

# アドバイス・レポート

令和 2 年 4 月 8 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

令和 2 年 2 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ **ライフ・イン京都** ）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 生活の継続への支援</b></p> <p>昭和 6 1 年の一般棟の開設以来、利用者の状況の変化に応じて、グループホーム的な設えの「こすもす」と、介護サービスの専用棟である「ひまわり」の 2 棟の介護棟を整備され、元気な時から継続して入居できる施設として、高齢期の安心した生活を支えるサービスを展開されています。一般棟から介護棟への住み替えは、追加料金は設定されず、随時の住替適格者判定委員会による判定により適切に行われ、介護が必要になっても環境を大きく変えることなく馴染みの関係の中で住み慣れた生活を継続できる環境が整えられています。また、他施設で受入れ困難な認知症の利用者も受け入れられる等、質の高いサービスを提供され、ほとんどの利用者がターミナルまで施設で過ごされるとのことで、人生の最後のステージにあって、安心した生活・時間を過ごすことを可能とする支援が行われていることを確認致しました。</p> <p><b>2) 意思決定への支援</b></p> <p>体験入居は 3 カ月まで利用可能となっており、サービスを利用するにあたり、施設環境だけでなく、外出や外部資源の活用まで含めて自分の生活スタイル等に合わせた生活設計を確認してから入居に繋げることができる配慮をされていると思いました。また自ら意思決定が困難になった時に備え、元気な時から後見制度に繋げることを課題として取り組まれ、生活支援相談員により必要な時に手続きの支援を行ったり、司法書士と連携して月一回成年後見制度について個別の相談機会を設ける等、成年後見人制度の活用に力を入れておられ、任意後見制度を利用されている方もおられるとのことで、サービス利用前から要援護状態になった段階まで、一貫して利用者の立場に立って幅広く意思決定を支援する関わりをされていると思いました。</p> <p><b>3) 働きやすい労働環境の整備</b></p> <p>事業所内には、移乗・移動介助用の補助具など様々な、業者と検討の上事業所独自に工夫した介護機器を導入されていました。介護機器をせっかく導入しても煩雑さ等の理由で、現場で活用されなくなることも多い所、事業所では勉強会を実施して、介助動作時の介護機器の使用を職員間で徹底し、腰痛の予防に努められていました。また、業務を離れてゆっくり休憩できる職員休憩室を整備したり、ストレス対応に関しても、外部団体と契約して、月一回事業所カウンセラーが事業所を訪問して、職員がカウンセリングを受ける機会を設ける等、様々な形で職員が働きやすい職場環境の整備に努められて</p>
-----------------------------	---

	<p>います。その結果として、職員の定着率が高く、長く働き続けることができる環境を様々な形で整えられていることを確認致しました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1) 中・長期計画の策定</b></p> <p>事業所で、利用者・家族への生活満足度アンケート調査等により把握した利用者の意見・要望等を反映させて単年度の事業計画を策定されていますが、中・長期計画については、単年度計画の中に5年を目途とする程度の目標設定はされているものの、具体的な中・長期の計画としては策定されていませんでした。介護サービスを提供する事業者にとって、高齢者向けサービスの多様化や制度改正、人材確保の課題等、事業を取り巻く状況が様々なに変化する中で、安定した事業運営を維持し利用者へのサービスの質を維持するためにも、中・長期的な見通しを盛り込んだ計画を策定し、計画的に事業を運営していくことが一層必要となってくるのではないかと考えられます。</p> <p><b>2) 苦情解決の仕組みの明示</b></p> <p>事業所自体平成24年より社会福祉法人として運営され、社会福祉法人に求められる苦情解決の仕組みを整え、苦情対応の法人外の第三者委員も設けられていましたが、利用者向けの文書には、第三者委員が他の公的な苦情等の相談窓口と列挙されて記載されており、第三者委員に対する理解も含めて、利用者に分かりにくい記載と思われました。また、苦情受付担当者も全職員と理解されていましたが、実際サービスを提供する場面で直接苦情・要望等を聴き取る職員と、その報告を受けて必要な案件について苦情解決の仕組みに繋げる役割の苦情受付担当者の位置付けが明確ではありませんでした。事業所として適切に苦情に対応する仕組みを整えていることを利用者に伝え、より苦情等を引き出しやすくするために、苦情解決の仕組みや担当者を明確に伝える方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 個別援助計画の課題の表記</b></p> <p>情報収集の部分と、詳しい課題分析の部分で構成される事業所独自のアセスメント様式により定期的にあセスメントを実施し、利用者一人一人に丁寧に個別援助計画を作成されていますが、個別援助計画の課題の部分の記載が、利用者、家族の要望等をそれぞれ、実際におっしゃられたそのままの言葉で記載されており、計画の目標やサービス内容とのつながりが解りにくい表記になっていました。利用者や家族等の生の声そのまま課題やニーズを表現していない場合や、利用者と家族の要望が必ずしも一致しない場合も考えられます。課題・ニーズの部分は、利用者・家族の要望等も踏まえた上で、介護支援専門員が専門職として客観的に把握した事実を言語化した形で記載することが望まれます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 中・長期計画の策定</b></p> <p>新たな介護サービスや居住型のサービスの登場など介護サービスの利用者の選択肢の多様化や、増々深刻化する事が予想される人材確保の困難な状況等、事業を取り巻く状況が刻々変化していく中で、安定した事業運営を維持し、サービス利用者が安心して生活を継続できるサービスを提供するために、中・長期を見据えた計画の策定は不可欠と考えられます。例えば稼働率の目標設定をして、目標達成のために利用状況や事業所としての特徴的な取り組みや強み等を中心とした情報発信を計画的に行ったり、中・長期的に想定される職員の異動状況を見据えた人員配置や計画的な職員育成、施設整備や補修、費用を要する介護機器の導入など、単年度計画だけでは対応困難な内容を盛り込んだ中・長期的な計画を策定し計画的に取り組まれてははいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 苦情解決の仕組みの明示</b></p> <p>苦情相談窓口の明示とは別に、事業所内の苦情等を最終的に解決する「苦情解決責任者」、現場で聴き取る様々な苦情や要望等を集約し苦情解決の仕組みに繋げる「苦情受付担当者」、法人・事業所の関係者以外で客観的な立場で苦情に対応する「第三者委員」のそれぞれの役割や、苦情処理の流れ等、事業所としての苦情対応の仕組みを明示する文書を作成し、運営懇談会等の機会に改めて利用者に説明するとともに、掲示や重要事項説明書への記載等で発信されてははいかがでしょうか。事業所としての苦情への対応の仕組みを明示することにより、事業所の苦情等への対応への利用者の信頼を深め、より苦情を引き出しやすい状況が確保されると思います。</p> <p><b>3) 個別援助計画の課題の表記</b></p> <p>利用者や家族のそのままの言葉は、直接的に要望や希望を表す場合もあり、そのまま記載するメリットも少なくないと考えられますが、個別援助計画書の課題の欄には、利用者・家族の言葉だけでなく、身体状況や環境面など客観的な状況を踏まえて介護支援専門員が専門的な視点で把握した課題を記載した方が、課題に対応する目標やサービス内容との繋がりが明確になり、利用者・家族にも理解しやすいものと考えられます。事業所では、独自の様式に基づき詳しい情報収集の他、別紙で丁寧に課題分析を行われていますので、その結果を反映した内容で個別援助計画の課題を記載されては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)

※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	2674000704
事業所名	ライフ・イン京都
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	2020年2月14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) 施設の理念・運営方針は、職員の名札に入れて携行し、ロビーや各部署の詰所等に掲示もされています。年度初めに全職員を対象に基礎研修を実施し、その中でホーム長より理念・運営方針を確認する機会を持ち、利用者・家族には運営懇談会や運営状況説明会、広報誌等により理念・運営方針を周知されています。2) 法人の理事会の他、法人の各施設長による会議、事務長による会議等法人の各施設で横断的に意思決定の機会を持たれ、事業所内では管理運営会議、主任会議、各課のミーティング、各種委員会等により、組織的な意思決定を行われています。			
<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。	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) 毎年、利用者・家族に生活満足度調査を実施し、利用者ニーズを把握して事業計画にも反映されていますが、達成期間等を明確にした中・長期計画は策定されていませんでした。4) 毎年各部署で方針、重点目標を設定し、4半期毎に評価、見直しを行われています。			
<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) 各法令をまとめた冊子、有料老人ホーム協会発行の「法令通知ガイドブック」を各フロアに配置し、インターネットでも事業運営に関わる法令等を見ることができるようになっています。6) 毎年年度初めにホーム長による基礎研修を実施し、理念・運営方針、事業計画の説明、事業運営の目的、役割を表明されています。毎年職員面接を実施して要望等を確認し、各部署の主任以上との意見交換の場も持たれています。7) 管理者は、事業所内ではPHS、事業所外では業務用の携帯電話により、連絡できる体制を整えられています。日常的には介護ソフトを活用し、事業の実施状況を確認できるようにされています。			

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)		8) 無資格者でも幅広く採用し、入職後に、研修受講や、実務者講習等の資格取得の費用の補助、研修推進委員会による必要資格への勉強会実施等のサポート等、資格取得支援を行われています。9) 毎年年間研修計画を作成し、専門知識や技術について計画的に研修を実施されています。外部研修を活用して職位別研修にも取り組まれています。施設内外の研修参加について、独自の「研修パスポート」を作成し、継続的な研修参加の取り組みを進められています。10) 実習指導者研修を受講した職員を中心に、マニュアル等に基づき看護実習やインターンシップ等を受け入れられています。		
<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) 介護用の移乗・移動リフトやスライディングシート等の機器の導入を積極的に進められ、その結果腰痛対応が進んでいました。12) 外部の機関を活用してカウンセリングが受けられる仕組みが整備され、職員に周知されています。ハラスメントの相談窓口を設置し、主任以上を対象とした外部講師によるハラスメント研修も実施されています。休憩場所は、業務を離れゆっくり休憩できる場所が確保されています。		
<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)		13) 地域への情報提供を目的として、「こどもと一緒に介護の仕事体験イベント」を開催し、高齢者体験をして頂く等の取り組みをされています。14) 盆踊りや大文字の際は施設内に会場を設置し、地域住民に開放されています。学区の合同防災会に参加し、地域の防災訓練などの際も会場として開放されています。介護・医療・福祉の専門性を生かした地域向けの講演会を開催される等、施設機能を地域に還元されています。		

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	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、パンフレット、ホーム紹介ビデオ、季刊誌などを活用して事業所の情報提供を行われていました。体験入居については最長3カ月まで対応可能となっていました。		
<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) 入居時には重要事項説明書と契約書でサービス内容や費用負担について説明を行い同意を得られていました。入居後も外部団体による成年後見制度に関する個別相談会を毎月開催しておられました。		

(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) アセスメントは詳しい情報収集と課題分析の部分からなる独自の書式を活用し、医師、看護師、介護福祉士、管理栄養士など各専門職から情報を収集して行われていました。18) サービス担当者会議は家族や後見人の都合に合わせて開催され、参加率は80%を超えていました。個々の利用者・家族の希望を聞き取り計画書に反映されていることが確認できました。19) 施設サービス計画書とは別に、プランに沿った具体的な手順を定めた個別援助計画書として、介護職により「サービス指示書」を作成し、専門職より得た情報を反映させられていました。20) 計画書の見直しの時期・手順・変更については業務マニュアルに定められています。3カ月に一回モニタリングを実施し、定期的な見直し以外に入退院、住み替え、状態の変化があった際に見直しを行われていました。		
(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) 法人グループ内に総合病院があり、入退院や通院の際は相互に連携がとられています。施設内には診療所が併設されており、診療所医師は病院からの嘱託医でもあり細やかな連携が可能な体制が取られていました。		
(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	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) 業務マニュアルは毎年年度末に見直しを行い、各部署に設置されています。事故や苦情等が発生した際は事故原因などを分析・検討し、対応をマニュアルの変更に繋がっています。23) サービス提供に係る情報はパソコン・システムで管理し、記録の持ち出しは事業所内のみ限定されています。各委託業者との契約についても守秘義務が盛り込まれていました。24) 日報、朝・夕の全体での申し送り、夜勤帯への引継ぎで職員間の情報共有を図られています。更に月1回のフロアミーティングを実施し、議事録を作成し職員間で情報共有されています。25) サービス担当者会議やモニタリングの機会に家族との情報交換が行われています。任意後見人、任意後見受任者には、情報提供書を毎月送付されています。		
(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、毎年見直しを行われています。年2回、全職員向け研修を行い、感染症が発生した際の対応の実技訓練も実施されています。27) 施設内は、委託業者により清掃が行われ、月1回は委託業者と会議を行い、業務や現状の確認を行い、また業者と施設の職員と一緒に施設内を回り清掃状態等現状の確認をされています。		

(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) 緊急時対応マニュアルを整備し、年2回全職員を対象としてAED訓練を実施し、危険予知訓練等も実施されています。29) リスクマネジメント委員会を月1回開催し、事故原因や対応方法について検討されています。検討された後にはフロアミーティング、申し送りで定期的に評価や見直しを行い、事故の再発防止に努められています。		

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

#### 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	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) 高齢者虐待に関する勉強会を必須研修として年2回実施されています。人権擁護委員会が中心となり、高齢者虐待に繋がる不適切ケアを考えるために、「イラッとシート」「ほっこりシート」という名前のアンケートを実施して日頃のケアの振り返りを行われています。32) プライバシー保護に関する研修を行い職員の意識化に努められています。33) 入居の受け入れは各部署の責任者で構成される「住替適格者判定委員会」で検討をして、一般棟からの住み替えや外部からの新規の入居を適切に決定されています。				
(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。	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)		34) 運営懇談会、運営状況説明会で入居者の声を聴き取る機会を持たれています。また、新入居の方が10名程度になると「新しい出会いの会」を開催し入居後の不明点や意見を聴く機会を設けられています。35) 利用者アンケートを実施し、要望等の内容・対応は運営懇談会で回答されています。36) 第三者への相談機会として、市民オンブズマンを導入し、第三者により利用者の声を聴き取られています。第三者委員として、司法書士や自治会役員に依頼し、重要事項説明書への記載はありましたが、事業所内の掲示が解りにくく、また第三者委員の役割等も明確でなく、第三者委員の仕組みが活用しにくいように思われました。				
(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。	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)		37) 毎年満足度調査を行い、管理会議で分析・検討し、運営状況説明会で利用者に報告されています。職員に対しても調査回答を各部署に配布し分析結果は各フロアミーティングで周知し検討を行ってられました。38) 全国有料老人ホーム協会主催の事例研究発表会に毎年参加し事例発表を行い、また他施設の事例研修会に参加し他施設の取り組み等の情報収集と比較検討が行われています。39) 3年に1度全国有料老人ホーム協会評価事業と京都府第三者評価を受診年度をずらして交互に受診されています。受診の前には、サービス評価委員会を設置し受診に臨み、質の向上の努められています。				