

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 2 年 6 月 3 0 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

令和元年 2 月 13 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「特別養護老人ホーム うずまさ共生の郷」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<br/>(※)</p> | <p><b>(通番 1) 理念の周知と実践</b></p> <p>3 年前の施設開設時の理念を簡潔にしたいという職員意見を聴き、2020 年 1 月に、それまでの理念を見直し、「理念」「主旨」「行動指針」に落とし込むことで、より具体的にわかりやすいものになっています。また、理念浸透のための研修や施設長からの講話など、様々な取組みを行っています。法人としての「基本ケアガイドライン」の作成についても理念浸透の具体的手段として評価できます。</p> <p><b>(通番 8) 質の高い人材の確保</b></p> <p><b>(通番 11) 労働環境への配慮</b></p> <p>組織図には有資格者をカラー表示するなど、有資格者の配置や比率をわかりやすく表現しています。また有資格者を優先して採用するだけでなく、資格取得への費用貸付制度と返還免除規程を設けるなど、資格取得支援の体制も整備しています。子育て世代の働きやすい環境作りの一環として、有給休暇を時間換算し 1 時間単位で取得できるようにしており、職員からも好評を得ています。</p> <p><b>(通番 29) 事故の再発防止等</b></p> <p>「事故」と「ヒヤリハット」の区分を定義付けし、起きた事象について職員が迷わない配慮がされています。事故発生時の対応マニュアルや連絡体制も整備されています。また事故が発生した際は、事故報告書が速やかに作成・回覧され、必要に応じて上長からの差し戻しやアドバイスがなされています。</p> |
|-----------------------------|--|

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>（通番 3） 事業計画等の策定</b><br/>         単年度の事業計画及びその報告については毎年度行われてはいるものの、3～5年の中長期事業計画の策定がなされていません。刻々と変化する社会環境や制度、また地域福祉の在り方など、長期的に取り組む課題を明確にし、単年度の計画に落とし込んでいく必要があります。</p> <p><b>（通番 10） 実習生の受入れ</b><br/>         これまでのところ実習生やインターンシップの受入れ実績はありません。受入れの広報活動や学校等との連携を取り、広く介護・福祉人材を育成する取組みへの検討も必要であると考えます。そのためにも受入れのための方針やマニュアルの策定を行うことが望まれます。</p> <p><b>（通番 37） 利用者満足度の向上の取組み</b><br/>         開設丸3年になりますが、これまで入居者や家族に対する満足度等についての調査が行われていません。本年度、新たにサービス向上委員会を設置し、この取組みを行うことが計画されています。入居者・家族との日頃の関わりからの良好な関係作りだけでなく、より良いサービスを提供するために敢えて苦情や要望を掘り起こすための活動は必要であると考えます。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p><b>（通番 3） 事業計画等の策定</b><br/>         介護保険制度をはじめ、入居者や家族の年代や習慣、考え方などが刻々と変化する環境下で長期視点を以て事業運営を行うことは、社会福祉法人としての責務であると考えます。具体的な数字を含めた、中長期事業計画を策定するとともに、その振り返りを行い、事業運営のPDCAサイクルを構築されることが望まれます。</p> <p><b>（通番 10） 実習生の受入れ</b><br/>         実習生やインターンシップ受入れは、長期視点での福祉人材の育成につながります。まずは学校との連携や、新卒の採用活動時の実習生受入れの広報を行うなどの取組みをされてはいかがでしょうか。またそのためにも、実習生等の受入れ姿勢の明確化と、マニュアルの整備が必要です。</p> <p><b>（通番 37） 利用者満足度の向上の取組み</b><br/>         既に本年度内の取組みとして計画されていますが、アンケートの内容やその公表方法を、翌年度の実施や歴年の比較を視野に検討されることをお勧めします。</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)

※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                    | 2670701891                   |
| 事業所名                     | 特別養護老人ホーム うずまさ共生の郷           |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 介護老人福祉施設                     |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 短期入所生活介護                     |
| 訪問調査実施日                  | 令和2年6月15日                    |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>あい・ライフサポートシステムズ |

| 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。  | B    | B     |
|                         | (評価機関コメント)     |     |    | 法人基本理念は、パンフレットや重要事項説明書の表紙に掲載されているほか、施設玄関や各ユニットフロアに法人基本理念・運営方針が掲示され、入居者・家族への周知がされています。また年度初めには、施設長により理念についての研修が行われ、さらに会議や委員会の前には必ず理念の唱和を行い、職員への理念の浸透を図っています。現在の理念は、運営会議での議論をもとに、2019年12月の法人理事会・評議員会において、法人基本理念の見直しと行動指針の制定が行われたものです。理事会は年4回開催されており、その内容は運営会議（施設長・副施設長×2・総務課長）を経て各ユニットへ落とし込みが行われています。また月1回のユニットリーダー会議・フロアリーダー会議での課題については運営会議で話し合わせ、必要に応じて理事会まで上げられるようになっており、職員の意見が反映される仕組みとなっています。運営規程に職務分掌が明記され、役割については明確になっていますが、職務権限を明確にするまでには至っていません。 |      |       |
| <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    | B     |
|                         | (評価機関コメント)     |     |    | 単年度の事業計画については、ユニットリーダー会議・フロアリーダー会議で職員の意見や課題の現状把握を行い、運営会議において事業目標を設定していますが、具体的な数値化や期日設定を行うまでには至っていません。また単年度の事業計画は策定されていますが、中・長期計画を策定することが課題となっています。重点的な取り組みとして、「うずまさ共生の郷 10の改革2019」を設定し、現在、課題解決に向け、取り組みを行っています。また各ユニットでは、年間・月間の目標を掲げ、ユニット入口に掲示する取り組みも行っていきます。今後は、介護職のみならず、看護師・管理栄養士・介護支援専門員・相談員など、各職種や部門ごとの課題を明確にし、計画策定されることが望まれます。  |      |       |

| (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)          |   | <p>施設長が外部研修を受講し、職員へ法令遵守に関する研修を行い、各職種が学ぶ機会を設けています。また副施設長が集団指導へ参加し、介護保険法関連の情報を収集するとともに、事務所内には「介護保険サービス事業者等集団指導資料」を常に設置し、職員がいつでも確認できるようにしていますが、各種法令をリスト化するまでには至っていません。</p> <p>施設長の役割については、職務分掌により確認することができました。施設長はユニットリーダー会議に出席し、職員の意見等を直接聞く機会としています。また職員用の意見箱の設置や年2回の面談を実施しており、積極的に職員の意見を聞く取り組みがなされていることが、職員ヒアリングからも確認できました。しかし施設長を含む役職者が、職員からどう評価されているかなどを確認・見直しができる仕組みを構築するまでには至っていません。</p> <p>緊急連絡網、緊急時対応マニュアルが整備され、年に1度マニュアルの見直しが行われています。また緊急連絡網においてはユニットリーダー・フロアリーダー・副施設長・施設長へと、速やかに連絡できる体制となっています。事故が発生した際は、速やかに事故報告書を提出し副施設長・施設長へ報告され、事故原因・改善策が検討される仕組みとなっています。</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>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。  | B    | 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。  | B    | 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。   | C    | C     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | <p>教育研修委員会により受講する外部研修を検討することや、様々な外部研修の案内が職員掲示板で告知され、職員自らが受講したい研修を希望できるようになっています。採用活動は積極的に行われており、職員からの紹介制度も設けています。また無資格者支援として「実務者研修受講資金貸付制度」を設け、貸付及び返還免除が規定されていることが実施要綱により確認することができました。さらに施設長により「介護福祉士受験対策講座」を個別開催するなど資格取得に向けての取り組みが行われています。</p> <p>新人職員に対しては、採用研修として施設基本理念や法定研修が行われています。またユニット配属後は新人職員を的確に指導できるようプリセプターによってOJTが行われており、プリセプター職員による毎日の指導記録、また新人職員による入職者研修記録により副施設長がスーパーバイザーとして指導できる仕組みとなっています。またプリセプターとなる職員へのプリセプター研修も設けられており、積極的に職員の育成に取り組んでいます。</p> <p>地元中学生のチャレンジ体験の受け入れは行っていますが、実習生やインターンシップの受け入れは行っておりません。実習生等の受け入れは行いたいとのことから、今後「実習生受け入れマニュアル」の整備や実習指導者研修の受講など、受け入れ準備及び体制の整備が求められるところです。</p> |      |       |

|                    |    |  |   |   |
|--------------------|----|--|---|---|
| <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。  | 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)         |    | <p>有給休暇は適切に管理され、残日数は給料明細により職員が把握できるようになっています。また有給休暇は1時間単位で取得できるようになっており、職員からも好評を得ています。職員の就業に対する意向は、年2回の面談以外にも、何かあれば常に相談できる環境となっており、可能な限り希望に添えるよう配慮されています。また対象職員へは育児休業・介護休業なども取得できる体制となっています。さらには、年2回の健康診断の際に腰痛診断を実施しています。腰痛予防としては、職員の負担軽減となるよう浴室天井走行リフトや、スライディングボード等が導入されています。</p> <p>メンタルヘルス維持のため、年1回ストレスチェックを実施し、高ストレス者への産業医面談の実施、また必要に応じて産業医へ相談ができる体制となっています。休憩室として十分な確保はありませんが、スタッフルームにソファベッドや、1階の地域交流スペースを開放するなど配慮がなされています。各種ハラスメントについても就業規則に規定し、その防止に努めています。</p> |   |   |
| <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。   | 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)         |    | <p>ホームページの充実や、パンフレット・3ヶ月ごとに発行する「うずまさ共生の郷便り」などにより施設の情報を発信しています。また施設前のバス停掲示板に広報誌などを掲示することにより、地域へ事業所を理解してもらう活動となっています。さらに、施設長による定期的なブログ発信により、施設内での入居者の様子がより一層伝わり、事業所の透明性が窺われました。情報の公表制度の内容を地域や家族等に向けて発信する取り組みに期待するところです。</p> <p>地域の福祉避難所となっており、男女共同参画センターと協力した地域交流事業として、地域住民に向けた「避難場所設営体験講座」により避難所でのテントや簡易トイレの設営や非常食体験を行っています。また認知症サポーター養成講座などを開催し、地域との関わりについて積極的に取り組んでいます。施設の地域交流スペースを、地域の交通安全会議に使用してもらうなどの取り組みもあります。</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>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。   | B    | A     |
|                       | (評価機関コメント)  |     |    | 原則として見学は要予約としていますが、突然の見学希望にも柔軟に対応しています。料金表をホームページ等で公表するまでには至っていませんが、パンフレットと別紙の料金表をもとに見学者への丁寧な説明が行われています。                             |      |       |
| <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)  |     |    | 各種加算や保険外サービスの費用を重要事項説明書に記載し、本人及び家族等の同意を得ています。また現在のところ対象となられた方はいませんが、入居中に権利擁護等の制度利用が必要になった場合も想定し、成年後見人制度のパンフレットを受付に置き、家族等への周知を行っています。 |      |       |

(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。   | B | B |
| (評価機関コメント)   |    | <p>介護ソフトにある「フェイスシート」を活用し、ADLや過去の生活歴など集約したアセスメントが実施されています。長期目標を1年、短期目標を6ヶ月に設定し、介護計画の見直しの都度、再アセスメントが行われています。</p> <p>カンファレンス（担当者会議）には、本人や家族は参加していないものの、面会時の家族聴き取りや、入居者との日頃の関わりの中で、意向の確認が行われています。介護計画の長期目標は1年、短期目標は6ヶ月に設定し、短期目標の期間に合わせてモニタリングが実施されています。</p> <p>介護計画の策定・見直しに当たっては、介護職員のほか、看護師・栄養士・機能訓練指導員等が参加し、多面的に検討が行われています。必要に応じて医師の意見を聞き計画に活かしています。</p> <p>介護計画の短期目標の期間（6ヶ月）に合わせて、居室担当職員がモニタリングを実施し、施設ケアマネへの報告とカンファレンスにより、計画の見直しの必要性が検討されています。状態変化があった際には都度見直しが行われています。モニタリングは、短期目標の達成状況だけでなく、それを達成するためのサービス実施の有無まで行われています。見直しを行うための基準が書面化されるまでには至っていません。</p> |   |   |

(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。   | B | B |
| (評価機関コメント) |    | <p>入院時の看護サマリーの提供、退院時のカンファレンス参加など、強い連携体制を以て入居者の支援を行っています。また例は少ないですが、難病対応についても関係機関及び職員との情報共有により、必要な支援につなげています。協力医療機関は6ヶ所あり、嘱託医とも連携しながら必要な医療環境を整えています。</p> |   |   |

(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 | B |
| 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。  | B | A |
| (評価機関コメント)        |    | <p>「基本ケアガイドライン」（排泄や入浴といった主要なケア項目に関する法人としての考え方を定めたもの）の作成を始めており、未だ途中ではあるものの、ケアへの取り組み姿勢や品質を高めていく基準になるものと推測されます。各種マニュアルは整備されており、委員会によって年に一度の見直しが行われていますが、マニュアルの内容に基づいたケアの提供がなされているかをチェックする仕組みまでは構築されていません。</p> <p>基本的に、介護計画や支援経過記録等については介護ソフトを使用しており、持ち出し等はできない環境にあります。全ての記録類が電子化されているわけではないため、破棄や提供の際の規定の整備は必要であると考えます。介護計画のサービス内容には、#1-1のように採番がされており、計画に基づくサービス提供と記録ができるよう工夫されています。</p> <p>毎月のユニット会議で担当職員から一人ひとりの入居者の状態報告があり、必要に応じてケースカンファレンスを開催し、最長でも3ヶ月毎に介護計画の見直しの必要性があるかを検討しています。日々の職員間の情報共有は、申し送りノートを活用し、勤務交代時は申し送りをノート内容の確認を行っています。</p> <p>面会時には直接口頭の様子を伝えることを旨とし、面会の少ない家族へもホームから電話で様子を伝えるようにしています。また居室担当者からカードタイプのお便りを送るなどの取り組みも行っていきます。</p> |   |   |

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| (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。  | B | 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) |    | 各種感染症に関するマニュアルを定め、入職時及び年間研修計画に基づく研修を年2回実施しています。研修は座学だけでなく、看護師による吐しゃ物の処理についてのロールプレイングも全職員に対して実施しています。<br>清掃は外部委託はせず、介護職員及び環境職員によって実施されています。居室は介護職員、ホール・浴室・トイレは環境職員といった役割分担も明確にされています。臭気対策としては汚物の処理方法の徹底や換気、脱臭機の使用などを行なっています。  |   |   |
| (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。   | 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 |
| 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) |    | 事故や緊急時の対応は、マニュアルを作成するとともにフローチャート化したものを周知することにより、全職員が緊急時にも対応ができるようにしています。また、事故とヒヤリハットの区分を明確にすることにより、個人判断で事故をヒヤリハット扱いにするような事がないよう定義付けを行っています。年間研修計画に定められた年2回のリスクマネジメント研修も実施されています。<br>発生した事故は速やかに報告されると共に、事故報告書により原因や再発防止が話し合わせられ閲覧されています。再発防止策等について上長の判断により差し戻されることもあり、管理職による再発防止策の適切化への取組みも行われています。<br>消防署と協力をした火災訓練が年2回実施され、内1回は夜間想定での実施となっています。災害時の対応マニュアルの原案が作成されており、防災委員会によって見直し及び作成が進んでいます。備蓄食品は90名×3日分を備蓄していますが、福祉避難所である事から再検討が必要であるとの認識をしています。災害発生時の対応等について、地域との連携が課題となっています。 |   |   |

| 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>IV利用者保護の観点</b> |            |     |   |      |      |       |
| (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。   | B    | 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) |     | 法人理念、行動指針の中に「人権」「意思の尊重」を謳い、その実践として聴覚障がいを持つ方に対応したユニットの運営や、障がいを持つ職員の採用にも力を入れています。「身体拘束廃止委員会」「虐待防止委員会」が設置され、今年度も「身体拘束・虐待防止」「法令遵守」の研修が3回予定されています。過去の不適切ケアの事例・入居者家族からのクレーム対応等について、その記録・分析・検証を行い、施設全体としての共有事項として改善に努めています。<br>「人権」「プライバシー保護」等の研修が年間計画として実施され、入居者の人権や尊厳に配慮をしたケアの実践につなげています。入浴時の同性介助や入居者の個室における排泄介助にもプライバシー保護の配慮がなされています。また基本ケアガイドラインを作成（途中）し、法人としてのケアの在り方を周知しています。<br>現在多くの待機者がおられ、「入居判定委員会」により入居者受入れの検討が行われています。これまで入居を断ったケースはなく、重度の医療行為の必要な方は居宅事務所のケアマネジャーと相談し必要な支援につなげています。 |      |      |       |

(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。   | 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)            |    | <p>苦情対応委員会・サービス向上委員会（2020年より）が設置され、入居者やその家族から出された苦情や要望に対しては、積極的に対応する仕組みはできているものの、定期的な満足度調査を行うまでには至っていません。また一般的な相談や要望の他、苦情への対応はユニットリーダーや生活相談員等複数の職種の職員が担っており、その内容や対応は介護ソフトに記録し共有され改善につなげています。</p> <p>入居者からの苦情や要望については、速やかに施設長への報告がなされると共に、介護ソフトで共有されています。また対応については、開設時より設置されている苦情対応委員会で検討及び改善が図られています。意見や苦情が匿名でなされた場合には、匿名性に配慮しての対応を徹底しています。</p> <p>各種の意見・要望・苦情に対する「施設内の対応窓口」や「施設外の公的機関の相談窓口」についても、施設内の見やすい場所への掲示、重要事項説明書への明記と口述説明があり、いつでも入居者や家族がその窓口で相談ができるよう配慮していますが、外部人材による相談機会を作るまでには至っていません。苦情があった際は、苦情報告書を作成し、その内容と対応についてのチェックが行われています。</p> |   |   |

(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。   | C | C |
| 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。   | C | B |
| 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。   | C | B |
| (評価機関コメント)    |    | <p>開設時から、サービス提供過程での「要望・苦情等」に対応する仕組みは構築されており、その経過記録もありますが、入居者やその家族に対するアンケート調査などは、昨年度までは行われていませんでした。その対策を今年度の重要取り組みの一つとし、年度中のアンケート調査を実施し、施設のサービスのレベルや満足度を検証する予定です。</p> <p>2020年4月に、提供しているサービスの「質」と「入居者の満足度」を調査・検証するために、「サービス向上委員会」を設置しました。その委員会が主体となって、アンケート調査形式による初めての満足度調査を今年の9月に計画しています。今般の新型コロナウイルスへの対応で家族面会が禁止になっている中、入居者家族宛に「施設からのお知らせ」と一緒に「入居者の今の状況を知らせるスナップ写真」を郵送したところ、多くの家族から、感謝・お礼・励まし等のメッセージが返送されてきています。</p> <p>サービスの質向上として「スキルアップ」「理念の実践と行動指針に基づいたケアの取り組み」に重点を置き、各種研修や資格取得を奨励する取り組みが法人として行われています。そして、事業所の空気感をより良くすることで入居者とその家族により安心感を持ってもらうために、事業所の玄関入口付近に「職員同士で仲間をほめる一言」が張り出され、来訪者もそれを見るとホッとするような工夫がなされています。また施設の随所に大小の「一筆を添えた絵」が掛けられて、気持ちが和む様な壁面の設えもされています。</p> |   |   |