

## アドバイス・レポート

平成30年2月27日

平29年11月28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

特に良かった点とその理由(※)	<p>&lt;地域への貢献、共同研究や充実した施設運営&gt;          地元白川地区からの雇用創出や、地元産の旬の野菜の販売や食堂の献立への利用や、茶摘みに参加される等の取組、宇治市災害ボランティアセンターの運営委員や地域の活動に積極的に参加、京大医学部との共同研究を実践、入居者へは毎月2回相談日を設け、常に要望等を聞く姿勢をもたれています。併せて、年3回テーマ別介護懇談会を実施されるなど、積極的に入居者の声を聞く機会をもたれております。また、職員のスキルアップへの取組やテーマ毎の会議・研修を精力的に実践されています。職員の配置は基準よりも多く配置され、入居者からは、16年間食事代も変わらず、施設の中で参加と活動が充分確保され、楽しく過ごせていると満足度の高さがヒアリングから伺えました。</p> <p>&lt;労働環境への配慮&gt;          法人独自で「退職時ヒアリングシート」を作成し、すべての退職者を対象に退職要因の集積・分析が行われるとともに、その際には忌憚のない意見が聞けるよう別部署の役職者がヒアリングを担当する等配慮がされていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>&lt;感染症の対策及び予防&gt;          感染症防止マニュアルの見直しが平成27年度以降実施されているものが確認できませんでした。</p> <p>&lt;事故の再発防止&gt;          マニュアルの定期的な見直しが確認できませんでした。</p> <p>&lt;第三者への相談機会の確保&gt;          市民オンブズマンや介護相談等の外部からの受入れはされていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>&lt;感染症の対策及び予防&gt;          感染症予防マニュアルの作成はされていますので、今後は定期的な内容の見直しを意識して取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>&lt;事故の再発防止&gt;          ヒヤリハット事故報告書にて原因究明し、再発防止に努めておられますので、事故防止策などの評価を行い、マニュアルを見直す際の対策の標準化に繋げていかれてはいかがでしょうか。</p> <p>&lt;第三者への相談機会の確保&gt;          外部から多様な生活支援サービス（銀行やコンビニ等）を数多く受け入れておられます。そこでのサービス従業者は日常の場面で入居者と様々なコミュニケーションをとっておられるはずです。自施設職員や外部からのオンブズマンからだけでなく、それら生活支援サービスの従業者からも第三者の立場として気づきや改善の一助となる率直な意見を聞く機会を設けられてはいかがでしょうか。また、一人ひとりの満足度調査の実施も含め、第三者が相談を受ける機会を設ける事により、質の向上の機会として捉え、組織の透明性をより一層高められることを期待します。</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	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29年12月22日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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)		基本理念については、施設内掲示をはじめ、毎朝の唱和の上、名札には基本理念に沿ったケアスピリットを明示し、実践されている。契約時にお渡しする「生活のしおり」「里内新聞あじろぎ」に記載し、周知されています。			
<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)		法人の理念に沿って、毎年事業計画を策定し、全体会議を開催し、職員への報告・周知されており、参加できないメンバーへはグループウェアにてアップして閲覧による周知をされています。また、年次計画については、定量化された数値目標も設定され、半期で評価を行い、達成状況、未達原因、今後の課題を整理・管理されていました。			
<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)		管理すべき法令は、グループウェアの中で管理され、最新の情報が閲覧できるようにするとともに、管理者は、本部の会議にて都度、更新された法令についても周知する機会をもち、管理されていました。緊急時は主として、「緊急メール連絡網」を整備し、周知されています。			

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>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	A	
	(評価機関コメント)		退職したすべての職員を対象に、「退職時ヒアリングシート」を作成し退職要因の集積・分析をするとともに、その際には忌憚のない意見が聞けるよう別部署の役職者がヒアリングを担当する等の配慮も行われています。経験年数別に設定された「京都ゆうゆうの里研修計画」が策定され実施されています。			
<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)		介護休業規程、育児休業規程が整備され、実際に介護休業・育児休業を取得されています。「メンタルヘルス・ケア・マニュアル」が定められ、併設診療所の看護師が「メンタルヘルス委員」として相談に対応しておられます。			
<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)		地元高校生の協力も得て、地域高齢者との交流を目的とした茶会、宇治市災害ボランティアセンターへの運営委員としての参画等地域貢献が充実していることを確認しました。自立から要介護までの高齢者が長期間居住する特定施設としての特性をもとに、京都大学医学部とプロジェクトチームを立ち上げ、地域包括ケアに資する「健康づくり」についてのデータ分析・検証が行われています。			

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)		事業所の概要は、ホームページを開設し写真入りで施設の様子を具体的に情報提供されています。			
<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)		契約時には重要事項説明書を用いて説明を行い、同意を得ておられます。月に1回リーガルサポートより成年後見などの法律相談に施設に出張され、相談窓口を開設されています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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)		アセスメントは定期的に行うほか、心身の状況変化に応じての実施もされています。ケアプランについては、本人、家族の希望要望を充分聞き取り作成されました。理学療法士や看護師などの意見を取り入れたプランとなっていることを確認しています。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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)		施設の敷地内の「京都ゆうゆうの里診療所」をはじめ外部の医療機関とも常時連携が取れる体制になっています。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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)		業務マニュアルを作成されており、法人として毎年4月に見直しを行う基準となっていました。文書管理についても「財団法人日本老人福祉財団規定集」にて規定を定めておられるのを確認しました。「連絡カード」を利用して職員間で情報の共有を図られていました。家族に対しては電話やメール、来訪時に近況報告をされています。			
<b>(6) 衛生管理</b>						
	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	B	
	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)		感染症予防マニュアルは作成されていましたが、年1回の更新が行われていませんでした。施設内の臭気対策はしっかりされており、清潔が保たれているのを確認しました。			
<b>(7) 危機管理</b>						

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	B
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)		<p>「事故防止マニュアル」「緊急時マニュアル」を作成し定期的に研修をされています。          マニュアルの見直しを、「事故ゼロ委員会」で話し合いが行なわれているとのことでしたが、記録を確認できませんでした。          消防署の協力を得て、救急救命講習会や隣接する高齢者施設と合同で防災訓練を行なっておられます。</p>		

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)		高齢者虐待防止法については、採用時の研修において実施され、接遇委員会では、接遇マナーの取組に力をいれておられます。プライバシーや羞恥心については、新人研修で実施されています。また、前回の第三者評価にて助言のあった共用トイレの間仕切りをカーテンから引戸に変更される改善を実施されていました。		
<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。	A	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。	B	B
		(評価機関コメント)		これまで一度も利用申込はお断りをされたことは無く、一度入居されたら最後まで責任を持ってケアをすることを徹底されており、入居者へは毎月2回相談日を設け、常に要望等を聞く姿勢をもたれています。併せて、年3回テーマ別介護懇談会を実施され、入居者一人ひとりに「もしもノート」というエンディングノートを活用され、最期まで入居者の気持ちに寄り添う職員を育てることを実践されています		
<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	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。	A	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)		食事満足度調査は実施されていましたが、全体の満足度調査手法は用いず、常に意見・要望を聞く姿勢で運営され、毎月実施される入居者代表との話し合いの際は、月次の運営連絡会議録を開示されるなど、運営の透明性を高めるように努められています。最近の対応としては、公共のバスの減便に対し、自施設の運行便を増便することで入居者の外出の足を確保されています。また、自己評価においては年1回の本部主導の内部監査にて第三者監査を実施し、運営から現場のケアまで評価をする機会を設けておられます。		