討、その会議録を回覧するなど職員全体で共有が図られていました。36) 重要事項説明書に相談窓口を掲載し、誰もが閲覧できるように掲示されていました。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。法人で利用者の声を聴く外部の担当者を配置し、各事業所を定期訪問するなどの取り組みをされるなど検討されてはいかがでしょうか。		

(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	B
(評価機関コメント)		37) 利用者に対して住環境や職員の接遇や介護サービス等への細かいアンケートを年1回実施し、結果を運営懇談会で家族に報告をされています。ただ利用者自身が率直な意見を伝えることが難しいこともあると思いますので、家族にも向けたアンケートも検討されてはいかがでしょうか。38) 法人内の委員会で他事業所と情報共有や相互協力を行っておられます。また、法人内の委員会で業務監査を実施されたり、3～4年目の職員が年1回の系列事業所間での交換研修とその発表会を行うなど施設職員以外から施設の評価を受ける体制を取られていました。39) 事業報告書に事業計画の自己評価を掲げておられますが、事業所の日常のサービスの内容や質について一定の基準をもって評価し、課題を明らかにするプロセスを示すものが確認できませんでした。		