

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 2 月 2 3 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 3 年 11 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（社会福祉法人清和園 特別養護老人ホーム「吉祥ホーム」）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>1. 法人理念を大切に守り、「在宅特養」という新しいコンセプトを掲げて、施設職員が一丸となって取り組んでいます</p> <p>○法人は、仏教でいう三法「仏・法・僧」に由来する理念「明るく・正しく・仲良く」の浸透を図りながら、「在宅特養」という新しいコンセプトの実現に取り組んでいます。</p> <p>○「在宅特養」とは、法人のオリジナルな言葉（造語）で、「自宅に居ながら特養と同じ介護サービスを受けることができる」との意味です。「在宅入所相互利用」という介護保険の制度（2015 年改定）を活用し、「介護が必要になって施設に入所しても、短期間で、再び今まで通り、家で暮らすことができるように、特養のサービスを提供する」取り組みです。（既入所の利用者も家に帰ることができるように、取り組みしています）</p> <p>○「在宅特養」を実現するためには、地域との連携が必須です。そのために、施設は、自らが保有するすべての在宅サービス事業の効率的な活用と地域包括支援センターとの一貫した連携により、「地域包括ケアシステム」の実現に向け、新たな高齢者在宅支援事業に取り組んでいます。</p> <p>○新事業実現のために、施設長は強いリーダーシップを発揮し、職員の様々な専門的スキルのレベルアップを図り、部署間連携を図りながら、施設一丸となって取り組む体制を構築されています。</p> <p>2. 施設は ICT ツールを積極的に導入し、業務の効率化と職場の活性化を図っています</p> <p>○「ビジネスチャット」というチャット機能を持つクラウド型のネットワークサービスを導入し、非常勤職員も含め、職員間の情報共有に役立てています。各種会議、委員会の情報や会議録などが、素早く共有でき、緊急時対応においても、有効に機能しています。また、職員は、SNS 感覚で自由に意見が言え、職場の活性化にもつながっています。</p>
-----------------------------	---

	<p>○クラウド型介護ソフト「絆 Core」を導入し、セキュリティ機能を十分に持たせつつ、利用者情報の素早い共有が可能になっています。「絆 Core」では、欲しい情報を絞り込む機能があり、使いやすく、業務の効率化が図られています。</p> <p>3. 組織をあげて研修に取り組み、組織全体として、提供するサービスの質の維持と向上に取り組まれています</p> <p>○より専門性を高めるといふ法人の運営方針のもと、研修委員会を中心に、年度初めに年間研修計画を立て、新入職員の育成から職員のキャリアアップに向けた階層別研修などを実施し、施設全体として職員のレベルアップに取り組んでいます。</p> <p>○「キャリア段位制度」を導入しており、試験により段位を取得することで、一定の業務レベルを、組織として担保しています。この制度は、昇給とも結びつき、やる気のある若手の職員のモチベーションを高め、組織の活性化につながっています。</p> <p>○年間研修計画に避難訓練が組み込まれており、日中や夜間などを想定した具体的な訓練を、実施しています。また、利用者も参加した訓練を実施することで、職員の危機意識と対応能力を高め、利用者にも安心感を得られることにつながっています。</p> <p>○施設の重点方針として、職業倫理、法令遵守を掲げており、研修計画の中にコンプライアンスに関する研修を、年間複数回、実施しています。理念の浸透とともに、理念に沿ったサービスの提供につながっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. ICT ツール使用についてのルールが必要です</p> <p>○ICT ツールは、スピードや効率において優れていますが、デメリットについて、見落とされがちです。気が付かないうちに、個人情報やプライバシーについて、おろそかになっているかも知れません。ICT ツールを使用する際に注意すべき点について、ルール化が求められます。</p> <p>2. サービスの質の向上に係わる検討体制(検討委員会)の構築が望まれます</p> <p>○処遇改善、給食、口腔ケア等の各委員会において、サービスの質の向上について検討されていますが、それら全てを統合する部署が見当たりません。組織横断的な検討体制が望まれます。</p> <p>3. 施設的环境整備についての点検、対策が望まれます</p> <p>○施設フロアの内装などに、破損が見られます。早期の点検と補修などの対</p>

	<p>策が必要です。建物の老朽化は避けられませんので、手入れは欠かせません。</p> <p>○施設の備品等についても、単に外観上の問題だけではなく、利用者保護の観点からも、点検・整備が必要です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. ICT ツール導入に伴う課題とルール化について</p> <p>○ICT ツール導入に伴う研修(IT リテラシー)が必要です。チャット機能を始めとして、利便性の高いツールではありますが、同時に、個人情報の管理や個人のプライバシーへの配慮などが、欠かせません。</p> <p>○例えば、デスクから離れる時には、個人情報の保護のため「必ず作業中のPC画面を閉じるように習慣づける」などの注意が必要です。</p> <p>○チャットワーク機能は「いつでも・どこでも」利用できるという利便性、機動性がある反面、個人の生活を脅かす危険性も持っています。緊急性を要しないものを除いて、遅い時間からの発信などは避けたいものです。</p> <p>○さらに、ICT ツールの活用により業務が効率化したことで得られた時間を、対面によるフロア会議の時間として、活用されてはいかがでしょうか。職員が一堂に集まって会議をすることにより、利用者の生きた情報をお互いに確認し合える機会になると思います。ぜひ定期的な対面会議の開催をご検討ください。</p> <p>2. サービスの質の向上に係わる検討体制の構築について</p> <p>○現在「部署間連携活動」に取り組まれています。この活動を発展させ、各部署・各委員会から委員を選任し、それぞれの部署から出た課題及び改善方法について、組織横断的に、継続して検討する「検討委員会」を組織されては如何でしょうか。そうすることで、事業計画策定やマニュアルの策定・更新に職員全員が関わり、様々な課題改善に向けたPDCAサイクルの確立につながると考えられます。</p> <p>3. 施設環境の点検、対策について</p> <p>○施設の内装に破れなどが見られます。各フロアや居室などの定期的な点検を行い、美観の維持や破損状況のチェックをお願いいたします。内装の剥がれなどは、利用者によっては異食の原因にもなります。早急に補修などの手入れが必要です。</p>

【 その他所感 】	<p>○併せてフロアや居室での臭気対策や手洗い場での備品の管理についても定期的に点検して下さい。中にいて気づかない事もあると思いますので、外部者によるチェックを定期的にも実施することもお考え下さい。</p> <p>【所感】</p> <p>○毎年利用者アンケートは行っていますが、内容を少し工夫することでより具体的に利用者の思いを知ることができ、サービスの質の向上につながると思います。</p> <p>○看取りの体制が整っていないということでしたが、将来どのようにすれば看取りに取り組むことができるのか検討も大切かと思えます。利用者の最期に寄り添うための取り組みに期待いたします。</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	2670500020
事業所名	特別養護老人ホーム吉祥ホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	指定介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所者生活介護
訪問調査実施日	令和3年11月16日
評価機関名	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
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)		1. 施設内に理念「明るく、正しく、仲良く、謙虚な気持ちで業務を遂行します」や経営方針を掲示するとともに、毎朝、職員で唱和し、理念の浸透を図っています。また、HPや施設紹介パンフレットにも記載するとともに、利用者・家族等には、契約時、重要事項説明書でも、理念を説明しています。 2. 法人は、年3回の定例会のほか必要に応じて理事会を開催し、施設は、部署会議（管理者会議）をはじめ、毎月、各種会議を開催し、職員の意見が反映されるよう、適切なプロセスで施設運営に取り組んでいます。職務分掌表にて職務権限を明文化し、各レベルに応じた責任と権限を明確にしています。年2回のヒアリングやビジネスチャット（ICTツール）で聞き取った職員の意見は、部署会議に反映され、組織としての透明性の確保を図っています。			
(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)		3. 法人は、年度初めに、中・長期経営計画『清和園事業計画基本方針』に基づいて年度計画を定め、目標を明確にしています。施設は、利用者アンケート等により把握した利用者ニーズや意見・要望、ビジネスチャットを活用して得られた職員の意見等を踏まえて、多角的な視点から課題を明確にした上で、事業計画を策定しています。 4. 介護、看護、栄養など各部署の専門委員会で作された取り組み課題を元に、各部署の計画が策定されています。年度半ばで計画の達成状況を確認し、必要に応じて見直しをしています。			

(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. 施設長は、改正法令や経営に関する研修に参加しており、法令順守責任者を施設内に配置し、年3回、法令遵守についての研修を実施しています。関係法令集がリスト化され、事務所内に設置されており、職員が閲覧できる体制になっています。また、PCでもアクセスができる環境になっています。</p> <p>6. 施設長は、職務分掌規程に基づき役割と責任を明確にしており、年度初めの全体会議において、施設の運営方針を説明し、職員の意見を聞いています。年2回、個別のヒアリングを実施し、職員の意見・要望・希望等を聞く機会があり、自らの行動が職員から信頼を得ているか否か、確認する機会としています。また、ビジネスチャット(IGTツール)を活用する等、職員が意見を言いやすい環境があり、組織の透明性を図っています。</p> <p>7. 施設長は、通常施設内で勤務しており、事業の実施状況を常に把握しています。また外出時は、携帯電話を所持し、必要時には、いつでも指示できる体制となっています。事業の実施状況は、日報等によっても把握しています。また事故等の緊急時には、直ちに施設長に連絡を取り、指示を仰ぐ体制となっています。</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
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>8. 必要な人材や人員の確保は、法人で取組み、人員配置状況についても、適切に管理・整備を行っています。毎年、新卒者の採用を行い、配置基準を満たすように努めています。有資格者の採用を心がけると同時に、無資格者に対しては、資格取得のための学習会を開催するほか、資格手当や資格取得補助金の支給など支援の仕組みがあります。</p> <p>9. 研修委員会を組織し、体系的な研修計画を策定して、年齢や経験、職種等に応じた研修を実施して、人材の育成を図っています。新任者には、エルダー制度に基づきOJT研修を行っています。外部研修については、府社協等の研修情報を入手し、職員に掲示等で知らせており、ヒアリング時に職員の受講希望を聞き、受講を促しています。外部研修受講者による伝達研修も行っており、職員の気づきを促す機会となっています。「きょうと福祉人材育成認証制度」を取得しています。</p> <p>10. 実習受け入れについての基本姿勢が明文化されており、実習の受け入れ方法、オリエンテーションの実施方法や実施項目等が、マニュアルによって定められています。実習指導者は「介護福祉士実習指導者講習会」を修了しています。例年、大学から介護福祉士や社会福祉士の実習生を受け入れています。</p>		
(2) 労働環境の整備						
		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. 毎月、給与計算時に、有給休暇の取得状況や超過勤務の状況を確認しており、労働環境水準を満たしているかを把握しています。有給休暇については、勤務表作成時に組み込み、取得を促しています。また、毎週水曜日を、ノー残業デーとして、就業時間内での勤務を目指しています。年2回のヒアリング時に、職員の就業状況や意向を確認しています。育児・介護休業については、就業規則に明記され、適切に取得されています。職員の介護負担軽減のため、腰痛ベルトの配布や各種機械浴設備、電動ベッドが設置されています。毎週月曜日には整体師による訪問マッサージを実施しており、職員の健康維持に配慮しています。</p> <p>12. 法人事務局にストレス解消やメンタルヘルス維持のための相談窓口を置き、産業医や衛生管理者等に相談できる仕組みがあります。年2回のヒアリング時に、職員の要望、不満や悩みを聞いています。また、毎年、異動希望調査が実施され、郵送または口頭で直接、法人事務局長に希望を伝えることができる仕組みとなっています。職員のストレス解消のための福利厚生制度があり、施設には、広くてリラックスできる休憩場所や宿泊室、仮眠室が確保されています。セクハラ、パワハラなど各種ハラスメント規定が明記され、相談窓口を設置しています。</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)		13. 事業所情報や運営理念を開示・広報するため、パンフレットの発行やホームページを開設し、定期的に更新しています。広報誌「ほのぼの通信」を、年4回発行し、地域に配付しています。京都府情報公開制度(ワムネット)を活用し、事業所情報を公表しています。施設敷地内に、近隣の大規模スーパーの食品や日用品の移動販売を受け入れて、地域住民と利用者との交流の機会にしています。 14. 毎月近隣の大規模スーパーにおいて「介護相談会」を、また、地域では、住民を対象とした介護予防教室(元気塾・健康講座)を開催しています。年2回、社社会福祉協議会と連携して「フラワーアレンジメント教室」「体操教室」を開催し、地域の文化祭では、健康チェックのブースを出すなど、地域貢献に努めています。また、認知症などについての講習会などの依頼があれば、対応しています。事業所圏域の地域包括支援センターの会議に出席し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。		

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
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)		15. 施設の情報は、ホームページやパンフレットで提供しており、特にホームページは充実していて、大変分かりやすい内容となっています。重要事項説明書は、文字サイズが大きく、平易な文章で、読み易くなっています。また、条文が改定された箇所は、赤字にするなど、利用者や家族にとって分かりやすい工夫をしています。利用希望者・家族の見学希望には、コロナ対策としてフロアの中までは難しいが、可能な限り対応しています。			
(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)		16. サービスの利用開始に当たっては、サービス内容や料金について記載した重要事項説明書等で、本人や家族に説明を行い、同意を得ています。また、保険外サービスについても、重要事項説明書で分かりやすく説明しています。認知症等により判断能力に支障が認められる利用者の場合は、契約時に、家族や補助人、後見人等に必ず立ち合いを依頼し、同意を得ています。利用者の権利擁護のために、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）の活用を推進しています。現在実際に利用している利用者が10名程おられるとのことでした。			
(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. 入所開始前に病院や自宅を訪問し面談を行う等し、利用者の希望を聞き出し、アセスメントを実施しています。入手した情報は、所定のアセスメントシートに記載し、介護計画を作成しています。居室担当者がケアチェック表を用いて利用者の生活状況を確認し、3か月ごとの担当者会議で、主治医や専門家と相談し、アセスメントを実施しています。体調の変化があった時には、随時、見直しを実施しています。 18. アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに対する具体的な目標を設定して、個別援助計画を策定しています。毎月、カンファレンスを開催し、可能な限り本人の参加を求め、本人または家族が欠席の場合は、その意向や希望を書面や口頭で確認しています。更に、利用者および家族の希望が異なった場合には、利用者の希望を優先しています。個別援助計画は、本人や家族の同意を得ています。 19. 個別援助計画の策定にあたり、3か月毎にサービス担当者会議が行われています。会議には、PTをはじめ関係職種、各部門の職員が毎回出席し、協議しています。事前に専門家等に意見照会し、その内容を含めて協議し、個別援助計画を作成しています。 20. 3か月ごとまたは利用者の状況に変化があった時には、モニタリングやサービス担当者会議を開催して、個別援助計画を見直し、6か月に一度は、計画の立て直しをしています。また計画期間内であったとしても必要がある場合は、適宜プランの見直しを行っています。モニタリング時には、ケアマネジャー、栄養士、PTが参加しています。			
(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. 利用者の主治医やかかりつけ医、施設の嘱託医の意見を聞き、関係医療機関とも連携に努めています。他施設や関係機関のリストを作成し、相談員が中心に、連携に努めています。入退院の際には、病院の地域連携室と調整しています。現在、介護保険制度の「在宅・入所相互利用※」を活用して、居宅ケアマネやデイサービスなどと連携し、地域での生活が可能となっている例があります。※「施設入所」と「自宅」とを行き来し、利用者にとって必要な「在宅生活力」を強化するための介護保険サービスのこと。			

(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. サービス提供に必要で実用的な業務マニュアル・手順書が整備されて、いつでも確認・活用できる状態となっています。提供しているサービスがマニュアルや手順書に基づいているかは、エルダー制度などで確認しています。毎年2月に開催の「長期介護サービス会議」や「処遇改善委員会」で、マニュアルの見直しを行って、4月からの切換えを徹底しています。見直し事例として、口腔ケア委員会から提起された、飲み込み困難な利用者にとって一定の濃度で提供できる「とろみサーバー」の活用標準化により、誤嚥防止につながった事例がありました。</p> <p>23. 利用者に関するすべての情報や状態の推移は、介護ソフト「絆」により記録されており、PCには、職員各自のパスワードが付与されています。個人ファイルは、扉付きの棚で管理されて、保管、保存、持ち出し、廃棄等に関する文書管理規程があります。個人情報保護についての研修を、毎年実施しています。しかし「PCで作業中に席を離れる時は画面を消す」などを含めた、細かなITリテラシー教育も重要な課題であると考えます。</p> <p>24. 「チャットワーク」（閲覧機能があるICTツール）や絆システム（重要事項はピックアップできる機能がある）を活用して、利用者情報を共有しています。また、1日に3回の申し送りと1回の引継ぎを行って、利用者に変化があった場合の情報を、職員間で確実に共有しています。3か月に一度、ケアカンファレンスを開催し、介護職、栄養士等が参加して、職員間の意見集約も行っています。しかしながら、フロア職員が一同に会して検討する場が、足らないようにも思われ、会議体を設置することも検討されては如何でしょうか。</p> <p>25. 家族との面会時に利用者の近況報告を行い、敬老会や記念行事等の機会に撮った写真やメッセージを渡しています。居室担当者から家族へ、定期的に電話で近況報告を行っており、重大な報告は、施設ケアマネから連絡しています。担当者会議の結果を、定期的に、書面や電話で伝えています。</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	B
(評価機関コメント)		<p>26. 感染症対策マニュアルが整備されており、常に最新の情報をもとに見直しを行うとともに、年2回、研修を実施しています。医師も参加して、隔月で、感染症委員会を開催しています。コロナ対策として、毎出勤時に検温と体調管理表への記載、手洗い・うがいチェック表への記載を求めており、職員自身が感染したり、感染媒体にならないよう配慮しています。感染症である利用者については、二次感染を防ぐ対策を講じた上で、受入れる体制を整えています。</p> <p>27. 施設書類・介護材料・備品等は、整理整頓され、安全に保管されていました。各居室の清掃や整理整頓は、居室担当者が行い、廊下やトイレ清掃は、業者に委託して、点検表に記録されていました。3階の壁紙の一部の破れは、利用者の異食につながる恐れもあるので、補修されることを望みます。また臭気対策を行っているとのことでしたが、施設見学時、臭気が気になりましたので、改善を望みます。</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. 事故や緊急時対応マニュアルが整備され、毎年、緊急時を想定した研修を行っています。AED操作訓練を含む救急救命講習も、毎年実施しています。緊急時における責任者や指揮命令系統が定められ、緊急連絡網は、1階事務所内に掲示しています。さらに、チャットワークを活用して、職員との緊急連絡が取れる仕組みもありました。</p> <p>29. 発生した事故は事故報告書に記録され、管理者や経営責任者への報告とともに家族、関係各所に報告されています。毎月の介護事故防止委員会で、事故発生原因の特定や対策の検討をその都度行い、再発防止に努めています。毎月、最低3件のヒヤリハット報告を職員に求め、統計にして、分析・検討し、改善策を立案するなど、事故予防にも努めています。その一例として、転倒が続いている利用者の為の対策として、「滑り止めマット」や「手すり」を設置するなどの改善事例もありました。</p> <p>30. 防災マニュアルが整備され、毎年2回の施設避難訓練（昼間想定1回、夜間想定1回）を、実施しています。施設は、地域の福祉避難所に指定され、自主防災会にも参加して、地域と一緒に訓練を実施し、災害時に備えています。</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

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>31. 法人理念「仏・法・僧」や運営方針に、利用者の意思や人権を尊重したサービスを提供することが、明確にされています。身体拘束禁止11項目を、各フロアに掲示するとともに、毎年虐待防止や権利擁護についての研修会を行って、職員に周知徹底しています。また、利用者アンケートを毎年実施し、サービス内容を確認する仕組みがあります。</p> <p>32. 毎年、プライバシーの保護や羞恥心への配慮について研修会を実施し、職員への周知、意識付けを図っています。トイレでの排泄や居室でのオムツ交換などは、カーテンを閉めて介助するなど、羞恥心への配慮に努めています。</p> <p>33. 入所者の決定は、毎月の「入所検討委員会」にて第三者委員も参加して、公平公正に評価・検討されています。現在、多くの待機者がいますが、1年半から2年位で入所しています。申し込みを断ったケースはありません。</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	A
(評価機関コメント)		<p>34. 常時、フロアの介護職員が、利用者の状態を観察し希望を聞き、相談員やケアマネジャーに、伝えていきます。利用者の意見・要望・苦情は、連絡ノートに記録され、「チャットワーク」を活用して、関係者の間で共有される仕組みがあります。また、3か月ごとの担当者会議で、改めて確認しています。毎月の苦情解決委員会で苦情、要望が改善へのチャンスであるとの姿勢で、取り組んでいます。</p> <p>35. 利用者の意向・苦情に対する対応方法は定められており、苦情受付ボックスを複数個所に設置しています。苦情解決委員会において、苦情・要望等は記録化し、解決や改善に向けて取り組んでいます。満足度調査を毎年実施しており、結果を家族に周知すると同時に、ホームページでも公開しています。ただ、アンケートの質問内容を少し見直すことで、より、利用者の思いを聞くことができるのではないのでしょうか。</p> <p>36. 第三者委員や公的機関の相談窓口の情報は、重要事項説明書に記載しており、苦情受付の窓口については、施設内の見やすい場所に掲示しています。苦情を受け付けた場合は、運営管理者に迅速に報告がなされています。定期的に、介護相談員や傾聴ボランティアを受け入れています。第三者に相談があった事例はありません。</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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>37. 毎年(11月頃)利用者、家族に対する満足度調査を行い、結果は施設内に掲示し、処遇改善会議で、調査結果を分析・検討して、サービスの質の向上に役立っています。</p> <p>38. 処遇改善委員会、給食委員会、口腔ケア・経口維持委員会を、毎月開催しており、サービスの質の向上に向け検討する体制があります。それぞれの委員会で検討された内容は、ケアカンファレンスにより、各利用者へのサービス改善につなげるようにしています。法人全体の相談員連絡会議により、他の事業所との比較検討を行っています。</p> <p>39. 処遇改善委員会をはじめ各種委員会の活動を通して、日々サービスの質の向上に取り組まれています。組織全体を通して自己評価する仕組みが、不十分です。部署間連携活動や内部監査の仕組みを発展させては如何でしょうか。第三者評価を3年に1回受診されています。</p>		