

# アドバイス・レポート

平成 30 年 1 月 15 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 29 年 10 月 15 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><b>1) 職員の育成、研修</b></p> <p>職員が資格取得するための支援として、法人内で受験対策講座を実施されています。また、階層別の研修計画が策定され、本部で対象者の管理を行い、参加できるように業務の調整が行われています。事業所内の研修では複数回同じ講習を行うなどして参加しやすい環境整備もされています。法人としても事業所としても職員の育成や研修に力を注がれているのが感じられました。</p> <p><b>2) 地域との関わり</b></p> <p>地域密着型施設として地域との交流を意識して活動されていました。事業所で上桂感謝祭を開催して地域住民との交流を図ったり、地元神社のお祭りに職員が参加して神輿を担いだりするなど、地域行事に積極的に参加しておられます。ホームに入居している利用者が地域の一員として生活できるように取り組まれていることがわかりました。</p> <p><b>3) 利用者・家族の意向尊重、情報交換</b></p> <p>サービス担当者会議を開催する際は各職種の職員はもちろん、本人だけでなく家族にも出席して頂くように取り組まれ、出席率 100%を実現されました。担当者会議の場で意向や要望を確認してサービス計画書に反映されています。家族とは年一回運営懇談会を開催して情報交換するほか、広報誌以外に毎月担当者から一筆箋という手紙で状態の報告をしておられます。利用者家族と積極的に意向の確認や情報交換をされている様子が確認出来ました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1) 労働環境への配慮</b></p> <p>リフレッシュ休暇制度を設けて職員の心身の負担軽減に取り組まれていましたが、有給休暇取得状況や超過勤務状況について法人で管理しておられるものの、事業所管理者や直属の上司レベルでの把握が不十分に感じました。</p> <p><b>2) 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>利用者アンケートを年 1 回実施しておられますが、自ら記入出来ない方については担当職員が聞き取りで行う場合もあるとのことでした。用紙に記入出来ない方からも意向や要望をくみ上げようとされていることは理解できますが、匿名性に配慮するという点に改善が必要と感じました。</p>

様式 7

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>3) 職員間の情報共有</b></p> <p>職員間の伝達は朝夕の申し送りや引継ぎノートで行い、ホワイトボードも活用して情報共有に取り組んでおりましたが、カンファレンスの開催が6か月に1回となっていました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 労働環境への配慮</b></p> <p>職員の勤務状況や意向の把握は実際に業務を行う現場レベルで把握している方が良いと思われます。法人本部では管理把握されているとのことですので、事業所管理者や主任レベルで各職員の有給休暇取得状況や時間外労働について情報共有しておかれてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>面と向かって言いにくい意見や要望、苦情など、利用者から苦情や要望を引き出すためには匿名性に配慮することも必要かと思われます。担当職員が定期的に要望を確認したり、家族懇談会で意見や要望を聞くなど様々な対策をしておられますので、家族や第三者を通すなどして匿名での意見収集の方法も検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 職員間の情報共有</b></p> <p>カンファレンスの開催が6か月に1回となっていました。カンファレンスの開催は3か月に1回以上の頻度が求められています。定期的なカンファレンスのほか、随時カンファレンスを実施し、その内容をケース記録に残しておられましたので、その内容や参加者を記録に残されてはいかがでしょうか。また、マネジメント業務マニュアルにカンファレンス開催の基準を新たに明記しておかれると、定期的な開催が実現するのではないのでしょうか。</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	2694000064
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)	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	平成29年10月31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・運営方針・行動指針を掲示するとともにカード化して職員に配布、接遇研修の中で確認テストを行うなど周知に努められています。運営懇談会で家族にも周知されています。 2) 有料老人ホーム管理者会議や事業所長会議で運営について検討し、職員会議やケース会議などで意見の収集を行って事業運営に反映されています。			
<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) 単年度の事業計画を事業所単独で作成し、中・長期計画は法人として作成されています。 4) 事業所として目標を設定し、半期で評価が行われています。個人目標は人事考課票で課題・目標・達成方法などを設定されています。			
<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) マニュアルを整理してファイリングし事務室内に設置、法令遵守・権利擁護マニュアルを用いて年1回勉強会を実施されています。 6) 職務分掌で役職ごとの役割を明確化されています。年3回の職員面談やアンケートで上司への意向を確認されています。 7) 業務日誌で事業実施状況を確認、事故対応マニュアルに沿って緊急時に報告・指示を受けられる体制を整えられています。			

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	
<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	B	
		(評価機関コメント)	8) 有資格者の採用を優先し、法人の人事会議で職員配置や有資格者の配置など協議・検討されています。介護福祉士や介護支援専門員の資格取得支援としてグループで受験対策講座を開催されています。 9) 法人内の担当により新人、初任者、中堅、リーダーなど経年・階層別に年間の研修計画が策定され実施されています。 10) 実習受け入れに関するマニュアルを整備されていますが、配置転換で実習指導者講習を受講した担当者が不在となっていました。				
<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ます。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) リフレッシュ休暇を設定して職員の負担軽減に配慮されていました。 12) 親睦会により新年会や歓迎会・職員旅行の実施があり、メンタルヘルスの外部相談窓口の周知でストレス解消に取り組まれています。ハラスメントに関する規定は作成中とのことでありませんでした。職員の休憩場所は十分なスペースを確保しているとは言えませんでした。				
<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) 広報誌を年4回発行し地域に情報発信、ホームページやブログでも取り組みの紹介がされています。地域の祭りに職員が参加、神輿の御旅所として場所を提供して利用者が参加出来るように取り組まれています。 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講座を開催されています。法人行事として柘野健康福祉フェアを年1回開催し、地域との交流を図られています。				

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	
<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) ホームページやパンフレットで事業所情報を提供されていました。パンフレットには申込者の選択によって変化する料金体系を表記するなど、分かりやすく工夫されていました。また、パンフレットやホームページには法人連絡先としてフリーダイヤルを掲載し、不明なことを気軽に問い合わせることが出来る体制を整えられていました。				
<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) 契約時には重要事項説明書を用いて、サービス内容の説明や料金について同意を得られました。また成年後見制度へつなぐ仕組み等はありませんでしたが、後見人との契約が確認できませんでした。				

(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) 専門職が各分野を記載する独自のアセスメント様式を用いて、定期的にあセスメントを実施する事で、多角的なアセスメント実現に取り組まれていました。また必要に応じて「センター方式（認知症の方の状態を知るための情報収集書式）」を活用し、より利用者を理解したケアの実現に取り組まれていました。18) アセスメントやサービス担当者会議で利用者及び家族の意向を聴取し、施設サービス計画書に反映させておられました。またサービス担当者会議の家族及び利用者の全出席に取り組まれ、出席率は100%を実現されていました。19) サービス担当者会議には、利用者や家族、その他各専門職が出席し、合議により施設サービス計画書を作成されていました。20) マネジメント業務マニュアルに則って、状況を把握し必要に応じて施設サービス計画書の見直しを実施されていました。また計画書に対するモニタリングは3か月ごと、入居者生活状況モニタリングは「ADL及びモニタリング記録」に毎月状況を記録して共有されていました。		
(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) 関係機関をリスト化し連携出来る体制を整えておられました。また運営推進会議委員を委託している地域包括支援センターと連携が取れる体制がありました。また入退院時には看護師や相談員などが病院カンファレンスに出席するなど、密に連携を取っておられました。		
(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	B
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) マニュアル委員会を設置し、各マニュアルを整備し年1回見直しを実施されていました。また苦情や事故、満足度調査を管轄する委員会の委員がマニュアル委員会に出席し、各委員会で得られた課題をマニュアルに反映させることが出来る体制となっていました。さらにマニュアル委員会で更新された内容は、職員会議で全職員に周知する仕組みとなっていました。23) 利用者の記録は事務所内の書庫で保管し、個人情報保護規定に則って適切に情報管理をされていました。記録の管理や個人情報保護についての研修を年1回実施し、情報に関する意識を高めておられました。24) 日誌や利用者情報とその他報告事項に分類し情報整理された引継ぎノートやホワイトボードの活用、カンファレンスの開催により、利用者支援に係る情報共有や支援方法の検討に取り組まれていましたが、カンファレンスは3か月に1回の開催が求められているところが6か月に1回となっており不十分でした。25) 年1回の「運営懇談会」を開催しご家族と面会する機会を作っておられました。また毎月、利用者の担当介護員が家族便りを送り、家族との情報交換を積極的に行われていました。		

(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) 感染症対策マニュアルを整備し、感染予防・対策に関する研修を年1回実施されていました。また感染症マニュアルの年1回見直し、その他必要に応じてのマニュアル更新、職員室の感染症対策内容掲示、弱酸性水による消毒により、感染症対策に取り組まれていました。27) 事業所内は整理整頓され衛生的な環境となっていました。事業所内はクリーンスタッフ職員が定期的に清掃し、空気清浄器や朝・夕の換気、汚物処理時の臭気対策により臭気もなく建物全体が清潔な環境となっていました。		
(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整備し、喉詰め、転落、転倒などの状態像を設定して実践的な訓練を年1回実施されていました。29) 事故やヒヤリハット報告書を作成し、対応策を実践されていました。またリスクマネジメント委員会にも報告され、多角的に事例を検証して、サービス提供時の対応やマニュアル等に反映させておられました。30) 地域との連携を意識した防災マニュアルを作成し、消防訓練や防災訓練を実施されていました。また地域の防災訓練への参加や、今後有事に地域と連携が図れるように協定を結ぶことも計画されていました。		

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>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) 身体拘束禁止マニュアルや高齢者虐待防止マニュアルを作成し、高齢者虐待防止に関する研修を実施して職員に周知されています。32) プライバシー保護に関するマニュアルを作成して具体的な内容も記載し、職員研修も行われています。33) 問い合わせの時点で施設での医療面の体制など説明をされ、申し込みがあればすべて受付されています。			
<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。	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1回利用者アンケートを実施されているほか、運営懇談会に家族に参加して頂いて意見や要望を聴き改善につなげられています。35) 苦情解決対応マニュアルに沿って対応を行い、受け付けた苦情や要望は職員会議で検討して広報誌や運営推進会議で公表されています。36) 第三者委員や公的機関の相談窓口を重要事項説明書に記載し、電話番号やFAX番号は各フロアの目に付くところに掲示されています。市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れはされていませんでした。			

(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) 利用者アンケートを実施してその内容を職員会議で検討されています。 38) グループとして有料老人ホーム管理者会議、事業所としては職員会議でサービスの質の向上について検討が行われています。 39) 事業計画書、事業報告書を作成する際に職員会議で評価・検討をされています。法人内監査があり、その中でサービスの質の確認をされています。		