

様式 7

# ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

2021年 8月16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

2021年3月 1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただきました「社会福祉法人 向陽福祉会 特別養護老人ホーム 向陽苑」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<br/>(※)</p> | <p><b>1. 利用者の立場で「生活の質の向上」に取り組まれています</b></p> <p>○利用者の身心状況によりおむつを使用している場合、以前は、利用者のオムツ・尿取りパットは、M や L といったサイズの違いはありましたが、ほぼ同じような種類のオムツ・尿取りパッドを使用していました。しかし、利用者の体型や身体状況も異なり、個々の尿量にも違いがあるため、利用者一人ひとりの排泄量と排泄リズムの情報を収集し、その人に適したオムツ、尿取りパットを使用するように変更しました。このことは、コスト削減にもつながっています。</p> <p>○以前は3度の食事を2階フロアでしていましたが、スペースが狭く、壁を見ながら食事をしている現状がありました。昨年度より、1階の窓から空や緑の樹々が見える場所に、食堂を整備しました。居住区から食堂への移動に当たって考えられる、安全面や職員の負担増加といった問題点を、職員が知恵を出し合って対策を練り、利用者の立場に立って食事場所の移設をやり遂げたことで、「食欲が増した」「広くて気持ちがいい」と利用者からは好評です。（利用者によっては、本人の希望や身心状況により、居室フロアで食事している方もいます。）</p> <p><b>2. 地域とのかかわりを大切にした取り組みが行われています</b></p> <p>○「関わりを大切に、福祉からまちづくりを担う存在へ」を組織の理念に、事業所目標は「地域を支える施設づくりを目指す」としています。</p> <p>○法人が地域の社会福祉法人とともに、京都地域福祉創生事業（通称：わかプロジェクト）に参画し、「向日市夏祭り！みんなで踊ろう盆踊り」「子ども食堂」「介護予防教室」等開催しています。2020年度は、コロナ感染症拡大のため様々な行事が中止となる中、地域を元気づけようと、同年12月に「コロナに打ち勝とう！」と花火を打ち上げ、職員が中心となって地域にエールを送りました。</p> |
|-----------------------------|--|

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    | <p>○施設の一部を地域に開放し、地域のボランティアが主体となって「喫茶」を開催しています。また、利用者と職員は、地域の運動会や小学校の運動会に参加し、地域のニーズや要望を聞き取り「福祉からまちづくりを担う存在」になる努力をしています。</p> <p><b>3. 福祉人材の採用と育成に取り組まれています</b></p> <p>○外国人福祉従事者養成のための「技能実習生」を受け入れています。また、介護資格のない高校卒業者が、昼間、介護の現場で働きながら福祉資格の取得を目指す一方、夕方以降は、ソフトテニスの練習を重ね、大会の日には休みを取って大会に出場するといった取り組みを始めたばかりで、採用と育成に取り組んでいる最中です。仕事がきついと思われがちな介護現場のイメージの払拭と人手不足の改善につながる、ユニークな人材の採用も行っています。</p> <p>○法人全体で人材の育成に取り組んでいます。ケアを行う全職員が、客観的な視点で根拠のある介護ができるよう、外部の専門講師を招聘して「介護過程の展開」についての講座を、内部研修として取り組んでいます。介護の現場では、何となく先輩介護者に教えてもらい、同じように支援を行っている等の状況をよく聞きますが、“なぜそのように介助するのか”明確に答えられない場合があります。経験則だけではなく何故その介助が必要かを、介護過程の研修 1 回のみではなく「介護過程の展開Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ」と徐々にレベルを上げて取り組んでいます。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由（※） | <p><b>1. 利用者アンケートの結果報告や苦情への対処結果公表が必要です</b></p> <p>○毎年利用者アンケート（2020年度はコロナ感染症の関係で実施していない）を行っていますが、集計結果等の公表ができていません。</p> <p>○利用者や関係機関からの苦情に丁寧に対応しているものの、対処結果の公表ができていません。</p> <p><b>2. 事故予防につながるようなヒヤリハットの報告が必要です</b></p> <p>○事故報告書は丁寧に、詳細が記載されていましたが、事故件数の割合に対して、ヒヤリハット報告件数が少ないのが気になります。</p> <p>○ヒヤリハット報告書の書式の見直しが必要です</p> <p>○ヒヤリハットが気軽に提出できる職場内環境が必要です</p> <p><b>3. サービスの質の向上のため3年毎の第三者評価の受診は必要です</b></p> <p>○前回第三者評価は2013年に受診していますが、その後の受診はありませんでした。</p>   |

## 具体的なアドバイス

**1. アンケートの結果報告や苦情への対処結果公表について**

○利用者アンケートや事業所アンケートを定期的に行い、調査結果を分析し課題を明確にしたうえで、次回の課題として取り組んでいます。施設の内部で全て解決しています。ホームページや広報紙等で外部に公表することで、より一層の信頼が生まれ、サービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。その際は、個人情報等に細心の注意を払い公表することをご検討ください。苦情に関しても同様です。

**2. 事故予防につながるようなヒヤリハットの報告について**

○事故報告書は、丁寧で分かりやすく記録されていましたが、ヒヤリハットの報告件数が少ないことが気になります。ヒヤリとしたこと、ハットしたことを職員間で共有することで、大きな事故は減少すると言われています。一度職員に聞き取り調査を行い、ヒヤリハット報告書を書く目的を話し合われてはいかがでしょうか。

○ヒヤリハット報告書の書式を記入しやすい様式に見直すことで、職員が気軽に記入でき事故の減少につながるのではないのでしょうか。その際は、誰が、いつ、どこで、ヒヤリハットの内容、を事実のみ書き入れる書式がいいと思います。また、丸で囲む書式等、職員が記入しやすい様式をご検討ください。○書式の改良とともに、出しやすい環境醸成も必要です。

○介護現場で介護事故をゼロにすることは大変なことですが、仮に事故が起こったとしても、小さな事故で抑えることが重要です。現在行っている危険予知トレーニングを取り入れ、事故の予測ができる体制を作ってください。上記4点について職員皆さんで一度ご検討ください。

**3. サービス向上のため、3年に1回は第三者評価受診を**

○第三者評価を3年に1度受診することで、自分たちの施設が評価できる点、逆に取り組まなければいけない課題を、客観的に見ることができ、サービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。

○第三者評価は第三者が行うものですが、事前に同じツールを使用して自己評価を組織的に行うことで、「自らの気づき」につながると思います。現状のサービスに満足することなく、常に課題を明確にして利用者にとって安全・安心で快適な施設づくりに役立てていただきたいと思います。

※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                    | 2673100018                   |
| 事業所名                     | 社会福祉法人 向陽福祉会<br>特別養護老人ホーム向陽苑 |
| 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3年6月24日                    |
| 評価機関名                    | NPO法人きょうと介護保険にかかわる会          |

| 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. 経営理念「関わりを大切に、福祉からまちづくりを担う存在へ」とし、向日市の福祉を牽引できる施設づくりに取り組んでいます。職員には、全体会議や内部研修時に理念や運営方針の説明を行い、理念の浸透を図っています。利用者やその家族には、契約時等にパンフレット等で理念の説明を行っています。ホームページにも記載しています。<br>2. 組織として、案件別の意志決定方法が定款等で明確に定められています。理事会・評議委員会は定期的開催され、経営責任者は毎回参加しています。運営会議、正副リーダー会議、フロア会議等の会議に運営責任者が参加し、職員の意見要望を聞き取り、経営責任者に報告しています。各職種ごとに職務権限規定があり責任を明確にしています。                                       |      |      |       |
| <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。  | 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. 法人として中・長期計画を策定し、事業所はこれを基に、各年度の達成目標を設定し、理念の実現や課題達成に向けて、取り組んでいます。毎月開催の正副リーダー会議で現状分析を行い、必要時は、計画の見直しを行っています。計画作成は、各職種から業務ごとの課題や内容を聞き取り計画の立案に反映しています。<br>4. 介護、看護、栄養等職種別に目標を設定し、サービスの改善に取り組んでいます。前年度の振り返りから、利用者の排泄リズムを把握し、その人に適したオムツ、パットを提供しています。また、食事場所を、2階の閉鎖的だった場所から、1階の緑や空が見えるくつろぎの空間に変更したことで、利用者からは「食事の時間が楽しみになった」等の声が上がっています。課題の達成状況の確認は、半期に一度行い、必要時には見直しも行っていきます。 |      |      |       |

(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>5. 経営責任者・運営管理者は、京都府老人福祉施設協議会主催の施設長研修や、京都府の集団指導に参加し、法令等について最新の情報を得ています。把握すべき法令のリストは、事務所で管理し、法令等は、全職員がパソコンで調べることができます。法令等に変更があった場合は、正・副リーダーから職員に周知し、欠席者に対しては、介護日誌を通して周知していますが、確認欄を設けて、確認の有無を明確にすることが必要です。</p> <p>6. 経営責任者、運営管理者は、自らの役割と責任を職務分掌に明記しています。経営責任者は、必ず運営会議に参加し意見を述べています。経営責任者、運営管理者、現場責任者（主任・副主任）等で、毎月1回状況報告の場を設け、職員の意見を聞く機会としています。2年毎に上司に対しての意見を聞くための無記名アンケートを実施しており、今年度実施予定です。</p> <p>7. 経営責任者・運営管理者は、基本施設内で業務を行っていますが、不在時は携帯電話で、いつでも連絡が取れる体制があります。経営責任者・運営管理者は必ずパソコン内の業務日誌を確認し状況把握を行っています。緊急事態が発生した際は、速やかに経営責任者や運営管理者に連絡が取れる体制があり、看護師とはオンコール対応としています。</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。  | 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>8. 人事管理は、法人事務局が所管しており、職員採用に当たっては、基本としては、有資格者や実務経験者を優先的に採用し、職員全体の水準向上を目指しています。また、外国人福祉従事者育成制度による技能実習生も受け入れています。ユニークな取り組みとしては、法人内（他の法人も含む）に実業団テニスクラブを設立し、高卒者が福祉の仕事に携わりながら、スポーツを継続できる仕組みを創設しました。資格取得支援（介護福祉士、ケアマネジャーの試験費用の全額補助、実務者研修の講習費一部補助、研修に参加時の勤務調整等）にも積極的に取り組んでおり、有資格者のキャリアアップはもとより、無資格者の資格取得も図っています。</p> <p>9. 新人、中堅、管理者研修等段階的に、必要な知識や技術を身につけることができる体制があります。内部研修は、月2回同じ内容で研修を行い、全職員が参加できる環境を整え、運営管理者が必ず出席し、職員の参加姿勢や理解度の把握に努めています。プリセプター制度に基づき、新人育成等のOJTを行っています。外部研修への参加も積極的に勧め、参加後は研修報告書の提出や伝達研修を行っています。</p> <p>10. 今年度は、コロナ感染症の影響もあり実習生の受け入れはできていませんが、毎年実習受け入れ体制を整え、受け入れを行っています。実習受け入れの際は、実習受け入れマニュアルに従い、実習指導者研修にも参加しています。</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。  | 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>11. 職員の有給休暇の取得率はほぼ100%で、ノー残業デーの実施等働きやすい職場環境となっています。京都ワーク・ライフ・バランス推進企業認証を取得し、職員の定着率向上を目指しています。育児休業・介護休業については、就業規則に明記されています。腰部への負担軽減のための「マッスルスーツ」やネットワークを使った通信システム「インカム」の導入を試み、職員の介護負担軽減につながるような取り組みを行っています。</p> <p>12. 全職員に年1回ストレスチェックを行い、必要に応じ産業医への相談も実施しています。京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入しており、スポーツ大会への参加、旅行時の補助金等があります。職員の休憩場所や仮眠室は十分な広さがあり、リラックスできる環境となっています。ハラスメントに関する規定が、就業規則に明記されています。</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。   | 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>13. 今年度ホームページをリニューアルし、事業所目標（地域を支える施設づくりを目指す）を掲載し、情報を開示しています。広報紙は今後作成予定です。施設内の掲示板には、体操教室等の案内があり、隣接する「ケアハウス向陽苑」の入居者の参加もあります。地域の運動会や小学校の運動会に、入居者と職員が参加し、地域とのかかわりを大切にしています。</p> <p>14. 施設の一部を開放し、地域のボランティアが中心となって行っている「喫茶」や、「京都福祉創生事業（通称：わかプロジェクト）」に、法人として参加し「向日市夏祭り」や「介護予防教室」「子ども食堂」に職員が関わり、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握にも努めています。</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>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で事業所の情報を提供しています。利用者・家族等の見学時には、入所までの流れや料金表を用意されており、運営管理者が説明しています。施設玄関前に「入苑者閲覧書類」等のファイルがあり自由に手に取ることができます。   |      |      |       |
| <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)   |     | 16. 介護サービスの開始にあたり、重要事項説明書で料金・サービス内容を具体的に説明し、家族が遠方の場合には、電話や郵送で同意を得ています。認知症等により判断能力に支障がある場合は、後見人等に説明し契約を結んでいます。成年後見制度の実績もあります。   |      |      |       |
| <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。  | 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>17. 所定のアセスメント様式「包括的自立支援プログラム」を使用し、アセスメントを行っています。入所前の面接時や入所時に丁寧に情報を聞き取るとともに、本人・家族の希望や意向を確認しています。また、入所後は、介護、看護、主治医、訪問マッサージ等多職種から情報を収集し、アセスメントを行っています。アセスメントは、6か月ごと、状態に変化があった場合は、その都度おこなっています。</p> <p>18. 利用者や家族の意向を確認した上で個別援助計画を作成し、その後、利用者・家族に説明を行い同意を得ています。家族等が遠方の場合、郵便で対応しています。サービス担当者会議には、基本的に本人が参加しています。個別援助計画の目標例としては「食事を経口摂取できるようになる」とし、実際に主治医指導の下、食事形態等に配慮をして、経口摂取が可能になったケースもありました。</p> <p>19. 計画書の策定時には、必ず、医師や訪問マッサージ師等に、現状や注意すべき点など意見を聞き、計画書に反映させています。サービス担当者会議には、本人、多職種が参加し、個別援助計画を作成しています。</p> <p>20. 3か月ごとにモニタリングを行っています。利用者の心身の状態に変化があった場合には、主治医や関係機関に連絡し、それぞれの意見を集約して個別援助計画に反映しています。一人ひとりの利用者に対し、担当者が決まっており、毎日の状況を把握しています。</p> |      |      |       |
| <b>(4) 関係者との連携</b>      |              |     |  |      |      |       |
|                         | 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. 嘱託医と看護師が常に連携し、必要に応じサマリー（医療情報）で情報交換しています。乙訓医師会が発行している「在宅療養手帳」を、医師、看護師、PT・OT、介護士等多職種が活用し、情報共有に役立てています。この手帳は、家族も、利用者の日ごとの様子を記入しています。事業所や関係機関のリストがあり、スムーズに連絡を図っています。利用者の退院時は、退院カンファレンスに参加し利用者の状況把握に努めています。   |      |      |       |

(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。   | 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>22. 業務マニュアルや手順書が整備されています。毎年4月に見直しを行い、職員には研修時に周知しています。業務マニュアルの見直しは、多職種で現状把握し、意見交換を行いながら実施しています。</p> <p>23. 介護ソフト「ほのぼの」(以下ほのぼの)を使用して、利用者一人ひとりの情報が整理されています。職員が利用者情報を確認する際は、職員個人のパスワードでログインし、情報漏洩等の危機管理に努めています。記録については、保管、保存、破棄等の規定があり適切に対応しています。新人職員は、入職時に個人情報の管理(私用のSNS等の利用含む)の研修を受けています。また、全職員対象に「個人情報の保護と情報の開示」について、内部研修も行っています。</p> <p>24. 利用者情報は、ほのぼので全職員が共有しています。朝夕の申し送り時にも、利用者情報等の確認を行い、必要時は、紙ベースでも周知していますが、職員の確認欄を作る等確実に周知する方法が必要と考えます。</p> <p>25. 今年度はコロナ感染症の関係で実施できていませんが、毎年、敬老祝賀会を開催し、利用者と家族の食事会や懇談会を実施しています。家族等が遠方の場合には、写真や手紙を送付し近況を伝えています。面会に来られた家族に、利用者の日常の様子や身体状況を、面談室等で伝えています。</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。  | 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>26. 「感染症対策委員会」で常に最新の情報をキャッチし、マニュアルを更新し、感染症蔓延防止に努めています。今回のコロナ感染症対策にも積極的に取り組んでおり、一人の感染者も出すことなく現在に至っています。全職員が、ワクチン接種や唾液PCR検査等を積極的に行っています。感染症の二次感染を防ぐための実地研修等も行っています。</p> <p>27. 施設内の物品は、整理整頓されています。備品や備蓄は、緊急時、必要時にすぐ取り出せる場所に保管されており、定期的に点検を行っています。清掃専門の職員2名で、トイレ、居室等の掃除を担当しています。換気や消毒は、職員が分担して行い衛生管理に努めています。</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>28. 「事故対応マニュアル」「病急変時対応マニュアル」を整備しています。事故防止委員会が中心となり、「危険予測研修」も実施しています。事故発生時は、フローチャートに沿って行動しています。事務所内に連絡網が掲示されており、緊急時の指揮命令系統も明確になっています。</p> <p>29. 毎月1回、事故対策委員会で、当月に発生した事故、ヒヤリハットの検証を行っており、その内容は職員に周知しています。発生した事故に対して、状況や対応を報告書にまとめ、家族等にも説明しています。病院受診したケースについては、保健所、市の介護保険課に報告しています。ヒヤリハットの件数が少ないように思います。</p> <p>30. 災害発生時のマニュアルを整備しています。毎年2回、防災訓練を実施しており、火災のみならず近年増加している異常気象による災害に対応するため、行政、消防署及び地域自治会と連携を密に訓練を行っています。福祉避難場所の指定を受けており、緊急時に備えて食料品・衛生用品などを約1週間分備蓄しています。</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>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>3 1. 人権等の尊重については、理念や運営方針に記載されており、職員には研修時に周知しています。また、身体拘束廃止に関する指針を設けており、研修を年2回実施し、利用者の人権の尊重に取り組んでいます。</p> <p>3 2. 人権・プライバシー保護等の研修を、毎年実施しています。居室内の間仕切りを、カーテンから扉に変更する工事を現在実施しており、以前にもまして、利用者にプライベートな空間を提供するように取り組んでいます。</p> <p>3 3. 利用者の入所にあたっては、緊急性・必要度を確認し、入所判定会議で公平・公正に行っています。受け入れが困難な場合（人工透析等）は、利用者家族に丁寧に説明を行い理解を得ています。</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。  | B    | 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    | B     |
|                         |     | 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    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | <p>3 4. 利用者の要望や苦情は、日常生活の会話や行動・表情などからも汲み取り、声掛けして受け止めるよう努力しています。市から派遣の介護相談員も、利用者の要望・苦情を聞きとっています。玄関に意見箱を設置し、利用者・家族の意向を聞く機会としています。</p> <p>3 5. 利用者から意見・要望等があった際は、マニュアルに従い、出来るだけその日の内に会議を開き、職員間で共有し対応を検討しています。苦情の公開はできていませんが今後検討していく予定です。</p> <p>3 6. 相談窓口は重要事項説明書で明示すると共に、電話・FAX番号や受付時間等を玄関前にファイリングして設置しています。第三者の立場である介護相談員が、利用者の相談に応じています。</p>   |      |       |
| <b>(3) 質の向上に係る取組み</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    | 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。   | B    | B     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | <p>3 7. 去年1年間はコロナ禍でもありアンケート調査を実施できていませんが、基本的には毎年行っています。利用者や家族の満足度を把握するために、聞き取りを中心に行い、職員間で共有・検討しています。今年度は、アンケート調査を行う予定があります。また、向陽苑の短期入所生活介護（ショートステイ）についても、アンケートを行う予定にしています。</p> <p>3 8. 「感染症対策委員会」「身体拘束対策委員会」「事故対策委員会」等でサービスの改善、向上に取り組んでいます。乙訓地域で行われる特養の相談員部会で情報交換し、情報共有化を図っています。外部の研修会や他事業所との意見交換会にも積極的に参加して情報収集し、自事業所の取組みとの比較検討にも努めています。</p> <p>3 9. サービスの評価を行う部署や担当者を明確にしています。年度計画を作成後は、各種委員会等で振り返りを行い、年度末には目標課題の達成結果を分析・検討し、さらなる課題を明確にして、次年度の計画策定に反映しています。今後は、第三者評価を、3年に1回受診して下さい。</p> |      |       |