

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 10 月 19 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 5 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設フェアウィンドきの）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>「医療法人稲門会 介護老人保健施設フェアウィンドきの」は平成 18 年 4 月に開設されました。1 階は通所リハビリテーション（定員 55 名）、2 階は在宅復帰とショート的生活支援（50 床）、3 階は中重度の療養支援（50 床）、他に訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業を展開しています。</p> <p>施設理念は「・利用者様の自立を支援し家庭への復帰を目指します・明るい家庭的な雰囲気をもって地域との関りを深め地域から要望され、活用される施設を目指します」、看護・介護理念は「・私達は人としての尊厳を尊重します・私達は一日を大切に家庭的な援助を行います・私達は人間同士の心のふれあいを大切にします・私達は専門職として常に可能性を追求します」と掲げています。</p> <p>2 階フロアの一角にミニリハビリテーションコーナーがあります。前回の第三者評価を受けた際、調査員より空きスペースの活用に助言があり整備されました。手すりに沿い各種トレーニングプログラムを貼り、新聞、トランプ、折り紙、脳トレーニングメニュー（計算、漢字、なにが見える？など週 1 回の更新）のプリントなどがおかれています。脳トレーニングは利用者に人気です。利用者が自主的にトレーニングに励めるように、職員の創意工夫による楽しみも取り入れたメニューが有効に活用されています。</p> <p>当施設は多職種協働（医師、介護職、介護支援専門員、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、支援相談員、薬剤師、栄養士、事務職など）でサービスの提供をおこなっています。顧客満足度調査では、利用者（家族）から感謝の言葉が多く寄せられています。</p> <p>○人材育成</p> <p>職員の研修は、「教育委員会」を設置して、キャリアアップ初任者・中堅・リーダー研修、スーパーバイザー養成研修など、外部研修も取り入れ計画し実施しています。新型コロナウイルス禍ではウェブ勉強会も実施しています。</p> |
|------------------------|--|

| | |
|----------------------------------|---|
| | <p>特に、新入職員には「プリセプター研修制度」があり、チェックリストに沿った技術指導と、プリセプティ自己評価とプリセプターから指導評価が定期的におこなわれ、1年をかけて新人育成をおこなっています。各フロアでは自主的に「ミニ勉強会」を開催し、互いに学びあう姿勢があります。施設全体で人材育成に取り組まれたことで、平成28年の離職率が26%だったところが、令和元年には離職率が5%台まで減少しています。</p> <p>○職員の意向の反映 職員は各部署の会議や委員会の他に、意向（意見・要望・苦情）を表出する機会は多くあります。各部署の単年度事業計画は、主任・副主任を中心に各職員の意見を聞き策定しています。個人面談は年2～3回あり、その時にも個人目標の進捗状況や施設運営についての意向なども述べています。事務長が管理している職員用の意見箱も設置しており職員は利用しています。施設は、職員が意向を出しやすく風通しの良い環境を提供し、運営につなげています。</p> <p>○地域とのつながりと貢献 施設理念で表明している通り、地域との関わりを深める実践をされています。施設の最大のイベントである「けやき祭り」では、施設の中庭を会場とし、屋台やボランティアの吹奏楽の催しをおこない、利用者、家族、地域の方など、250人～300人の参加があり、交流が図られています。また、介護相談のブースを設け地域の方の相談に応じています。岩倉地域包括支援センターや児童館が開催する「認知症サポーター養成講座」に講師を派遣し、施設内での芋掘りには保育園児を招待しています。地域にある高校や保育園とは、災害時の応急処置の協力に対する協定をはじめ、幡枝自治会とは自主防災協定、京都市と福祉避難所協定を締結しています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>○理念の外部への周知 施設の理念、施設方針は、ホームページに明示して、施設のエントランスの見やすい場所にも掲示されています。しかし、より多くの人々に施設の理念や方針を理解してもらうためには、パンフレットや季刊誌にも施設理念、施設方針を記載されたらいかがでしょうか。</p> <p>○個別援助計画の充実 個別援助計画は多くの職種の職員が関わり作成して展開しています。その中で目標のイメージが描きにくい記載やサービス内容に個別性や具体策がやや乏しい、モニタリングの根拠が見えにくいなどの点について課題がみられます。</p> <p>○意見・要望・苦情の公表</p> |

| | |
|------------------|--|
| | <p>顧客満足度調査、家族面会時、イベントの開催時、意見箱の設置など、意見・要望・苦情を聞く機会は多く設け速やかな対応をおこない、記録に残し各種会議で改善策を検討しています。苦情の改善内容はエントランスホールに掲示し公開しています。しかし、意見・要望の公開はなされていませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>○個別援助計画の充実</p> <p>介護課題は、入所時には多くの情報を収集しますが、その中で介護士が他職種の協力も得て介護介入して予防、解決、緩和し得る課題であることは重要です。居宅での自立を目指す当施設においては、日常生活下で充足されないニードや日常生活動作などは、より具体的に課題に示して目標を設定されてはどうか。目標は誰もが読んだだけで何を目指すのかイメージができ、現実的で達成可能であることが大切です。目標達成のためのサービス内容は、利用者の状況、能力、限界などを見極めて、利用者自身がおこなうことも書き、介護者が支援することは「何を、どのように、いつ」など5W1Hを活用して記述すると、介護の統一が図れ、モニタリングでサービス内容の評価がしやすくなるのではないのでしょうか。中期目標に「各専門職が科学的根拠のある介護サービスを提供する」と掲げています。年1回の自己点検の際には、ケアの質とともに個別援助計画の内容の点検もおこない、A評価を高められていかれることを期待します。</p> <p>○意見・要望・苦情の公表</p> <p>施設の姿勢を地域に知ってもらうために、ホームページや季刊誌に個人情報に配慮して要望や苦情対応を広く公表されてはいかがでしょうか。運営の透明性を図る一方法でもあり、施設への信頼はより深まるのではないのでしょうか。また、新型コロナウイルス禍にあり、「家族会」の計画が延期になっていますが、是非、実施に向けての取り組みを期待しています。</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 | 2650680081 |
| 事業所名 | 介護老人保健施設 フェアウインドきの |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 介護老人保健施設 フェアウインドきの |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーション、居宅介護支援、訪問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9月16日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人 京都ボランティア協会 |

| 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) | | 通番1. 施設の理念・方針は、ホームページに明示し、エントランスの見やすい場所に大きな文字で掲示している。毎年1回、法人の教育委員会が開催する「運営について」の勉強会で、事務長が施設理念と方針を各職員に話し周知を図っている。月初めには全職員で理念・方針の唱和をしている。また、家族には、契約時に説明するとともに、サービス担当者会議の場や夏祭りなどのイベントの場で、理念・施設方針を伝え理解を得ている。しかし、パンフレットや季刊誌には理念や方針の明示はない。今後、これらにも掲載し、家族の理解を深めることを期待する。 通番2. 組織図、運営組織図、委員会組織表などで組織体制は明確になっている。組織としての決定事項は、管理者会議⇒運営会議⇒全体会議⇒各フロア会議と各委員会に周知され、各会議の議事録は共覧し内容を確認した職員は捺印をしている。各会議と各種委員会は毎月開催して、各フロア会議や各種委員会での意見・要望は、現場で決定できることは現場で決定をし、重要な事項は全体会議⇒運営会議で検討している。案件により、管理者会議での検討もある。職務権限規程として「従業員の役職・職務内容について」を書面化し各職員の権限を明確にしておき、各職員に配布している。 | | | |
| (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。 | 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) | | 通番3. 法人全体の運営方針に基づいて、施設の中・長期計画（2020年～2024年）を策定している。各部署と各委員会ごとの単年度事業計画も作成している。2020年度2階（在宅支援フロア）の年間目標計画には、【在宅復帰に向けた根拠ある援助】【生きがいや目標をもって施設生活を送る】【在宅復帰に向けた個々の排泄ケア】があり、各々に具体案を示している。また、年1回、顧客満足度調査を実施して、全体会議で結果の分析、改善策の検討をしている。内容は報告して、各部署、各委員会で改善に向けた取り組みをおこない、年間計画にも反映させている。 通番4. 年間計画は2階、3階（療養支援フロア）、リハビリテーション科、看護部、デイサービス、地域連携室、各種委員会など個々に、所属主任と副主任が職員意見を集約して作成している。毎月進捗状況をまとめ全体会議で報告している。 | | | |

| (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。 | 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) | | <p>通番5. 日本経営主催の「介護事業所の経営者が考えるべき自立支援」や、京都老健協会の主催する事業部会研修、京都市の集団指導などに参加し情報収集している。法令遵守に関しては、教育委員会は「介護保険法について」の研修をおこない職員に法令遵守の意識を高めている。また、遵守すべき法令に関する資料やマニュアル類、書籍は職員がいつでも閲覧できるよう書庫に集め、どのような法令があるかリスト化している。法令を職員に周知する取り組みとして、集団指導の資料を各職員に回覧したり、京都市の自主点検表を使用し定期的に点検をおこなっている。</p> <p>通番6. 「従業員の役職・職務内容について」で管理職の権限、役割を明記しているとともに、運営会議や全体会議で方針の検討、決定をおこなっている。また、事務長が管理する「職員ご意見箱」を設置し、各職員が匿名で意見を述べる体制を整えている。部長がおこなう個人面談時には、上司に対する諸意見を聞いている。</p> <p>通番7. 管理者及び課長以上の役職者は常時携帯電話を所持し、職員から何時でも連絡が取れる体制を整え、緊急時の連絡を受けている。緊急連絡網を整備して職員に周知している。また、管理者は日々の業務を業務日誌や電子カルテ簿で把握している。</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 |
| 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) | | <p>通番8. 入所サービス利用約款に、「施設の職員体制」を表記している。年間を通しての教育システムを構築し人材育成に力を入れた結果、平成28年度から令和元年度にかけて大幅に離職率が低下し、職員の定着率は向上して人材不足は解消されている。採用後の資格取得支援として介護福祉士実務者研修の資格取得費用を全額法人で負担する制度があり、介護福祉士の資格取得率は70%近くになっている。</p> <p>通番9. 教育委員会の人材育成システムは、キャリアアップ初任者・中堅・リーダー研修、スーパーバイザー養成研修など、外部研修も取り入れ計画し実施している。キャリアパスも示している。新入職員には1年間のプリセプターシップによる教育課程があり、チェックリストが整備してある。職員は研修前学習の書類や研修後の報告書の提出をしている。療養部部長は、各職員の研修出席履歴を整備している。また、各部署でも定期的に「ミニ勉強会」を自主的に開催し互いに学びあう取り組みをしている。</p> <p>通番10. 「実習生の受け入れマニュアル」は整備され、実施方法、連絡窓口、事前説明資料を整備している。看護学科やリハビリテーション科の学生や中学生のチャレンジ体験を受け入れている。実習指導者に対する研修の受講も確認できた。</p> | | |

| | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|
| 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) | <p>通番11. 法人の総務部で有休や時間外労働などをPCソフトで管理している。有休の取得がしやすいことは、職員のヒアリングで確認ができた。年2~3回の個人面談を通して、就業に関する意向を確認している。介護休暇、育児休暇取得は実績があり、復職に向けた情報提供をおこなっている。職員の介護負担軽減として、各職員にコルセットの配布、入浴リフト2台の増設やスライディングボードを提供している。</p> <p>通番12. 法人の産業医が必要時に職員のメンタルヘルスの相談にのる体制がある。年1回、音羽健診センターに依頼してストレスチェックを実施し、相談の必要な職員には産業医が対応している。ハラスメントの規程は整備され、相談窓口はいわくら病院の事務長がなっていることを職員に周知している。福利厚生として、忘年会や法人全体のパーティー、レクリエーションがあり、参加できない職員にはクオカードやお土産を提供している。休憩室は十分リラックスできるように、布団、レンジ、ポットなど整備がされている。</p> | | | |
| (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。 | 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) | <p>通番13. ホームページや季刊誌で事業所の概要を地域に開示している。施設のイベントである「けやき祭り」では、施設の中庭を会場とし、屋台やボランティアの吹奏楽の催しをおこない、利用者、家族、地域の方など、250人~300人が参加するイベントを開催している。また、施設内での芋掘り体験を保育園児とおこなったり、認知症の理解を深めるイベントである「RAN伴京都」に参加し、誰もが暮らしやすい地域づくりを支援している。</p> <p>通番14. 岩倉地域包括支援センターが開催する「認知症サポーター養成講座」の講師派遣や、児童館での「認知症サポーター養成講座」の講師派遣をおこなっている。地域の「すこやか学級」で理学療法士が講師を務めたり「オレンジカフェ」に職員が参加し地域の方の相談に応じている。夏祭りの開催時にも介護相談のブースを設け地域の方の相談を受けている。</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 |
| 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) | <p>通番15. 事業所の情報は、パンフレットやホームページ、季刊誌などで提供している。パンフレットは写真付きで分かりやすい。季刊誌には日々の利用者の様子が多くの写真で掲載され、新入職員や委員会の紹介、管理栄養士から夏バテ対策のメッセージなどの寄稿がある。3か月間入所を目標の利用者には「入所計画表 ~入所からご自宅に帰るまでのスケジュール~」をイラスト入りで作成しており、入所中~退所後までの道筋が分かる。施設入所の相談が月30件程あり、随時見学などの対応をおこない、その記録も残して管理している。</p> | | | | |
| (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) | <p>通番16. サービス利用開始時には、入所サービス利用約款や運営規程などを用いて説明しており、利用約款には保険外サービスの料金記載もある。入所サービス利用約款説明後は、最後のページに署名を受けている。契約は、成年後見人とのケースもある。成年後見に関しては、エントランスに冊子を置いており、必要な場合は成年後見の申請の支援をおこなっている。</p> | | | | |

(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) | | <p>通番17. アセスメントは、新全老健版ケアマネジメント方式～R4システム～を使用しており、主治医や専門家にも意見を聞いて作成している。ただ、アセスメントの様式への記載内容が少し少なく、介護課題に結びつける部分の記載が少し分りにくい面が見られた。</p> <p>通番18. サービス計画書には、介護課題は多く抽出している。長期と短期の目標を記載し、利用者や家族の希望を尊重した内容も記載している。ただ、目標に関して少し到達のイメージが描きにくい内容も見受けられた。サービス内容も多く書かれているが、もう少し個別性に配慮して具体的に示した方が介護の統一が図れるのではないかと、検討を期待する。サービス計画は、利用者・家族の同意を文面で得ている。サービス担当者会議には、本人や家族も参加している。</p> <p>通番19. サービス計画策定に当たり、サービス担当者会議を開催して医師や専門職が参加し、意見交換をおこなっている。退所前のサービス担当者会議では、在宅の介護支援専門員や他サービス事業所などの参加を得て情報提供をおこなっている。退所1か月前を目安に、担当の理学療法士と介護士は利用者の居宅を訪問している。家族の意向や居宅の様子を確認して退所に向けての指導や対策を立てている。</p> <p>通番20. 毎月、サービス計画に沿った評価を各専門職がおこなうと共に、基本3ヶ月毎に介護支援専門員がモニタリングをおこなっている。利用者の状態が変わった時など、必要に合わせ各専門家の意見を聞いている。</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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>通番21. 朝の申し送り時は医師も出席しており、必要に応じて医師との連携が図られている。他の事業所や関係機関などのリストは、整備している。地域包括支援センターとはオレンジカフェなどで連携を図り、京都府介護老人保健施設協会に加盟し、職員2名が同協会の役も担っている。利用者が入院する時には、看護サマリーを受け入れ先の病院に渡しており、施設の相談員が窓口となり病院側の相談員と連携を図っている。退院時にはサマリーなどを依頼したり、カンファレンス時には出席している。利用者が退所する場合は、在宅の介護支援専門員や他サービス事業所にも来てもらい、退所前カンファレンスを開催している。</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。 | 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) | <p>通番22.業務マニュアルは、細分化された形で多種にわたり作成しており、内容も分かりやすく記載している。マニュアルに沿ったサービスが提供されているかについても、新入職員に対してはプリセプターシップ制度を通して教育されており、各業務に対して細かく記載したチェック表を用いて業務の確認がおこなわれている。業務マニュアルの見直しは、アンケートなどの内容も参考にしつつ各委員会でも年1回以上はおこなっており、委員会の議事録にそのことを記載している。</p> <p>通番23.利用者の記録は電子カルテに入力しており、利用者ごとに整理している。利用者に対する支援状況は、日々の記録や毎月の各専門職でのモニタリング記録でおこなって、利用者の推移もグラフなどで把握できる状況となっている。利用者の記録に関しては、保管、保存、持ち出し、廃棄についての規定がマニュアルなどに記載している。個人情報保護は新人研修に組み込み実施している。</p> <p>通番24.申し送り時に、利用者の状態の変化などの情報や支援方法の意見交換をしている。看護師からも薬剤の効果や観察点の伝達がある。電子カルテの日々の記録は、各自で閲覧して確認している。利用者の支援については、定期的にサービス担当者会議を開催している。</p> <p>通番25.利用者の家族には、面会時やサービス担当者会議時に状況を報告、説明している。また、利用者の状況に変化があった時には、その状況に合わせ看護師、理学療法士、看護師から随時電話で家族に報告しており、状況報告の機会は多く持っている。</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。 | 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) | | <p>通番26.「感染委員会」を設置している。感染症予防及び防止マニュアルは、各疾病ごとに作成している。研修は年2回実施している。感染症に対する情報収集をおこなうと共に、それに合わせてマニュアルの改訂もおこなっている。マニュアルは、書面だけではなく一部動画でも作成している。感染症である利用者の受け入れは、カルテにはそれが分かるようにしるしを付けたり、電子カルテにそのことを記載して、職員が分かるようにしたうえで受け入れている。</p> <p>通番27.施設内は整理・整頓が行き届いており、臭気対策も部屋の見えない所に消臭剤を置くなどで対応している。居室のサイドテーブルの清掃は職員がおこない、その他は外部の業者に毎日の清掃や定期的な換気扇、エアコンの清掃を委託している。委託業者から点検表の提出があり状況を確認している。</p> | | |
| (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) | | <p>通番28.「リスクマネジメント・身体拘束委員会」を設置している。それぞれのマニュアルを整備して、日勤、夜勤を想定した「緊急時マニュアル」を作成しており、緊急時の指揮命令系統もマニュアルに記載し、緊急連絡網も作成している。研修もおこなっている。今季委員会では、センサーマットマニュアルと眠りスキャンマニュアルの作成が目標になっている。</p> <p>通番29.事故やヒヤリ・ハットはそれぞれ報告書を作成しており、事故時には家族に必ず報告すると共に、報告書には対応も記録している。重大な事故に関しては、保険者に報告している。事故などに関しては集計、分析をおこない、委員会でも毎月検討し、内容は職員に回覧している。事故が起こった場合は、2週間後に再評価もおこなっている。事故、ヒヤリ・ハット報告用紙は適宜改善している。</p> <p>通番30.火災、水害、地震など「災害時マニュアル」は作成しており、年2回災害避難訓練をおこなっている。緊急連絡網も作成している。地域にある高校や保育園とは、災害時の応急処置の協力に対する協定、幡枝自治会との自主防災協定、京都市とは福祉避難所協定を締結している。備蓄は施設内に水や米、レトルトカレー、缶詰、毛布やカセットコンロなど、3日分があるほか、法人他施設にも備蓄はある。</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 |
| 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) | | <p>通番31.施設の【看護・介護理念】の第1項に「・私達は人としての尊厳を尊重します」と表明している。倫理規定、虐待や身体拘束廃止マニュアルなど整備している。「人権・身体拘束」や「人権とアサーション」研修をおこない、身体拘束をしないための対応方法などポスターを作成して周知を図っている。褥瘡(じょくそう)委員会からは、車椅子乗車時の体動の目安の伝達もある。</p> <p>通番32.「プライバシー保護について取り決め」を平成18年に作成しており適宜見直している。各種介護マニュアルに「プライバシーの確保について」の項目を上げ、心身両面からの配慮を記載して業務に生かしている。新人研修時にもプライバシー保護の講義がある。</p> <p>通番33.「入所希望者 判定基準」を作成して、入所緊急度分けもおこなっている。空床がない場合や医療的ケアが重視される場合は、利用者・家族に説明して他事業所の紹介をおこなっている。利用相談室で相談、申請、判定会議などの記録は管理している。</p> | | | |
| (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) | | <p>通番34.家族からは、面会時や行事での来所時に意見や要望、苦情を聞くようにしている。サービス担当者会議には、利用者と家族の参加があり意向確認をおこなっている。利用者には多くの職種の職員が関わっており相談もある。ご意見箱の設置、顧客満足度調査(年1回)をおこなっている。家族会は、新型コロナウイルス禍にあるため延期している(訪問調査時)。運営規定と入所サービス利用約款にサービス内容に関する相談・苦情の窓口が記載してあるが、担当者名や解決責任者名があると利用者の安心につながるのではないかと、検討を期待する。</p> <p>通番35.「苦情処理マニュアル」を作成している。ご意見箱は運営委員会が管理して毎月確認している。内容は、運営委員会で検討して速やかに対応している。職員には全体会議で報告し、フロア会議や各種委員会でも検討して、サービスの質の向上に役立っている。苦情処理簿で整理して、検討し改善した内容は、エントランスホールに掲示している。</p> <p>通番36.運営規定と入所サービス利用約款に、サービス内容に関する相談・苦情の窓口が電話番号とともに記載してある。各フロア、エントランスにも掲示している。介護相談員の来所があり、相談事項や気づきの情報交換をおこなっている。第三者の相談窓口は設置できていない。</p> | | | |
| | 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) | | <p>通番37.顧客満足度調査(アンケート)は年1回おこなっている。調査結果の集計分析は全体会議でおこない報告している。改善すべき事項は、各部署や各種委員会で検討して実務に生かしている。職員アンケートも年1回おこない、職種間の協力体制の強化など図り、サービスの質の向上に努めている。</p> <p>通番38.毎月開催するフロア会議、各種委員会、全体会議、運営委員会でサービスの質の向上の検討や改善の取り組みを話し合っている。各部署から毎月、単年度計画に沿った進捗状況が詳細に報告されている。全体会議では報告と議論をおこない、方向性の周知を図っている。職員は外部研修に多く参加しており、他の事業所の取り組みなどの情報を得ている。</p> <p>通番39.毎年、全体会議や各種委員会で第三者評価の基準に沿った評価をおこない、それを参考に運営委員会が総合評価をおこなっている。評価前には勉強会もしている。第三者評価は定期的に受診している。</p> | | | |