

アドバイス・レポート

平成 27 年 3 月 31 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 27 年 1 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ ライブリィきぬかけ ）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 (※)	1) 風通しの良い組織体制 認知症棟の個別ケアの実践のための改修や、一労働夜勤制の一部導入等、現場職員の意見を反映しながら組織全体が前向きに取り組まれていました。ヒアリングの中でも、現場の所属長が「現場職員が自分たちで考えて決めないとやらされている感が出てしまう。そのかわり自分たちできちんと振り返りをしてもらおう」と話され、現場職員も「自分たちの意見をよく聞いてもらえ取り入れてもらえる実感がある」と話される等、組織全体が風通しの良いボトムアップの風土があると感じました。また、組織全体の、急がず焦らずじっくりと取り組み積み上げようという姿勢に好印象を持ちました。 2) 研修体制 年度計画の中で毎月の学習会の内容を細かく明記する等、計画的な教育体制をとられていました。特に新人研修は学習会とは別に一年間の新人研修計画を具体的に立てて職員が講師となって実施し、プリセプター制度を導入してマンツーマンで指導する職員が研修内容について履修状況を確認指導するようになっており、新人・先輩職員共に成長する仕組みになっていました。 3) 事故の発生予防の取り組み 事故発生予防の取り組みとして、独自に「キラリハット」という、ヒヤリハットの前の段階で危険予測を記録するというシステムを導入し、リスクを前向きにとらえることで職員の気づきの促進とモチベーションを維持向上しながら事故予防に取り組まれていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1) 個別の状況に応じた計画策定 個別援助計画は、個別性の高い具体的で細かな内容まで計画に策定し、独自の照会シートにより多職種への意見照会もしておられましたが、プラン評価時の「ニーズ充足・一部充足・不充足」の基準（ニーズの指標）が曖昧で判断根拠が見えにくいと感じました。 2) プライバシー等の保護 トイレが男女兼用で、カーテンだけの仕切りでトイレ使用時に男女が隣り合わせになるような状況であったり、一部の居室の窓が透明で中の様子が窺える等、ハード面でプライバシーの保護の観点から気になる点が見られました。

様式 7

特に改善が望まれる点とその理由（※）	3)意見・要望・苦情への対応 法人の会報の送付の際に意見等を聴き取るための葉書を添える等意見・要望等の受付けへの取り組みはされていますが、満足度調査が実施されていなかったり、また意見箱が職員に見えやすい場所に配置されていたり、利用者の個別の聞き取り調査が実施されていないなど、より幅広く意向等を吸い上げ収集する仕組みの工夫が必要と思われました。また意見・要望・苦情等を法人の会報等で公開されていますが、具体的な内容までは公表されておらず、また施設内での公表はされていないようでした。
具体的なアドバイス	1)個別の状況に応じた計画策定 各専門職からの意見を照会シートにより聴取し、職種ごとに一つひとつ評価を行いそれぞれにコメントを記載されていますので、カンファレンスの中でそれらの評価内容についての検討を行い、何を根拠にニーズを充足できたと判断するのかといった説明や指標を追記することで、より客観性の高い評価になると考えられます。 2)プライバシー等の保護 プライバシーの確保は人の尊厳にとっても大切な部分です。プライバシー保護の研修時にプライバシーとは何かといった点を再確認するとともに、利用者体験等を導入する等、今一度職員自身が利用者の立場に立って恥ずかしいと思う場面はないか検証し、例えば透明な窓にシールを貼ったり、トイレに使用中の札をかけるなど少しの工夫でプライバシーへの配慮ができるものもありますので、職員全員でプライバシー保護の視点での環境改善を検討されてはいかがでしょうか。 3)意見・要望・苦情への対応 サービスを提供する事業者は自分たちの行っているサービスを検証する姿勢が大切です。ともすれば自分たちの行っているサービスは間違っていないという落とし穴に陥りやすいものです。意見・要望・苦情等はサービスの向上の機会であることを職員全員が認識し、意見箱の設置場所を職員から見えにくい場所に変更したり、満足度調査や利用者の個別の聴き取りを実施する等、利用者がより意見を出しやすい環境を整え、調査結果や意見を管理者だけでなく職員全員で検証・改善等を行うことで利用者や家族の想いをサービスに反映することができると思います。また、意見や改善状況を法人の機関誌だけでなく施設内でも公表することも考えら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。

(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	2650180017
事業所名	ライブリィきぬかけ
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成27年2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) 毎年、年度当初に職員全員に理事長が法人の成り立ちや理念運営方針を徹底されていきました。2) 管理職者は理事会に参加し、施設内で毎月開催される管理委員会での協議内容を報告したり、また理事会の内容等を委員会を通じて職員に伝えておられました。			
(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。		B	B
	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) 法人としての中長期計画は立てられていましたが、施設の事業計画は単年度のものだけで中長期のものは確認できませんでした。単年度の計画は、施設の会議の中で検討され職員の意向も反映されていましたが、利用者のニーズを反映されていませんでした。4) 年間計画を策定するにあたり、各専門職ごとに年間目標を設定されており、その計画の達成状況を毎月の会議において確認されていました。			
(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組みを行っている。		B	B
	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。		B	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) 管理者は法令遵守の学習会等に参加されていましたが、法令等をリスト化する等職員が法令等の情報を把握できる体制は整えられていませんでした。6) 役職者の役割等を文書化して職員に明示し、職員のヒアリングも年2回以上実施されていましたが、管理者が自らの行動等を評価される仕組みはありませんでした。7) 法人及び施設に緊急時のマニュアルが分かりやすいところに備えられており、緊急時には管理者に連絡報告ができ又指示を仰ぐ体制になっていました。			

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
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) 法人に受験対策講座や資格取得支援体制があり、多くの職員が参加されていました。有資格者を積極的に採用されており、無資格者に対しては法人主催の初任者研修の受講を勧められていました。9) 施設内で学習会を毎月開催し、その内容は年度計画で職員に周知されていました。特に新人研修は1年間毎月テーマを変え研修があり、プリセプターの指導の下、丁寧に実施されていました。10) 実習は体制が整備されており、介護福祉士、看護師、理学療法士、作業療法士の実習を受けられていました。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	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	A
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇や時間外労働はデータとして管理され、また施設内の会議で負担軽減等について話し合われていました。認知症棟については2労働夜勤者に加え1労働夜勤者1名を加配し労働軽減に努力されていました。12) 法人が契約したNPO法人のメンタルヘルスカウンセリングを匿名性が保たれる形で受けることができ、その経費も法人が負担されていました。休憩するスペースも各フロア及びフロア以外にも設置され、広さも十分ありました。		
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		13) 法人の広報誌により運営方針等を広報されていました。また、地域の行事や清掃活動にも職員が地域住民として参加し、その中で地域の情報を聞き取っておられるようでした。14) 在宅サービスの利用者の家族向けの介護者教室を開催したり、今年から施設内にあるレストランで月1回法人全体でカフェを開催し居場所づくりを試みられていましたが、今はまだ集まって頂くことに主眼を置いておられ、その中で具体的な地域のニーズを把握することは今後行っていきたいとのことでした。		

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
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)パンフレットや運営規程の料金表は見やすいもので、理解しづらい方には担当者が説明用にわかりやすく作成した料金表を用いて説明されていました。		
(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)運営規程、重要事項説明書にてサービス内容を説明されており、判断能力の低い利用者については施設からの助言にて成年後見制度の利用を勧められるようになっていました。		

(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) 入所前の情報をもとに本人の希望や心身の状況を踏まえ多職種から事業所独自の照会シートという書式で意見を聞き、ケアマネジャーが初回のアセスメントを行い、その後1カ月、3カ月ごとにアセスメントを行われていました。18) 利用者の家族等の意向を反映してきめ細かく計画が策定され、ご家族も担当学会議に参加されており、参加の日程調整も幅広く行われていました。19) 計画策定にあたり各種専門職より意見照会シートで意見を求めそれに基づき策定されていました。20) 3カ月ごとのプラン評価時の「ニーズ充足・ニーズ一部充足・ニーズ不充足」の基準が曖昧でしたので、判断根拠を示せるようになるとより価値のある評価になると思われます。			

(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) 緊急入所システムの対象にならない地域包括支援センターや居宅介護支援事業所から依頼のあった虐待ケースなども積極的に受け入れるなど、受け皿としての役割を担っておられる点は評価できると思います。			

(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。	B	B
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) 業務マニュアルは整備されており、またサービスステーションの見やすいところに配置されていて、都度の見直しもされていましたが、定期的にはできていませんでした。あらかじめマニュアルを見直す時期と担当者を定めておくことで、変更の必要性の判断だけでなく定期的にマニュアルをチェックする機会を確保することができると思います。23) サービスの記録はパソコンに必要な情報が記録されており、パスワードで管理もされ、個人情報の保護の観点の研修は実施されていました。24) パソコン・システムでの日々の情報の共有化と、毎月開催されるグループ会議はほとんどの職員が参加されていますが、参加できない場合でも伝達事項ノートで伝達されていました。25) サービス担当者会議への家族への呼びかけと、3カ月に一度担当ケアワーカーより手書きの手紙で近況を報告されていました。			

(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) 感染症対応のマニュアルをサービスステーションに配置され、全職員を対象にした感染症に係る学習会を実施されていました。27) 施設内は整理整頓され排泄物の処理についてはビニールや新聞紙で包むなど臭気対策もされていました。			

(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。	B	B	
(評価機関コメント)		28) 会議の中で緊急時の対応について勉強会を実施され、新規採用時に普通救命講習を行われていました。29) 事故の発生予防の取り組みとして今年度から独自に「キラリハット」を導入し、職員の気づきの促進とモチベーションを維持向上しながら事故予防に取り組まれていました。30) 防災訓練は実施されていましたが、地域と連携した訓練は実施されていませんでした。地域との連携についてはこれからの課題であるとのことでした。現在地域とのつながりを深める取り組みを始められておられるとのこと、今後の取り組みに期待します。			

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	B	
	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) 人権や尊厳についての学習会や高齢者の権利擁護についての学習会を実施するなど高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供に努められていました。32) プライバシーの保護についても配慮されていましたが、ハード面でプライバシーの配慮に欠ける所が見られました。33) 利用者の決定については一部の医療行為（気管切開、I V H、在宅酸素等）が必要な利用者については一部相談とのことでしたが、受け入れが困難な場合には療養型の施設を紹介されていました。			
	(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	B	
	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) 意見等を聞くため広報誌にハガキを入れ送付しておられる等の工夫はされていましたが、意見箱の設置場所を少し職員から見えにくい場所にされるなど意見・要望・苦情等が言いやすい工夫が必要かと思えます。定期的な利用者への個別相談面接会は開催されておらずその時々話を聞いておられるようでした。35) 意見・要望・苦情等を法人の会報等で公開されていますが、具体的な内容までは公表されておらず、また施設内での公表はされていないようでした。36) 事業所の関係者以外の第三者委員は選任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	B	
	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) 満足度調査はデイケア以外では実施されておらず、今年度中に食事に関する満足度を調査する予定とのことでした。38) 法人内の介護部会において、介護の質の向上について、不適切なケアの検討等介護の見直しをする機会を設けられ、各専門会議で提案された議題を運営会議で検討し、常にケアの質の向上を追求できる仕組みを構築されていました。39) 年に2回の振り返りを行い次年度に生かしておられました。			