

アドバイス・レポート

令和7年3月7日

令和6年12月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「アリア嵯峨嵐山ケアステーション」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 (※)	○研修・人材育成の充実 全職員に個別に定められた研修計画や、習得レベルを表す「マジ神制度」など、職員のスキルアップに関する取り組みが充実しています。また、階級制の人事評価制度で評価と処遇が連動する仕組みと、キャリアアップシステムが効果的に運用され、職員の質の向上に組織的に取り組まれています。 ○ICTの活用 職員の業務においては積極的にICT化を進められています。独自システム「サービスナビゲーションシステム」、情報共有アプリの活用での効率的な情報共有、誤薬防止システムでのリスク軽減等により、職員の負担が軽減され利用者のQOL向上につながっています。また、今後も訪問介護サービス提供記録がオンライン化される予定で、さらなる発展が期待できます。 ○組織体制 規模の大きな会社で運営管理体制はしっかりしています。スケールメリットを活かして、各種マニュアル、人材確保、記録システム、研修体系、福利厚生等、様々な面で系列事業所で共通したものを使用し、サービスの質の平準化を図っています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○中長期計画・単年度計画の策定 中長期計画は策定されていません。単年度計画として「活動計画」が定められていますが、その根拠や評価基準、達成のための役割が不明瞭です。また、部門ごとの活動目標との整合性が取れているとは言えません。 ○地域との連携 全国展開している会社全体としての仕組みが構築されており、有料老人ホーム内のサービス提供の質の安定は確保されています。しかし、サービスの提供は有料老人ホーム入居者のみであり、地域住民へのサービス提供は行っていません。管理者が近隣の地域包括センターを訪問する等の活動をしていますが、地域との交流は希薄です。また、内部研修は充実していますが、外部への研修参加は確認できませんでした。 ○情報の開示 ホームページには有料老人ホームについての記載がありますが、ケアステーションについての記載はなく、訪問介護サービスを実施していることが分からない状態になっています。

具体的なアドバイス	アリア嵯峨嵐山ケアステーションは、株式会社ベネッセスタイルケアが運営する「有料老人ホーム アリア嵯峨嵐山」内に事務所があり、入居者を対象に訪問介護サービスを提供されています。ケアステーションの運営は有料老人ホームと一体となっており、管理者は有料老人ホームの長を兼任し、訪問介護員は老人ホームスタッフとしても働いていることから、入居者については十分な理解があります。会社は他にも多数の有料老人ホームと訪問介護サービスを行っていることから、そのスケールメリットを活かした人材確保、ＩＣＴを活用した各種システムの構築、利用者の意向を尊重したサービス提供等に努めておられます。今回、３度目の第三者評価受診となりますが、前回受診時から変化が見られない箇所がありました。今回可視化された事業所の強みや改善点を今後の事業運営につなげていただければと期待し、下記のアドバイスを致します。 ○今後の事業展開の目標を明記し、計画的にサービス提供を実施していけるよう中長期計画の策定が望まれます。また、単年度の事業計画についても具体的で詳細な目標を定めることにより、細かな実施状況や達成度の評価を行うことができます。さらに、これらの計画を職員に提示することで、事業所として一体感が増し、更なるサービスの向上につながると考えます。 ○地域住民や関係機関との連携は、地域住民のニーズ把握や事業展開のきっかけになるとともに、事業所が持つ質の高いサービス提供や研修体系、管理システムなどといった事業所の強みを地域に還元することができると考えます。可能な限り他事業所、地域住民と交流をして、サービスの充実につなげられてはいかがでしょうか。 ○ホームページは充実しており、会社の理念や考え方、有料老人ホームのサービス内容、料金等が分かりやすく紹介されていますので、ケアステーションが実施する訪問介護についてもホームページで分かりやすく紹介していただくことを期待します。サービスの情報を公開することは、事業の透明性を高め、サービス提供に対する姿勢を明確なものにすると考えます。
------------------	--

※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	2670702162
事業所名	アリア嵯峨嵐山ケアステーション
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	予防訪問介護サービス
訪問調査実施日	2025年1月17日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
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. ベネッセスタイルケアの理念である「ベネッセスタイルケア宣言」をHPに掲載し、職員は常時携帯しています。また、年1回読み合わせをする機会を設けています。eラーニングを活用して職員の理解度を確認しています。 2. ホーム長（運営管理者）は、職員の思いを「スタッフアンケート」や「ホーム運営アセスメント」を活用して聞き取っています。月に一度開催される「ホーム長会議」で、京都・大阪・奈良のエリアスタッフとエリア内の各事業所のホーム長が情報共有をしています。職員に対しては毎月の「ホームミーティング」や「定期会議」で情報共有をしています。			
(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。	B	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		3. 中長期計画は策定されていません。単年度の「活動計画」のみ策定しており、ビジョンと重点方針を定めています。現状分析や課題明確化が組織として行われていることが確認できませんでした。「活動計画」の内容に関して、職員に対してはホームミーティングで、利用者や家族に対しては運営懇談会で共有しています。 4. サービス管理責任者は年間3回の「サービス管理責任者会議」で目標の設定、見直しを行っています。事故再発防止、環境、育成、アクティビティのプロジェクト委員会に分かれミーティングがありますが、業務レベルでの目標については明文化されていません。			
(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	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、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	B	
	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. ホーム長・サービス管理責任者は、年1回の「法令内部監査項目に関するeラーニング」を通じて経営に関する研修を受講しています。法令のリスト化や勉強会など職員が法令を把握する体制は十分ではありません。 6. 職員の意見を聞く機会として、「ホーム運営アセスメント」を情報共有アプリで共有し、記名式のアンケートを実施しています。ホーム長含め職員は個人目標を設定しますが、ホーム長の役割や責任が職員に表明されているとは言えません。 7. 事業所内の連絡手段はインカム・PHSを使用しており即時に報告ができる体制がとられています。緊急事態が発生した場合には、「2024年度京都・奈良・大阪エリア事業部即時報告事項」に規定された連絡系統に従って指示・連携が行われる仕組みが整えられています。
--	--	------------	--

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。	B	B
(評価機関コメント)		8. 「ベネッセスタイルケア宣言」の中で、「5つの行動宣言」と「10の行動基準」に期待する職員像を示しています。等級ごとに役割・処遇を決定する人事評価制度は、募集要項やガイドブックに示されています。 9. 人材確保の取り組みは本部の西日本採用部で一括で行われています。人材の必要数は「加算確認会」で管理把握され、ホーム長と事業部が連携してエリア内で調整しています。 10. 職員個別に採用計画を策定・公布し、年間に個別研修1回、集合研修4回を受ける機会を設けています。情報共有アプリのアンケート機能を活用し、研修記録を実施しています。また、介護資格の資格取得にかかる費用補助を行う資格取得支援制度を設けています。 11. 本部の採用部を通して、初任者研修と音楽療法士の実習の受け入れを行っており、実習指導はホーム内のOJT研修を修了した担当職員が行います。実習生個別の実習プログラムは定めていますが、基本方針の明文化はなされていません。		

(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. 有給休暇の取得管理は「有給休暇取得進捗表」で行っています。2ヶ月に一度発行する社内報「スマイルケア」にて、職員の相談窓口を明示しています。 13. 社外システムを活用し年1回ストレスチェックを行っています。結果は即時受検者が確認でき、集計されたものをホーム長が受け取ります。全社平均と事業所平均で比較・分析ができる仕組みがあります。就業規則には、ハラスメントを行った場合の懲戒処分について明示しています。		

(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。	B	B	
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。			
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。	B	B	
(評価機関コメント)		14. HPに訪問介護事業の記載がなく、地域との関わり方の考えを明文化しておらず、地域へ向けた情報発信を積極的に行っているとは言えません。利用者の情報共有についての協力体制はあり、ホーム長による地域包括センターへの訪問はありますが、地域ケア会議等への地域ネットワークへの参加は行われていません。 15. 非該当 16. 地域の方に向けた詐欺防止の勉強会や、月に2回の地域体操、単発でのフラワーセラピーを実施していますが、事業所の特性を活かした地域貢献活動とまでは言えません。			

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。	B	B	
(評価機関コメント)		17. 訪問介護事業としてのパンフレット作成やHPでの情報提示は行われていません。利用希望者に対しては、利用体験の機会の提供や希望の聞き取りを行い、対応しています。			
(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	B	
(評価機関コメント)		18. 利用開始時に重要事項説明書を用いて説明し、利用契約を交わしています。エントランスに成年後見人制度のパンフレットを置いていますが、活用の推進が積極的に行われているとは言えません。			
(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. アセスメントシートは独自の様式のものを使用しています。サービス管理責任者が「サービス提供責任者業務スタンダード」に定められた手順に従ってアセスメントを行なっています。 20. 「サービス担当者会議」に本人や必要に応じて家族が参加できるようにして、希望を聞き取り、個別援助計画に反映するようにしています。 21. 月に2回行う「サービス調整会議」において、介護支援専門員・看護師・理学療法士・音楽療法士が参加し、各専門職との連携を図っています。 22. サービス管理責任者が「サービス提供責任者業務スタンダード」に定められた手順に従って3ヶ月に一度、モニタリングを行なっています。計画の見直しが必要な場合はアセスメントシートを用いて再アセスメントを行なっています。計画の抜け漏れがないように、「加算確認会」で確認しています。			

(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	B
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. 利用者の状況に応じて対応可能な提携医療機関があり、事務室内に連絡先を掲示しています。利用者の入退院や退院後の新規入居の情報共有は退院サマリーをもとに行っています。地域に共通の課題としてニーズを把握する機会が少なく、関係機関との連携体制は構築されていません。 24. 他施設への移動により退去となる場合は、移動先の病院・施設等に対して書面等で情報提供を行う等、適切な援助の継続性を図っています。		
(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. サービス提供に係る標準的な業務マニュアルとして「住宅型有料老人ホームケアスタッフハンドブック（訪問介護事業所版）」や「ケアサービスガイドライン」「サービス基準」を活用しています。個別支援においては、「サービス内容指示書」を個人ごとに作成し、スタッフはサービス提供の際に紙媒体のファイルを携帯しています。 26. 利用者の個人情報ファイルは施錠ができる棚に保管しています。個人情報の扱いに関しては、「個人情報保護・情報セキュリティ研修」にて周知しています。 27. 利用者の支援記録に関しては、PCを用いて独自システムである「サービスナビゲーションシステム」で入力・確認を行なっています。毎月の引き継ぎと月1回の「定期会議」では利用者の状況変化を職員間で共有しています。月2回の「サービス調整会議」やケアカンファレンスで他職種との連携を行っています。支援方法の変更があった場合は、情報共有アプリを活用して他職種含む全職員に即時に情報共有ができるほか、「サービス内容指示書」を編集し共有しています。 28. 居室・ラウンジ・ファミリールームを使って利用者家族との面会の機会を設けています。訪問介護サービス提供内容は、居室内に紙媒体ファイルを常設しており、家族が確認できるようにしています。今後はサービス提供後に即時確認できるようにオンライン化する予定です。日常の様子は「家族レター」を2ヶ月に一度、居室担当者が作成し家族に郵送し共有しています。		
(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. インフルエンザ・コロナウイルス・疥癬などに対応する感染症マニュアルがそれぞれ定められています。感染症対策委員会が5月・10月に研修を実施しており、講義と合わせてシミュレーション訓練を行なっています。 30. 事務所は有料老人ホーム内にあり、施設内・共用のトイレやスタッフルームは清潔な状態でした。施設内の清掃は外部業者に委託しており、月・水・金の週3日行われ、チェックシートを活用しています。		

(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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)		31. 事故発生時の対応は、「即時報告事項」において連絡系統や即時報告内容を指示しています。「即時報告事項」は、傷害・失踪・情報漏洩等の事故内容を細かく想定して作成し、事務所とスタッフルームに掲示しています。 32. 事故発生時は、「サービスナビゲーションシステム」内の「事故報告書」を作成し共有しています。対応はケースに応じて多職種で協議し、月1回の再発防止委員会で検証を行っています。 33. 利用者及び職員の安否確認については、警備会社の安否確認システムを活用しています。緊急時の連絡先が書かれたカードを利用者及び家族に渡しています。備蓄品のストック管理は本社が行っており、入居者の3日分の食料などを備えています。災害発生を想定した訓練は、ホーム内では消防の協力のもと行われていますが、地域と連携した形での訓練は実施していません。 34. 「BCPマニュアル」は、全社統一のフォーマットに、施設の状況に応じて空欄を埋め書き込む形で作成しています。様々な不測の事態を想定して作成していますが、事業所の立地条件や地域との連携の中で対応する観点から策定されているものとは言えません。		

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	B
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. アセスメントシートを用いて利用者の認知機能の評価をする機会を設けています。利用者の人権などを尊重したサービス提供を行うために、「身体拘束廃止・虐待防止委員会」が2ヶ月に1回、職員のセルフチェックアンケートを実施し、支援の振り返りを行っています。 36. 虐待防止の担当者はホーム長で、入社時研修と年に2回虐待防止・身体拘束廃止に係る研修を実施しています。 37. 排泄介助や入浴介助などといった、個人のプライバシーに関わる支援はすべて個室で行われ、居室内の支援においてカーテンを閉める等、配慮された環境整備でのサービス提供を行っています。「個人情報保護・情報セキュリティ研修」は実施していますが、高齢者の羞恥心への配慮は基本的なことであるとの考えから、入職以降はプライバシー保護に関する研修等は実施していません。 38. 医療処置の必要度に応じて、対応可能かどうかをエリア事業部長とともに確認し受け入れ可能かどうかを判断しています。訪問介護事業の対象となるかは利用者・家族からの聞き取りを行いながら、医療機関との連携や利用前のアセスメントなどで情報収集を行っています。		

(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	B
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。	A	A

	(評価機関コメント)	39. 年1回開催する利用者家族が出席する「運営懇談会」前に、利用者・家族に「お客様アンケート」を用いた調査を実施して意見や要望を聞く機会を設けています。また、サービス提供時には相談を受ける役割を担う「キャスト」の服装を他スタッフと分けることで、利用者からの相談に乗る職員が分かりやすいようにしています。 40. 利用者や家族から寄せられた意見や要望については、「サービスナビゲーションシステム」の報告書に記録し、対応方法を周知しています。利用者や家族への周知は「運営懇談会」で行っていますが、外部への公開は行われていません。 41. 第三者・公的機関の相談窓口を設置し、重要事項説明書に記載しています。また、施設内廊下にも相談窓口を掲示しており、イラストや図を用いてわかりやすいよう工夫しています。		
(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。	B	B
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. 毎年「お客様幸福度調査」や「お客様アンケート」を実施し、利用者の満足度を調査しています。調査結果は、社内研究所で結果集約・分析を行い、各事業所に結果を伝えています。 43. 全職員で構成される毎月の「定期会議」や、他職種カンファレンスにおいてサービスの質向上について検討しています。他の事業所の取り組みについては、毎月の「ホーム長会」や年に3回の「サービス管理責任者会議」にて共有されますが、他法人の状況や地域における他のサービス提供事業所の取り組みの情報収集する機会への参加がなく、比較検討ができていません。 44. 第三者評価を3年に一度受診しています。年1回「内部監査チェックシート」を用いて、サービス提供体制の評価を行っています。		