

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2671200166
事業所名	京都ゆうゆうの里
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)	介護予防特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	平成24年2月28日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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)及び事業所のスタッフ全員が、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) 法人の理念及び基本方針が明文化されていた。理念、基本方針は、事務所や各課室内に掲示されるとともに、入居者への説明資料となる「生活のしおり」に記載され周知されていた。 2) 組織規程、決裁規程が整備されていた。また、提案委員会を設置して、職員からの提案を汲み取る仕組みがあった。			
(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) 法人により中長期計画が示され、その計画をもとに単年度事業計画が策定されていた。その事業計画は、目標→方策→具体策→管理項目→主担当部署と具体的な流れが示されていた。 4) 各部署においてサービス計画が策定され、取り組むべき課題を明確にしていた。			
(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	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、いつでもスタッフ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) コンプライアンス推進委員会を設置して、組織的に法令遵守をする仕組みがあった。必要な法令等は、パソコン上でファイリングされ必要に応じて取り出されていた。 6) 年2回開催される職員全体会で施設の運営方針を伝えるなど、リーダーシップが図られていた。また、人事考課制度による面接や自己申告書により、職員からの意見を聞く機会を設けていた。 7) 各課の日報により毎日の状況を把握するとともに、申し送りでの必要事項が施設長のパソコンに報告される仕組みがあり、日常的に施設全体の動きが確認されていた。			

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
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) 自主行動基準が整備され、必要な人材や人員体制に関する基本方針が明文化されていた。資格取得の候補者(受験資格者)をリスト化するとともに、受験に必要な書籍やテキストを備えるなど、資格取得を積極的に奨励していた。 9) 職員育成の研修計画が策定され、職員個人のアセスメントにより、職責や適性に合った研修が実施されていた。接遇マナー行動基準が策定され、施設全体として接遇に取り組んでいた。 10) 実習生受け入れマニュアルが整備されていた。また、実習担当者に対する研修が実施されていた。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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)		11) 職員の就業状況は、施設長及び管理部門が把握して、入居者の増加による人員増員など必要な対応がされていた。 12) メンタルヘルスマニュアルを作成するとともに、管理職を対象としたメンタルヘルスに関する勉強会を実施して、職員のストレスに関する配慮がされていた。また、衛生委員、腰痛委員を設置して、産業医と連携するなど、充実した職員の健康管理がされていた。		
(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) 広報誌を作成して、市役所や社会福祉協議会などに配架し、施設の情報を公表していた。 14) 昨年の評価で課題となっていた地域への貢献は、「信頼される施設になる」という目標を事業計画に明記し、地域自治会への講演会参加の呼びかけや福祉防災拠点施設としての申し出など、施設機能の還元を積極的に実施していた。		

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
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) 事業所の情報等は施設内に掲示し、パンフレットやホームページは、写真入りで施設の様子が具体的にわかりやすいように工夫されていた。		

(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は、重要事項説明書やオリジナルの「生活のしおり」を用いて丁寧に説明されていた。一般住宅棟の入居者に対しても、介護棟の見学会や説明会を開催し、理解を深めてもらおうという姿勢が感じられた。			
(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。	B	B
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	定期的又は必要に応じて、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) アセスメントは、医師・看護師・理学療法士(PT)・介護スタッフなど多くの情報により行われていた。また、入居者が元気な時期(一般棟で生活)に聞き取った希望等を反映していた。 18) アセスメントに基づき個別援助計画が策定されていた。サービス担当者会議に本人または家族の参加は確認できなかった。 19) 個別援助計画は、介護担当職員の他、医師・看護師・理学療法士・栄養士等の意見を取り入れて策定されていた。 20) 各利用者のサービス提供記録をもとに、定期的(1ヶ月に1回)な評価、見直しが行われていた。見直しにより個別援助計画が変更される場合は、利用者等の希望や多職種の意見が反映されるよう努めていた。			
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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) 敷地内に有床の診療所があり、日々の診療や定期健診を通じて連携が図られていた。また、一般病院への紹介や入退院などについても、適切な連携がされていた。			
(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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)	22) 標準的な業務マニュアルが策定されていた。マニュアルは、職員に周知徹底され、定期的に見直しが行われていた。 23) 個別援助計画に基づき、利用者一人ひとりの記録について書面が整備されている状況を確認した。また、保管・保存・破棄に関する規定が整備されていた。 24) 利用者の個別記録や利用者に関する様々な情報は、事業所内メールや連絡カードなどを利用して共有する仕組みがあった。 25) 毎月1回、利用者の心身面の状況や運営連絡会議録(利用者と事業所の合同会議)、施設内で発行される里内新聞や財団発行物が、利用者の写真入りの近況報告を添えて家族に送付されていた。			

(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、スタッフ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) 感染症防止マニュアルが整備されていた。また、高齢者に多い疾患(インフルエンザ、ノロウイルスなど)は、個別にマニュアルが作成されていた。職員研修を通じて予防に努める体制があった。 27) 衛生管理は、5S(整理、整頓、清掃、清潔、躰)を活用して職員に意識付けがされており、施設内が全体的に整理整頓され清潔に保たれていた。			
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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	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
(評価機関コメント)	28) 事故緊急時、災害に関するマニュアルが整備され、地元消防署の協力により夜間想定を含めた訓練、講習が実施されていた。また、地域所在する他施設と連携して、防災訓練や炊き出し等を行っていた。 29) 事故ゼロ委員会を中心として、毎月事故一覧表が作成されていた。そして、その分析と検討により事故の再発防止が図られていた。			

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
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
		人権等の尊重	30	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	31	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	32	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)	30) 理念に人権尊重が謳われ利用者本位のサービスが徹底されていた。外部研修を受講した職員により伝達研修が実施され、施設内で身体拘束・虐待防止が図られていた。 31) プライバシーをテーマとした研修会を実施して、施設全体で利用者のプライバシー保護を意識したサービスが提供されていた。 32) ケアサービス棟への住み替えに際しては、定期的な見学会を実施するなど、入居者が適切に利用判断できるよう図られていた。			

(2)意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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。	A	B
(評価機関コメント)		33) 全職員が相談受付者となる体制を整え、そのスキルアップのための事例検討会を月1回行なっていた。自ら意見・要望・苦情を訴えるのが困難な利用者には、担当者が日常的に意識して声掛けを行い、意見を拾い上げる工夫をしていた。 34) 利用者の意見や要望への対応マニュアルが整備されていた。その意見や要望等は、運営連絡会議で検討され、その議事録が全入居者に公表されていた。 35) 「有料老人ホーム110番」が第三者の相談窓口として活用されていた。その事例をもとに施設内にフィードバックする仕組みがあった。介護相談員や市民オンブズマン等の受け入れ状況は確認できなかった。		

(3)質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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)		36) 「里バスの時刻」や「食事について」などのテーマを設定してアンケートや聞き取りを行い、利用者の満足度について検討がされていた。その検討記録が公表されていた。 37) 「接遇委員会」「事故ゼロ委員会」などの検討委員会を組織して、サービスの質向上に取り組んでいた。また、外部施設を招いて実践研究の発表会を実施し、日常での課題に対する検討や意見交換がされていた。 38) サービス評価委員会を設置し自己評価を実施していた。また、毎年、京都介護福祉サービス等第三者評価機構及び有料老人ホーム協会の第三者評価を受診し、その結果を次年度の事業計画に反映させていた。		

様式 7

アドバイス・レポート

2012 年 4 月 23 日

2011年 12月 15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都ゆう
 ゆうの里 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>(通番14 地域への貢献) 昨年の評価で課題となっていた地域への貢献ですが、「信頼される施設になる」という目標を事業計画に明記して取り組まれていました。「地域自治会である宇治白川地区の住民に対して、施設が実施する『講演会』や『イベント』への参加を通じて交流をする。」「東日本大震災をきっかけに、施設の公益性を考え宇治市に対して『福祉防災拠点施設』として申し出る。」など、積極的に施設の機能を使って地域に還元している姿勢は高く評価されます。</p> <p>(通番16 内容・料金の明示と説明) 介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金は、重要事項説明書やオリジナルの「生活のしおり」を用いて丁寧に説明されてきました。特定施設入居者生活介護を利用される多くの方は、元気な時に一般住宅棟へ入居された方です。その方々を対象として、定期的に介護棟の見学会や説明会が開催され、日常的に介護が必要になった場合の理解を深める取り組みが並行して実施されてきました。</p> <p>(通番30 人権等の尊重) 理念に人権尊重が謳われるとともに、接遇委員会が組織され、利用者主体の介護や生活援助に対して、日常的に確認と検討がされてきました。また、プライバシーをテーマにした研修会等を開催して、利用者の人権について考える機会を設けていました。以上のように、利用者本位のサービスを施設全体で実施する仕組みがありました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番18 利用者・家族の希望尊重) アセスメントに基づき個別援助計画が策定されていました。しかしながら、サービス担当者会議に本人または家族の参加は確認できませんでした。</p> <p>(通番35 第三者への相談機会の確保) 「有料老人ホーム110番」を第三者の相談窓口として活用されていました。その事例をもとに施設内にフィードバックする仕組みがありましたが、介護相談員や市民オンブズマン等の受け入れ状況は確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>京都ゆうゆうの里は、財団法人日本老人福祉財団が設置経営する介護付有料老人ホームとして、平成9年に開設されました。甲子園球場の約2.5倍という広大な敷地に1号棟から8号棟まで、利用者のニーズに合わせて様々なタイプの住宅が整備されています。日常生活を支える「サークル活動の企画から買い物代行」サービスや健康を支える「アスレティックジムや温水プール」など、その用途に合わせたサービスが備わっていました。</p> <p>今回、第三者評価の対象となった特定施設入居者生活介護は、日常的に介護が必要となった場合に、一般居住棟から介護設備の整った居住棟（ケアサービス棟）へ住み替えをした上でサービスが提供されています。この住み替えについては、ゆうゆうの里に入居をする時に十分な説明が行われていました。また、毎月ケアサービス棟の見学・説明会を実施していました。そして、実際に住み替えが必要な状況になった場合は、入居金等の費用面や、介護サービスをはじめとする日常生活面について、入居者及びその家族等が納得されるまで十分な説明を行い同意を得るなど、利用者本位の姿勢が伺えました。</p> <p>施設の運営は、法人の理念に基づき長期計画が策定され、その具体的な実行計画として事業計画が示され、業務レベルで遂行されていました。また、理事者により理事会、理事と施設長等による部長会、チーフ会議など、体系的に会議が開催され、法人、施設による方針がトップダウンとして、現場の意見等がボトムアップとして反映される仕組みが構築されていました。こうした組織体系は、利用者に対する質の高いサービス水準を維持することに効果的であり、高く評価される事項です。</p> <p>京都ゆうゆうの里は、平成16年度の第三者評価を受診されてから、毎年第三者評価を受診されています。管理者の方から、第三者評価により課題となった部分の改善も必要だが、評価を得た取組みを維持することも大切なことであり、第三者評価を継続的に受診しているとお聞きしました。また、昨年度受診した際に課題となった項目については、今年度の事業計画に反映され、その改善がされていました。第三者評価の意義を理解して、継続的に取り組んでいる姿勢は、高く評価されます。</p> <p>今後も利用者のニーズにきめ細かく対応できる事業所として発展されることを期待いたします。</p> <p>以下、今回の評価で気が付いたことを記載します。</p>

・利用者一人ひとりに対するアセスメントは、一般棟に入居されている元気な時に聞き取ったことを含め、本人や家族の意向・希望を多く含んで作成されていました。また、ゆうゆうの里内にある診療所の医師、看護師、理学療法士など多職種からの情報も明記され、非常に多くの情報が集約されたものになっていました。そのアセスメントをもとに作成される個別援助計画は、利用者及びその家族の意向が十分に反映されたものになっていました。特に、意思伝達が困難になった場合でも、入居時の希望が含まれる内容となっており、アセスメントから個別援助計画策定に至る仕組みは高く評価される事項です。

しかしながら、その計画の進行状況や見直し等を検討するサービス担当者会議には、利用者本人やその家族の出席状況が確認できませんでした。利用者ごとに開催日程を調整することは困難であると思いますが、介護度が進み判断能力が困難であっても、利用者の意思や希望を聞きとろうとする姿勢は大切です。介護保険の更新時や状況に変化が見られる時などを利用して、利用者及び家族が会議に参加できるよう配慮されることを期待します。

・利用者の意見や要望などは、全職員が相談受付者となる体制を整え、そのスキルアップのための事例検討会を月1回行う。また、自ら意見・要望・苦情を訴えるのが困難な利用者には、担当者が日常的に意識して声掛けを行い、意見を拾い上げる工夫を行うなど、意見・要望・苦情を広く汲み取る体制がしっかりと構築されていました。また、汲み取られた意見等は、運営連絡会議で検討がされ迅速に対応されるとともに、その検討の経緯が議事録として全入居者に公表されていました。こうした一連の組織的な対応は高く評価されます。しかしながら、第三者への相談機会の確保として、介護相談員など外部の相談機関の受け入れ状況は確認できませんでした。介護相談員は、利用者がどのような状態になってもその施設で心穏やかに満足して暮らすことが出来るように、利用者と施設の橋渡しをする役目を担う制度として整備されています。その活用を検討されてはいかがでしょうか。

※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。