

アドバイス・レポート

平成 27 年 2 月 19 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

平成 26 年 11 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（アーバンヴィラ上桂）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>1) 地域密着型としての特定施設入居者生活介護の実践</p> <p>開設後三年を経て近隣に介護施設が増えてくる中で、地域密着型の有料老人ホームとして、アーバンヴィラ上桂らしい地域密着型施設作りを進めてられています。今年度グループの有料老人ホームで作成された理念・運営方針の中に地域の福祉の拠点としての役割を果たす事を謳い、上桂感謝祭で地域に向けた様々な催しの実施や情報発信をしたり、運営方針に謳われた「その人らしい暮らしの実現」に則って、外出等利用者の思いの実現に努められています。施設として介護を必要とする利用者に対して、有料老人ホームのレベルを維持しながらの利用者の思いを大切にし、実現することに力を入れておられ、このことは、介護サービスを提供する中で一人格者としての利用者の尊厳を守ることへの職員の意識を高め、生活援助者としての職員を育てるという意味でも有用ではないかと思われます。職員ヒアリングの中でも、利用者の人格や意思に配慮して介護を行おうという視点が、確実に職員の中に定着していることを確認致しました。</p> <p>2) ストレス管理</p> <p>職員アンケートを実施したり、年 2 回の職員の目標管理のヒアリングの中でも人事考課面の内容だけに止まらず、むしろ職員の負担感や仕事に対する思いや上司への意見等を幅広く聴き取り、日常的にもメンタル面で課題のある職員に対して話を聞く機会を持ったり、リーダーにも様子を確認されるなど、様々な機会を捉えて丁寧に職員のメンタル面での対応をされています。また法人で外部のカウンセリング機関と契約をし、連絡先を職員に周知されるなど、法人・事業所で丁寧にメンタル面での職員への対応が行われています。</p> <p>3) 職員研修の充実</p> <p>法人で体系的な研修体系を整え、資格取得の準備研修をはじめ各種研修を法人で実施し、受講できない職員へのフォローを事業所でも行ったり、事業所内でも感染症、事故対応など重要な研修は、管理者がテキストや資料を作成した上で全職員に周知できるように 2、3 人ずつ 4、5 回に分けて複数回同じ内容で実施される等、法人全体の研修に加え事業所内の研修でも徹底した対応をされています。変則勤務の事業所等では研修に参加できない職員には資料配付等のみ行うことが通常と思われる所、必要な情報を徹底して伝える機会を確保されているところに、職員研修に対する法人・事業所の姿勢が窺えました。</p> |
|---------------------|---|

| | |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>1) 人権、プライバシー等の意識化への工夫</p> <p>身体拘束や高齢者虐待に関するマニュアルを整備し、その内容を研修で周知し、プライバシーに関しても事例を用いるなどの工夫をして研修を実施する等、研修への取り組みを通じて人権等の意識化に努められていますが、有料老人ホームという施設の性格上、身体拘束等の人権侵害や人権侵害に繋がりやすい職員の負担感、プライバシーを侵害されたと利用者が感じる場面などを職員が実感できる場面はむしろ少ないのではないかと考えられます。介護等を行う上で、どんな場面で職員が人権侵害等につながる負担感を感じ、人権やプライバシー侵害が生じやすいのか、人権やプライバシーはなぜ守らなければならないか等、職員が現実感をもって理解するための工夫も必要と思われました。</p> <p>2) 苦情・要望等の引き出し</p> <p>年一回利用者アンケートを実施して利用者の要望等を把握し事業計画等へも反映させたり、苦情等にも適切に対応されていますが、意見箱の設置場所やより投函しやすい配慮など、より利用者の苦情や要望を引き出しやすい状況を確保するための仕組みを検討する必要があると思われました。</p> <p>3) 介護相談員等の確保</p> <p>入居者が施設職員を介さないで外部の第三者と相談できる介護相談員等の受け入れは未実施でした。介護相談員制度の受け入れは、有料老人ホームの事業類型では実際上困難と考えられますが、特に特定施設という介護を伴う事業類型にあって、利用者が事業所を介さないで直接相談できる第三者を確保しておく必要性は高いのではないかと考えられます。市の介護相談員制度等に拘わらず、事業所あるいは法人全体で、施設外で利用者が気兼ねなく相談できる第三者の確保を検討されてはいかがでしょうか。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1) 人権、プライバシー等の意識化への工夫</p> <p>例えば有料老人ホームのケアの中では尖鋭化しにくいと思われる人権侵害やプライバシー保護、人権侵害に繋がる職員の負担感を理解するために、重度な身体介護や認知症ケアなどを通して利用者に関わる場面が多い併設のグループホームや小規模多機能施設、あるいはグループ内の特養と合同で実際の事例を用いて、介護場面でストレスを感じやすい場面を実感できるような研修等を企画されてはいかがでしょうか。プライバシーについても事業所内や他の事業所での利用者体験等、利用者の立場に立った場合に、どのような場合にプライバシーを侵害されたと感じるか意識できるような研修も考えられます。実際の業務のなかで体験する機会の少ない事例を知ったり自分で経験することは、より職員の人権やプライバシー保護への意識を高める上で有用と思われます。</p> <p>2) 苦情・要望等の引き出し</p> <p>より利用者から苦情や要望を引き出しやすくするためには、事業所としての苦情等の扱いを整備した上で利用者にもそのことを伝える工夫が必要と考えられます。意見箱は投函するときに職員が目につけにくい場所に設置し、簡単なメッセージ等も添えた用紙や筆記用具も置いたり、苦情・要望を聞き取る際にも</p> |

様式 7

| | |
|--|---|
| | <p>施設側から実施可能なサービスを伝えるような提案型の聴き取りの方法も考えられるのではないのでしょうか。</p> <p>3) 介護相談員等の確保</p> <p>個人情報保護や聴きとった相談内容の扱いなど外部の相談員を受け入れる際の原則を定め、相談員となって頂く方とも取り決めを交わした上で、定期的に施設を訪れて利用者との関係性を築きながら自然な形で利用者の声を聴きとって頂けるような、例えば地域の有識者や大学の教員、法人の第三者委員など、利用者が客観的に信頼して相談できるような第三者を施設や法人で確保し、そのことを利用者にも周知していく、などの方法を検討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 | 26940000064 |
| 事業所名 | アーバンヴィラ上桂 |
| 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) | |
| 訪問調査実施日 | 2014年12月16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) 会社の理念・運営方針・行動指針をカード化して職員に意識し易い配慮をし、外出による社会化など運営方針に沿った年度の取組みを行い、取組み内容を年一回の利用者自治会で入居者に対しても説明されています。2) グループ内の管理者会議、事業所内の職員会議など体系的な意思決定の仕組みを整えられています。 | | | |
| (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) グループ施設の管理者、相談員で全体の事業計画の基本方針を定め、職員会議で現場職員の意見も反映させて事業所の目標を設定されています。4) 上桂の事業毎に目標を設定し、事業所の目標に基づいてチーム目標、職員の個人目標を設定されています。 | | | |
| (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) 事業関連法令についてマニュアル化してファイリングし、法令遵守・権利擁護マニュアルに基づいて事業所全体で勉強会を実施されています。6) 年2回の職員面談の中で、管理面だけでなくメンタル面、上司に対する希望等もきめ細かく聴き取られています。7) 事故対応マニュアルを整備し、管理者不在時も基本的にマニュアルに準じて管理者に報告される体制を採られています。 | | | |

| 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 | | | | | | |
| | | 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)有資格者のみの採用を基本方針とし、無資格者も内定後採用までに基礎研修を受講することとされています。受験対策として対象職員が全員受講できるよう配慮して同じ内容で複数回勉強会を実施されています。9)グループ施設の教育・研修担当班により年間の階層別研修を計画・実施されています。10)実習受入れの実績はまだありませんが、グループで実習対応マニュアルを作成し、介護福祉士実習指導者講習も受講して受け入れ体制を整えられています。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 11)上桂独自で職員アンケートを実施して職員の意向や課題を把握し、内容によって管理者レベルで検討されています。12)ストレス対応として、法人で外部の業者に面談・カウンセリングの委託契約をし、職員に周知されています。休憩場所は、事業毎にコーナーを設け簡易ベッド等も置かれています。 | | |
| (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)法人のホームページのブログや広報誌で地域へ情報を公開されています。地域の祭りに職員が参加し、事業所を神輿の御旅所として使用して頂いたり、事業所の感謝祭に地域の方に参加して頂くなど地域との交流を図られています。14)地域包括支援センターと共同で認知症サポーター養成研修を実施したり、防災に関する研修を地域の方も参加して実施されています。 | | |

| 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 |
| 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)パンフレットやQ&A形式の書面で事業所やサービス内容を詳しく伝える工夫をし、問い合わせに対しては、特定施設入居者生活介護施設について、他の施設との違いなど制度についても説明するなど、利用者の理解への配慮をされています。 | | |
| (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、パンフレットの料金表により料金・サービス内容等について、保険外の費用も併せて適切に説明されています。 | | |

(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) グループの施設ケアマネ委員会で作成された、情報収集・課題分析の各領域を細かく設定された独自のシートによりアセスメントを実施されています。18) 家族にできる限り同席していただけるよう調整して、サービス担当者会議、更新申請、認定調査を実施されています。19) 家族及び各職種が出席してサービス担当者会議を実施されています。20) 短期目標期間内にモニタリングを実施し、最低一年に一回プランの見直しを行われています。 | | |

(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) 情報提供書により往診医や入居前からの主治医と情報交換を行い、歯科医とも連絡ノートにより質問・意見交換等を行われています。 | | |

(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) グループ全体のマニュアルの他、事業所独自に詳しい業務マニュアルも作成し、マニュアル運用基準によりマニュアルの見直しを行い、改訂部分の伝達研修も実施されています。23) グループ施設の業務マニュアル等で個人情報の取り扱い等を定められています。24) 日に2回の申し送り、介護日誌・ケース記録、引き継ぎノート等で職員間の各種情報の共有を図られています。25) 担当者会議、面会時等に家族との情報交換を行い、毎月の請求書郵送時に、担当職員から1ヵ月の様子を綴った「一筆箋」を同封し近況報告を行われています。 | | |

(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) 感染症マニュアルは年一回見直しを行い、衛生管理・感染症研修を年一回以上、全職員が聞けるようにとの配慮から、数人ずつに分けて同じ内容で複数回実施されています。27) 清掃担当職員により共有部分の清掃を実施し、居室は担当職員等により清掃を実施されています。 | | |

(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) 事業所内で、利用者急変、事故などの課題別研修を、施設でテキスト・資料を作成し全職員に徹底できるよう同内容で複数回実施されています。29) 事業所のリスクマネジメント委員会で3ヵ月毎に定量分析を行い、その結果を集約し本部で更に対応策等を検討されています。30) 防災マニュアルを整備し、また今年度安心アドバイザー研修を実施し地域の防災について話し合いの機会を持たれています。 | | |

| 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 |
| 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) 身体拘束禁止マニュアル、高齢者虐待防止マニュアルを整備し、事業所でマニュアルに基づいて研修も実施されています。併設事業所やグループ内の他事業との合同の研修等も工夫されてはいかがでしょうか。32) プライバシー保護マニュアルを作成し、具体的な場面設定による研修を実施されています。33) 独自の入所選考指標により入所判定を行われています。事前相談を受け、医療面など事業所の体制を説明した上で申し込みを受けるようにされています。 | | |
| (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。 | B | 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) 年一回の利用者アンケート、入居者の自治会等を実施し利用者の要望等を聴き取られています。35) 受け付けた苦情について対応等を職員会議で検討し、広報誌、運営推進会議で苦情内容や対応を公開されています。36) 介護相談員等の受入れは制度的に困難と思われそうですが、施設や法人で直接利用者の声を聴きとって頂ける第三者的な立場の人の確保を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。 | B | 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) 毎年利用者アンケートを実施し、結果の事業計画への反映など、職員会議で検討されています。38) グループの有料老人ホームの管理者会議、事業所の職員会議等で質の向上に対する検討を行われています。39) 事業計画作成時、事業報告時に年間の事業評価を行われています。 | | |