

## アドバイス・レポート

2021年 3月26日

令和2年11月14日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 介護老人保健施設 ライブリィきぬかけ 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>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施</b>          法人で「介護職員のキャリアパス」を定め基準を示しています。法人の採用・教育部を中心に、法人内部研修計画を毎年策定して、新人職員研修や中途採用向けの研修、1年目～3年目の職員研修、新役責者研修等の階層別研修を実施しています。毎日10分のミーティングを行い、気づきや疑問の共有や必要な改善を実施しています。</p> <p><b>(通番14) 地域への貢献</b>          地域の大学生にボランティアとして手伝ってもらい、子ども食堂を開催しています。地域の社会福祉協議会が主催する「健康すこやか教室」に毎年、施設の理学療法士を派遣しています。事業所内のカフェを地域にも開放しています。</p> <p><b>(通番33) 利用者の決定方法</b>          優先入所基準として、介護で家庭崩壊しそうなケースや認知症ケアで対応が難しいケース等を掲げて、困難ケースを優先して受入れています。入所判定委員会を週1回開催して緊急ケースを優先的に受入れています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>(通番18) 利用者・家族の希望尊重</b>          利用者や家族の意向をもとに、個別援助計画書を作成して同意を得てサービス提供しています。入所1ヶ月目や3～6ヶ月に1回は他職種が参加するサービス担当者会議を実施していましたが、利用者本人や家族が参加できていないことも多数見受けられました。</p> <p><b>(通番22) 業務マニュアルの作成</b>          介護業務や食中毒発生時の対応、食事提供時の衛生管理等の各種マニュアルが作成されています。マニュアルの見直しは実施していますが、見直しにあたり、満足度調査分析や事故防止策等の具体案は反映されていませんでした。</p> <p><b>(通番37) 利用者満足度向上の取組み</b>          食事についての満足調査は毎年実施しています。サービスについての毎年の満足度調査は、通所リハビリテーションは実施していましたが、老人保健施設は実施されていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1980年代初頭に西陣の地を中心に「北・上京老人ホームをつくる会」が設立され、2,100名を超える人々の支援、協力を受けて、1985年7月に社会福祉法人七野会が設立されました。その翌年の特別養護老人ホーム開設以来、地域のニーズに応える形で事業展開されています。法人設立から35年以上が経過した現在は、入所事業、相談事業、在宅支援事業、地域密着事業等多岐に渡っており「住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けることを支援する」という、法人の基本理念が具現化された事業展開がなされています。</p> <p>今回の第三者評価受診の対象となった、「老人保健施設ライブリイキぬかけ」は、介護保険制度開始となった2000年4月に定員100名で開設されています。併設事業所として、短期入所療養介護（ショートステイ）、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションも実施し、施設入所者だけでなく、在宅利用者も支える施設としての役割を担っています。</p> <p>日々の介護実践の中では、社会福祉法人が運営する老人保健施設として何をすべきか、地域のために何ができるかを模索し、地域住民も利用できるカフェの併設や子ども食堂を行うなど、地域に開かれた取組みが実施されています。また、法人理念である「その人らしく生きる」ということの実践として、併設事業所で在宅生活を支援する取組みや、老人保健施設からの在宅復帰支援、医療的重度な方を最後まで施設で過ごせるような看取りケアの実施などが行われています。</p> <p>市民の要望や願いをもとに設立された社会福祉法人として、今後も地域のニーズに応えるべく、利用者にとってのより良い環境整備や介護サービスの提供を追及していかれることに期待します。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護業務や食中毒発生時対応等の各種マニュアルが作成され、マニュアルの見直しも実施されていましたが、見直しにあたり、満足度調査の分析や事故防止策等の具体案は反映されていませんでした。今後は見直しにあたり、事故防止策等の具体案を反映させては如何でしょうか。</li> <li>・サービスについての毎年の満足度調査は、通所リハビリテーションは実施していますが、老人保健施設は実施出来ていませんでした。サービスについての聞き取り内容を変えながら満足度調査を毎年行い、利用者へのサービス実践に活かされては如何でしょうか。</li> <li>・年度末の会議で課題を話し合い、次年度の計画に具体的な目標を掲げていましたが、自主点検以外の毎年の自己評価や3年に1回の第三者評価受診は実施できていませんでした。毎年、自主点検以外の自己評価を実施や、3年に1回の第三者評価受診は、職員間で定期的にサービス内容を確認する機会となると考えます。是非実施されることに期待します。</li> </ul>
------------------	--

※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	2650180017
事業所名	介護老人保健施設 ライブリティきぬかけ
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)	(介護予防)短期入所療養介護 (介護予防)通所リハビリテーション (介護予防)訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和2年11月25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
<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)法人の理念や運営方針は、パンフレットやホームページに掲載され、事業所内にも掲示されている。法人全体研修会や新人オリエンテーション等で職員に周知している。「理念の実現に向けて」の小冊子を作成し家族会等にも配布して周知している。 2)理事会、運営責任者会議などで方針が定められ、現場に発信されている。階層別、職種別の会議を実施し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。キャリアパスに連動した、等級基準書で各職員の役割や権限を明確にしている。			
<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共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)地域のニーズを予測しながら法人の中・長期計画が策定されている。現場職員の会議で集約された意見を課題として解決に向けて取り組んでいる。夏祭りを各階に分かれて実施したい等の職員の意見を聞きながら行事なども実施している。 4)事業計画とは別に、各職種や部門ごとに年間目標を立案して取り組んでいる。看護、介護、栄養、リハビリ等の各部門の課題を盛り込んだ計画策定し、解決に向けて取り組んでいる。四半期毎に課題の達成状況を確認し、法人全体で共有し課題解決に向けて取り組んでいる。			
<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)管理者は法令関係の勉強会や外部研修に参加し、必要に応じて職員に周知している。関係法令をリスト化し、すぐに調べられる体制を整備している。毎月の学習会の中でも関係法令について周知している。 6)キャリアパスの求められる人物像の中で管理者の役割が明確にされている。管理者は毎年のヒアリングで職員の意見を聞いている。採用教育部門が職員研修の中で、職員に対して上司についての評価を聞き取っている。 7)管理者は毎朝の朝礼や日誌、会議等を通して現場の状況を把握している。管理者は携帯電話で連絡できる体制を取り、必要に応じて指示をしている。			

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) 法人で「介護職員のキャリアパス」を定め基準を示している。法人として、介護人材の実務者研修や介護福祉士受験対策講座等を開催し、職員の資格取得を推奨している。 9) 法人の採用・教育部を中心に、法人内部研修計画を毎年策定して、新人職員研修や中途採用向けの研修、1年目～3年目の職員研修、新役責者研修等の階層別研修を実施している。毎日10分のミーティングを行い、気づきや疑問の共有や必要な改善を実施している。 10) 法人全体で社会福祉士や看護師養成校の実習生を受入れ、実習生の受入れマニュアルや実習担当職員マニュアル等も整備している。		
<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	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) 育児・介護休業規定やセクハラ防止規定等が整備し、昨年度も職員1名が育児休業を取得している実績がある。毎年の面談で職員の意見や希望を聞いている。職員の腰痛防止のためにリフターやスライディングボードを整備している。 12) メンタルサポートを専門とする事業者と契約して毎年のストレスチェックを実施したり、職員が相談や無料カウンセリングを受けられる体制を整備している。施設内の一角に運動器具を設置してリフレッシュできるようにしている。休憩室も広く、施設内の空いているスペースでゆっくりできるように環境を整備している。		
<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) 今年は、コロナ禍で実施出来ていないが、1階のレストランでのカフェで利用者と地域住民が交流したり、毎年懇親会を実施している。地域住民や家族等への参加を呼びかけて、事業報告会を毎年実施している。法人としてホームページの開設や広報誌「なの」を通じて情報提供している。 14) 地域の大学生にボランティアとして手伝ってもらい、子ども食堂を開催している。地域の社会福祉協議会が主催する「健康すこやか教室」に毎年、施設の理学療法士を派遣している。事業所内のカフェを地域にも開放している。		

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) ホームページやパンフレット等で情報提供している。希望に応じて随時相談に対応している。現在はコロナ禍で施設見学は難しいが、写真等で見てもらうようにしている。			
<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、利用者にわ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) 利用開始前に事業所のサービス内容やわかりやすい料金表を作成して料金説明を実施している。契約時は重要事項説明書等で説明し、本人が判断できない場合は、家族や成年後見人に説明して同意を得ている。			
<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。	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) 多職種で協働しながら利用者の状態を把握し、3か月ごとにアセスメントを実施している。多職種が集まる会議で話し合い、利用者の状況確認や必要なケア・今後の支援について話し合っている。 18) 利用者や家族の意向をもとに、個別援助計画書を作成して同意を得てサービス提供している。入所1ヶ月目や3～6か月に1回は他職種が参加するサービス担当者会議を実施しているが、利用者本人や家族が参加できていないことも多い。 19) 3～6か月に1回のサービス担当者会議を実施し、参加できない場合は照会用紙を用いて各専門職から意見集約して、個別援助計画書を作成している。入所時には診療情報提供書等を入手し、専門家からの意見を聴取している。 20) ケア記録や介護職員から日々の状態を聞き取り、3か月に1回はモニタリングを実施して個別援助計画を見直ししている。介護職にモニタリングを行い、個別援助計画の達成度は毎月確認している。			
<b>(4)関係者との連携</b>						
	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) 入所時や退所時は主治医やケアマネジャーと連携している。利用者の入退院時は情報提供書で医師同士のやり取りを実施している。			

(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。	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	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) 介護業務や食中毒発生時対応、食事提供時の衛生管理等の各種マニュアルが作成されている。マニュアルの見直しは実施しているが、見直しにあたり、満足度調査分析や事故防止策等の具体案は反映されていない。 23) 利用者一人ひとりの記録を整備してサービス提供状況を記録している。個人情報保護については、新人研修で周知している。個人情報保護に関する規程を整備して、記録の保存や廃棄等に関するルールを定めている。 24) 各フロアで毎日実施する多職種が集まるミーティングや定期的な担当者会議等で利用者の状況を確認し、支援について話し合っている。職種ごとに申し送りを実施し、伝達版等も活用しながら全職員がわかるように工夫している。 25) 面会時の会話や担当者会議後の電話での状況報告等で家族と情報を共有している。必要に応じて、家族の意向を確認する面談を実施している。3か月に1回、介護職員が近況報告書を作成し、写真等と一緒に家族に送付している。		
(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等の作成により、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	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) 感染症予防、感染症対応、感染症蔓延防止等のマニュアルを策定し、感染症予防対策委員会を毎月開催している。食中毒と感染症についての学習会を年2回開催したり、「感染対策ニュース」を作成して各部門に掲示する等して職員に周知している。 27) 共用フロアは外部業者に委託し清掃、居室は職員で分担して清掃し、事業所内は清潔に保たれている。ポータブルトイレの消毒・清掃も毎日実施している。空気清浄機を設置したり、排泄物のゴミはすぐ外に出すなどして臭気対策にも気を配っている。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) 毎月の各部門会議の中でもリスクマネジメントについての話し合いを実施している。毎年、AED講習会の開催や転倒時や緊急時の対応についての学習会を実施している。緊急連絡網を整備し、緊急時の指揮命令系統を明らかにしている。 29) 事故がおきそうなことに前もって周知する「きりりはっ」と「ヒヤリハット」等の報告書を活用し、会議等で話し合いを行っている。毎月リスクマネジメント委員会を開催し、事故の検証を行ったり、各フロアで話し合った対策や改善内容を確認、検証している。 30) 夜間想定も含めた避難訓練を年2回実施している。火災や災害時対応のマニュアルを作成し、災害時の食事提供方法等の訓練を実施している。		

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)		<p>31) 利用者の人権尊重については、理念や運営方針、各種規程等で明確にすると共に、法人の職員倫理規定にも明記している。職員に人権学習会の開催や「虐待の芽チェックシート」を実施して、人権への意識を確認している。</p> <p>32) 会議や日々のミーティングで羞恥心への配慮や他者に見えないように介護する工夫を話し合いながら支援している。多床室でも区切られて空間になるように、各居室にプライベートカーテンフックをつけてプライバシーへの配慮をしている。</p> <p>33) 優先入所基準として、介護で家庭崩壊しそうなケースや認知症ケアで対応が難しいケース等を掲げて、困難ケースを優先して受入れている。入所判定委員会を週1回開催して緊急ケースを優先的に受入れている。受入れが難しい場合は他の施設や病院、他事業所を紹介している。</p>		
<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)		<p>34) 法人全体の取組みとして、各事業所内に意見箱を設置したり、利用者全員に「ご意見はがき」を配布し、意見や苦情等を受付けている。ケアマネジャー等が定期的に利用者への個別面談で意見を聞き取ったり、利用者が他職種に相談できる環境が整備されている。</p> <p>35) 日々のミーティングや毎月の会議等で意見や要望を共有し、対応方法を協議している。苦情についてはリスクマネジメント委員会の中で話し合っている。法人の第三者委員会で、報告された意見や苦情等の内容について検証している。</p> <p>36) 重要事項説明書に公的機関の窓口を記載している。法人内部に第三者委員を設置して、入所時にも関係書類を配布したり、事業所内でも委員の氏名や連絡先を掲示している。施設内に介護相談員等の外部人材を受け入れが出来ていない。</p>		
<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。	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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>37) 食事についての満足調査は毎年実施している。サービスについての毎年の満足度調査は、通所リハビリテーションは実施しているが、老人保健施設は出来ていない。</p> <p>38) フロアごとに職員にアンケートを実施して改善策を話し合う業務改善委員会を開催し、サービス内容の改善について話し合っている。京都府内の老人保健施設とのブロック会議等の専門部会に参加して、他の事業所の取組みを情報収集している。</p> <p>39) 第三者評価を行う担当者等を設置し、サービス内容についての課題を明確にしている。年度末に会議で課題を話し合い、次年度の計画に具体的な目標を掲げている。自主点検以外の毎年の自己評価や3年に1回の第三者評価受診は出来ていない。</p>		