

# アドバイス・レポート

令和 6 年 1 月 2 2 日

令和 5 年 1 1 月 1 3 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）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 理念の周知と実践</b></p> <p>社会福祉法人と株式会社の両方の機能をもつ法人であり、アーバンヴィラ上桂においてはアーバンスタイル株式会社の理念に基づき運営されています。社会福祉法人ではまだまだ馴染みの薄い営業という分野についても「営業会議」の開催により、経営改善やサービスの質の向上についても法人全体で取組まれています。社会福祉法人から異動になった職員も新たな視点で介護サービスの提供に取組むことができるようになったと評価をされています。</p> <p><b>2) 総合的な人材管理</b></p> <p>法人の行動指針において「期待する職員像」を明示し、法人グループ全体で教育、研修担当者を配置し、年間の階層別研修を計画、実施されています。職員もやる気をもってスキルアップができる環境に加え、風通しのよい働きやすい職場環境であることが職員ヒアリングからも窺うことができました。</p> <p><b>3) アセスメントの実施</b></p> <p>ケアプラン作成までのアセスメントが大変丁寧に行われています。ケアプランも利用者一人ひとりの意向を汲み取り、様々な職種の専門職が意見を出し合って作成されています。外部からの理学療法士の導入活用で、リハビリに関するケアサービスも充実しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 災害発生時の対応</b></p> <p>防災マニュアルや災害発生時のBCP（事業継続計画）を丁寧に作成され、訓練についても昼間、夜間想定での消防訓練だけでなく、事業所が桂川流域にあることからハザードマップを用いた風水害訓練も実施されています。ただ、マニュアルや訓練内容が地域との連携を意識したものにはなっていませんでした。</p> <p><b>2) 個人情報、プライバシーの保護</b></p> <p>個人情報保護に関するマニュアルを作成し、年 1 回の研修も実施されていますが、施設見学の際にパソコン画面に介護記録ソフトが開いたままになっている所や、紙ベースのチェック表に記載された個人情報が見える状態になっている所がありました。</p>

	<p><b>3) 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>意見箱の設置、年1回の利用者アンケート、サービス担当者会議で利用者希望や要望の聞き取りはされていますが、意向や満足度の把握のための定期的な面談や懇談会はされていませんでした。また、公的機関への苦情や相談の案内はされていますが、事業所内で利用者が相談できる機会としての外部人材を受け入れる仕組みはできていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 災害発生時の対応</b></p> <p>消防署を交えた消防訓練や、事業所が桂川河川流域にあり、風水害を想定した災害訓練もマニュアルに沿って実施をされています。利用者の方は単独での避難は難しいこともあり、消防署や職員だけでは避難誘導も難しいと思われる。地域との交流も積極的に行われ、関係性も良好であることも活かし、自治会や地域の消防団などの協力を得られるよう消防署にも相談しながら防災マニュアルを作られたり、訓練への参加も含め防災の協定の締結を進められてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 個人情報、プライバシーの保護</b></p> <p>個人情報保護、プライバシー保護に関するマニュアルを作成し、ケアに関する記録物の管理も定められており、年1回の研修も実施されています。様々な規程を整備されて、職員への周知もされてはいると思いますが、現場の職員の日常的な意識の中で業務や利便性が優先になってしまい、ケアや個人に関する情報の取り扱いが後回しになってしまうこともありがちです。職員会議や毎日の朝夕の申し送りをされていますので、職員が常に意識できるようこまめに注意喚起していくようにされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 意見・要望・苦情への対応</b></p> <p>サービス担当者会議の利用者参加や個人的な要望を聞く機会は都度持たれていますが、利用者が忌憚なく意見や意向を伝えるための決まった場所作りや、事業所が利用者満足度の把握のために利用者懇談会を開催されてはいかがでしょうか。また、法人内の有料老人ホームの繋がりを作られているので事業所間で利用者面談の機会を持たれたり、地域の自治会や民生委員など第三者的な立場で利用者の話を聞いて頂ける方に協力をお願いして相談機会の確保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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	269400064
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	2023年11月30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) 理念をカードにして職員が携行できるようにされており、事業所内での研修にて理念、運営方針、行動指針を確認される機会を持たれています。2) 法人内の株式会社部門と社会福祉法人部門の管理者が集まる会議において、話し合いを実施されています。		
<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。	A	A
		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	A
		(評価機関コメント)		3) 利用者アンケートを実施し、利用者の参加する運営懇談会にて事業計画の説明をされています。また、ワークライフバランスの一部として女性活躍の場や高齢者の採用を積極的に実施されています。4) 目標の達成状況の見直し時期については明確に定められていませんでしたが、6ヶ月ごとの研修を通じて振り返りをされています。		
<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、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) 遵守すべき法令をマニュアル化し、職員も身近に閲覧、把握できるファイリングがされています。全職員向けの研修も年1回実施されています。6) 人事評価の仕組みもあり、定期的に職員面談を実施されています。管理者は本部からの評価を受ける機会がありますが、職員から評価を受ける機会として職員向けのアンケートなどを実施されてはいかがでしょうか。7) 法人全体でBCP（事業継続計画）が作成されており、緊急時には管理者に連絡が入る仕組みがあり、日常的にも必要な指示が出せる体制になっています。		

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>						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 法人のキャリアパスモデルを基に人事評価制度の仕組みがあり、行動指針に「期待する職員像」が明示されています。9) 法人の人事部が人材確保のためSNSの活用など積極的な取り組みをされており、採用も法人一括で行われています。職員に対しては介護福祉士や介護支援専門の資格受験対策を法人全体で開催され、テキスト代の施設負担、取得後は手当の支給などの資格取得支援をされています。10) 法人グループでの教育方針に基づき、研修担当により年間の階層別研修を計画、実施されています。事業所内では職員が希望する外部研修や、内部の研修の参加によりスキルアップを目指されています。11) 実習の受け入れの実績はありませんが、法人グループでのマニュアルの作成、事業所には介護福祉士、社会福祉士の実習指導者資格保持者がおられ、受け入れの体制ができています。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		12) 年2回の面談にて職員の意向を伝える仕組みがあることや、法人の方針にて完全に睡眠状態が確認できる見守りセンサー、インカムの導入などICT化（情報通信システム）により、職員の負担軽減が図られていることが職員ヒアリングからも確認ができました。13) 法人グループのハラスメント相談窓口を設置し、福利厚生による親睦旅行や交流会に積極的に取り組まれています。事業所内の休憩スペースが狭く、空いているスペースに間仕切りで休憩室を作られています。間仕切りが低く、利用者からも見える場所にあるため、話しかけられることもあるとのこと。普段使用しない部屋の活用など、落ち着いた休憩がとれる空間をご検討ください。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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。	A	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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。	A	A
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		14) 地域から行事の案内がきたり、地元神社秋祭りには御旅所として事業所敷地を提供し、職員や利用者が住民と交流されています。地域の会議にも積極的に出席されています。15) ボランティアの受け入れはマニュアルを作成し、オリエンテーションの体制も整備し主に行事の際に参加を受け入れられています。コロナが5類となった今年は、近隣小学校からの訪問も受け入れを再開されています。16) 事業所内のコミュニティホールを地域に開放されたり、地域包括支援センターと共同し小学校の総合学習にて認知症サポーター養成講座を開催されています。		

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>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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		17) 事業所内の様子はパンフレットやホームページで分かりやすく紹介されています。定期的にブログの更新もされており、サービス内容や利用者の日常がよくわかります。体験利用もでき、希望者が1泊して実際のサービスを受けることができる仕組みがあります。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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	A
		(評価機関コメント)		18) 介護保険サービス利用料以外に掛かる実費分を一覧化し分かりやすく説明されています。後見人と契約されたケース事例も確認できました。また、契約後に成年後見人制度を活用できる仕組みを構築されていました。サービス利用開始時に丁寧な説明をされていることは利用者アンケートからも確認できました。		
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
		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) 法人独自の様式を使用し介護職員と連携して細かくアセスメントされていました。また、意向（ニーズ）は利用者の言葉で具体的な表現で記載されていました。20) 多職種を交えサービス担当者会議が開催されており、利用者、家族が参加して直接、意向を伝えておられます。家族の事情（遠方や高齢など）で会議当日に参加できない場合は電話で説明し同意を得ておられ、面会時に再度対面で説明しておられました。21) サービス計画作成に当たり、多職種が集まりサービス担当者会議に参加されています。参加できない職種については事前に意見照会を行い対応しておられました。22) 計画の見直しの手順はケアプラン年報に明記されており、状態変化時には介護職員などと連携しケース会議で検討されていました。通常は3ヶ月に1回モニタリングを実施し、6ヶ月ごとに計画の見直しを実施しておられます。		
<b>(4) 関係者との連携</b>						
		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	A
		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	B
		(評価機関コメント)		23) 入居時には情報提供書にて主治医の引き継ぎを実施しておられます。医療機関とは入退院時の連携だけではなく、入院期間中も連携室や病棟と情報共有を図り円滑な退院受け入れができるようにされています。地域の関係団体や地域包括支援センターとは地域ケア会議にて連携を図っておられました。24) アーバンヴィラ上桂から退所する際に、地域との受け入れ体制は構築されていますが、他のサービスへの移行に当たっては、サービスの継続性に配慮した手順などを定めた文書は作成されていませんでしたので、マニュアル等への記載をご検討ください。		

## (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	B
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)業務マニュアルは法人担当者が各事業所から課題を吸い上げ、改訂や更新を実施しておられます。また事業所内では発生した事故により、マニュアルの改訂が実施されており、改訂後は同一事故の発生が防げた事例がありました。各種マニュアルは利用者の尊厳に配慮された内容になっています。26)サービス記録はパソコンソフトで一元管理されています。記録やファイルの持ち出しや管理についても規程に沿って、厳重な管理に努めているとのことでしたが、見学時に手書きのチェックシートの記載事項が一部、他者の目に触れる状態となっていたところがありました。個人情報の取り扱いについては契約時に利用目的を説明し同意を得ておられます。27)朝夕の申し送りや介護日誌、記録を活用し利用者の状態が情報共有されています。また、職員会議やケース会議で決定した支援内容は会議録の回覧と併せて、引継ぎノートにも記載し情報共有されていました。28)各利用者の担当職員が、毎月様子を一筆箋にて家族に伝えておられます。状態変化時には生活相談員や看護職員から電話連絡を行い、面会時にも丁寧に説明されています。また、遠方などの事情により面会に来ることのできない家族や、感染症などの影響で面会制限がある時にはテレビ電話アプリを活用できる仕組みを整えておられました。		

## (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)感染症マニュアルは法人看護職員が中心になって統一、年1回以上更新されています。感染利用者に対しては居室対応する期間を定め、二次感染予防の対策を講じておられます。感染症BCP（事業継続計画）を策定し、シミュレーション研修も実施されていました。30)環境整備担当者を定め事業所内の清掃範囲などを外部業者と相談し対応されていました。臭気対策として共用部分には空気清浄機が設置されていたり、排泄介助後の汚染した尿取りパットやおむつ類は新聞紙に包み廃棄することを徹底しておられます。		

## (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。	A	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	A
(評価機関コメント)		31)事故対応予防マニュアルと併せて、事故発生時の対応方法がスタッフルームにフローチャートで掲示されていました。緊急時対応の研修は夜間想定でロールプレイを行っておられました。32)危機管理マニュアルに沿って、事故の分析も丁寧に実施、報告書の作成をされています。事故発生からマニュアルを改訂して以降は同様の再発事故は防げているとのことでした。33)消防訓練は夜間想定を含め年に2回、防災訓練は地震、風水害と年2回実施しておられますが、地域との連携を意識したマニュアルや訓練は実施されていませんでした。34)法人内でBCPを更新しておられ、その内容を年1回の研修で職員への周知の機会を設けておられます。また定められたBCPを各フロアに設置し、そのBCPに沿ってシミュレーションが実施されています。		

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	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) 接遇については自己チェック表を作成し年1回の研修を実施されています。倫理マニュアルに利用者の自己決定尊重の記載が確認できました。36) 全室に眠りセンサーを導入されていますが使用については高齢者虐待防止、身体拘束禁止の規定に基づき委員会で適正化についての話し合いを適宜されています。マニュアルの作成、年2回の研修も実施されています。37) 個人情報保護、プライバシー保護マニュアルを作成し、年1回の研修も実施されています。施設見学の際にパソコン画面に介護記録ソフトが開いたままになっている所や、紙ベースのチェック表などが見える状態で置かれている所がありました。38) 入居要件を満たしている申込は全て受け付けておられ、医療的ニーズが高く、事業所の体制では対応できない場合は説明し、関係機関を紹介するなど連携を図っておられます。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	B	B
		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	A
		第三者への相談機会の確保	41	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)		39) 意見箱の設置、年1回の利用者アンケートの実施、サービス担当者会議の出席者の要望の聞き取りはされていますが、定期的な面談や懇談会はされていませんでした。アンケートに加えて、利用者懇談会などの機会を持たれることで、更に意向や満足度を把握しやすくなるのではないのでしょうか。40) 利用者や家族から個別に聞き取った苦情や要望に対しては職員会議で検討し改善に繋がっており、内容については匿名で広報誌や運営推進会議で公表されています。41) 重要事項説明書の記載や各フロアに相談窓口のポスターを掲示し公的機関への苦情や相談の案内はされていますが、事業所内で利用者が相談できる機会としての外部人材の受け入れ体制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	42	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	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。	A	A
		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) 年1回の利用者アンケートの結果を集計分析し職員会議で改善方法については検討した内容を利用者、職員に周知され、アンケートの担当者がフィードバックする仕組みができています。43) 月1回の法人内の有料老人ホーム会議にて情報共有をされ、それぞれの課題や取り組みなどを検討し、改善に繋がっておられます。内容についても職員に回覧周知されています。44) 法人内のチームで内部監査をする仕組みがあり、年に1回の書面の提出、3年に1回は現地調査の実施にてサービス内容の自己評価をされています。		