

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 4 年 2 月 1 8 日

特別養護老人ホームみやびのその 様

2022 年 1 月 1 3 日に実施しました貴施設の第三者評価の結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、ぜひ今後の事業所の運営及びサービス提供にお役立てください。

記

特に良かった点とその理由
(※)

1. 利用者・家族の思いに寄り添って支援しています

○特別養護老人ホームは「終の棲家」となることが多いと言われていますが、「みやびのその」では在宅に戻られたケースが最近複数例ありました。利用者・家族が自宅での生活を希望され、退所に向けて、ケアマネジャー、主治医、在宅サービスの関係機関と連絡調整等を行い、在宅生活が実現しました。うち一事例については、利用者が看取り期の状態でしたが人生の終末を自宅で過ごすことができました。

○コロナ禍において、家族等との面会は原則禁止していますが、看取り期においては個室利用となっているため、感染に十分配慮したうえで柔軟な対応をされていました。

○京都以外の出身の利用者とコミュニケーションをはかるため、出身地の方言を使って話しかけたところ、以前よりも利用者の思いをくみ取ることができたと伺いました。利用者一人ひとりに同じ対応ではなく、生活暦等を情報収集して支援を行っています。

○食事は利用者の楽しみの一つですが、「みやびのその」では京料理専門の業者に委託して、施設の厨房で調理しており、お誕生月には希望のメニューを聞いて提供しています。利用者本人から聞き取りができない場合も、家族に好きな食べ物を確認しています。おいしく食べるためには、口腔ケアが重要で、歯科医師、歯科衛生士に、月 1 回訪問してもらい、一人ひとりにあった口腔ケアを行い、「一日でも長く口から食べる」を実践し、誤嚥性肺炎の罹患も減少させています。

2. 事業計画の策定および進捗管理が緻密に行われています

○法人が計画の根幹となる方針を提示し、「みやびのその」で事業計画の目標・課題を設定しています。トップダウンとボトムアップを融合した施設運営を行うことで現場のニーズと事業計画の乖離を防ぎ、職員のモチベ

	ーションにも好影響を与えています。 ○事業計画には、ゴールと達成期日、難易度が明示され、月次の進捗確認も確実に実施されています。 3. 各種ＩＴ機器等の活用で「利用者の安心安全と職員の負担軽減」が図られています ○常時見守りが必要な利用者に対して、インカム（同時通話機器）の導入により職員間の連絡がスムーズとなり、常に職員が利用者を見守ることができて転倒等の事故を未然に防ぐことに役立っています。また、施設内で職員間の連絡がすぐに取りれるため、対象者（利用者、職員等）を探す時間が減少し負担軽減となっています。 ○見守り支援システム「眠りＳＣＡＮ（スキャン）」を活用することで、睡眠時の見守りとタイムリーな介護の提供ができています。「眠りＳＣＡＮ」は、利用者がベッドから起き上がると知らせてくれ転落や転倒を未然に防ぐことに役立っています。 ○ベッドから転落の危険のある利用者に対しては、低床ベッドを使用しています。転倒・転落による骨折等の事故が減少し、利用者の安心安全な生活につながっています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	1. 意見・苦情の受付、対応、公開について工夫が必要です ○苦情対応の記録は、施設の玄関にファイルを設置して、誰でも閲覧できるようになっています。また、苦情相談窓口の第三者委員の氏名も大きな文字で掲示してありました。しかし、現在のコロナ禍では家族等の面会にも制限があり、玄関のファイルや苦情受付の掲示で、十分に機能していません。苦情の受付、対応、公開方法に、工夫が必要です。 2. 利用者満足度調査の内容の見直しが必要です ○毎年、利用者アンケートを実施しており、結果もみやびのその機関紙「ほのぼの」で公表しています。今以上に、家族の思いを聞くことができるように、アンケートの質問項目等を見直しはいかがでしょうか。 3. 伝達事項が確実に周知できたかどうかの確認が必要です ○環境問題にも考慮して紙媒体での通知や連絡を徐々に少なくし、パソコンによる連絡にシフトする予定です。紙媒体の場合は、押印欄もあり、周知の徹底ができていましたが、パソコン上では全職員に対して伝達できているかどうかの確認方法が定かではありませんでした。

具体的なアドバイス	1. 意見・苦情の受付、対応、公開について ○苦情の受付やその対応については、的確に行われており、第三者評価の求めるレベルに達していると思われます。法人の運営基準には、「クレームはゲストからのラブコール」とあり、クレーム対応記録簿にも大きな文字でこのことが示されていました。コロナ禍ということもあり、苦情等の受付、公開には下記のような対応を望みます。 ① 誠実な苦情対応は法人や事業所の信頼を高めることにもつながります。個人情報に十分留意し、機関紙やブログ等で、意見や苦情を公開されることをお勧めします。 ② 苦情相談窓口については、機関紙や請求書に記載したり、LINE 等による専用窓口を作るなどすれば、家族等が気軽に意見を言いやすくなると思います。 ③ 日々の利用者家族からの意見・苦情等も、公開されることを望みます。 2. 利用者満足度調査の内容の見直しについて ○利用者・家族が、施設のサービスについて満足しているかどうかも大事ですが、より良い運営のヒントを聴き取る場としても満足度調査に取り組んではいかがでしょうか。 ○毎年、ほぼ同じ内容でアンケートを実施されているようですが、よりサービス改善に繋げやすい設問や統計・分析までを意図した設問の設定へと改良を行われてはいかがでしょうか。 ○アンケートをサービス向上のヒントを得る大切な機会と捉えて、次回以降、新たな機軸でのアンケート実施を期待します。 3. 伝達事項が確実に周知できたかどうかの確認について ○各種連絡事項の周知を、紙媒体ではなくパソコン上ですることは、環境問題にとってもよい取り組みです。今後は、パソコンの画面上で確認したか否かがわかる機能をプラスし、誰に伝達できているのかを把握することが重要です。介護現場では、チームや組織で情報を共有する場面も多いと思います。非常勤職員も含む全職員に、連絡事項が確実に伝わるようシステムの工夫をお考え下さい。
------------------	---

※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	2670900162
事業所名	特別養護老人ホームみやびのその
受診メインサービス (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 (複数記入可)	短期入所生活介護・通所介護 介護予防短期入所生活介護 介護予防通所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	2022年1月13日(木)
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. 法人理念「愛・開・創」は、行動基準書・事業計画・パンフレット・HP等に記載しています。行動基準書は朝礼時に読み合わせを行い、内容の理解や法人の方向性の理解・浸透を図っています。運営規程は施設内に掲示し、職員全員が理念や運営方針に基づいたサービスを提供しています。利用者やその家族には、初回面接時等に理念や運営方針を伝えています。 2. 法人・施設の組織図に沿って、意思決定・指示・命令が行われています。理事会が適宜開催され、法人内管理職会議は3カ月に1回、各職種における会議、委員会等は毎月開催しています。会議出席者は職員の意見を反映して、会議で意見を述べています。会議後は、議事録を全職員へ回覧し周知徹底しています。職務分掌表に記載した内容に従って権限委譲し、責任を明確に規定しています。			
(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. 中・長期事業計画は、達成課題や数値目標を明確にした上で策定されています。単年度事業計画は、期日や目標数値がより具体的に設定され各種会議で達成状況を確認しています。取り組み方に課題が見つければ、次の会議までに対策を考え提案するようにしています。年1回の人事考課面談、中間面談や随時職員面談等にて、職員の意見を聴取し事業計画に反映しています。 4. 各業務レベルにおいて事業計画を立案し、達成に向けて取り組んでいます。課題の達成状況は、毎月の職員会議、※介護司会議等で確認し、必要に応じて見直しを行っています。課題の達成状況の確認は、毎月「進捗状況確認表」を用いて行っています。※法人では介護士の「士」ではなく「その役に責任を持つ者」との理由から「司」を使用しており、本文中では介護司を使用			

(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)		5. 管理者は、京都市介護保険サービス事業者等集団指導や制度改正に伴う研修に参加しています。行政からの通知等があれば、必要部署に回覧して周知徹底しています。把握すべき関係法令は、細かくリスト化しファイルを作成して、パソコンやiPadでいつでも確認できるように体制を整えています。法令遵守や身体拘束について施設内研修を実施し、全職員が参加しています。行動基準書にマナーや言葉使いについての項目があり、読み合わせをして職員の意識統一をする機会としています。 6. 管理者の役割と責任は各種規程・組織図・職務分掌表等で明文化し、職員に周知しています。管理者は、各種会議等に出席し職員の意見を聞く機会としています。出席できない場合は報告書で確認しています。法人の「組織活性化プログラムアンケート」に、上司の評価項目があり、職員から信頼を得ているかどうかを確認する機会としています。管理者には、普段から相談しやすいと職員ヒアリングからもうかがうことができました。 7. 管理者は施設内事務所で執務し、朝礼時に自身の行動予定を職員に伝えていきます。緊急時は携帯電話で対応しています。主任、副主任のどちらかが必ず出勤するよう勤務調整して、緊急時に備えています。職員がそれぞれの立場で責任ある行動をとっているのを、管理者が対応する事例は少ないとのことでした。事故等の緊急時が発生した場合は、直ちに緊急対応・事故発生マニュアルにしたがって報告を行い、指示を仰ぐ体制があります。		

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	
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)		8. 法人では、毎月1回、マネージメント会議を開き職員採用の検討をしています。人員補充が必要な場合は、ハローワークや有料求人サイトを利用しています。各種資格試験や外部の試験対策講座の案内を周知し、職員が参加しやすいように勤務調整をしています。職員が各種資格を受験する前には、管理者が中心となって勉強会を行っています。喀痰吸引等研修、介護職員実務者研修、ケアマネジャー研修受講に当たっては、費用等の全額又は一部助成を行っています。 9. 新採職員は3月下旬、途中職員は採用時に、接遇マナーも含め計画に基づいた新人研修を行っています。在籍職員（管理者も含む）には、経験に応じた研修を行っています。施設内研修には外部の専門家を講師として招くこともあります。研修参加者は、気づきや考察をまとめた報告書を提出し、職員に回覧されています。研修は年間研修計画にしたがって実施し、職員の質の向上に努めています。外部研修に参加する場合は、職員の勤務調整を行い費用は施設で負担しています。新人職員にはOJTマニュアルに基づき、1年を通じて面談を行い、既在籍職員にも面談を実施して自らの業務の振り返りの機会としています。 10. 実習生受け入れマニュアルにて実習受け入れの基本指針が定められており、マニュアルに沿って実習指導を行っています。実習指導に当たる職員は、社会福祉士、介護福祉士実習指導者研修を受講しています。部署内でも研修を行い、受け入れ態勢を整えています。職員間でも実習指導について困っている点を確認し、話し合い、実習指導に役立てています。大学や専門学校の実習懇親会に参加し、実習生の現状把握に努めています。同施設内では、中学生のチャレンジ体験、社会福祉協議会からの介護等体験、大学生のインターンシップの受け入れを行っています。実習生が、実習中に現場の業務にやりがいを感じ、卒業と同時に入職につながったケースがありました。			
(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)		11. 職員の年次有給休暇、時間外労働の状況については、毎月、管理者が管理しています。法人内の管理職会議でも確認し、部署内の状況を客観的にデータ分析するようにしています。残業を行う場合は事前に申請しています。労働環境水準については、産業医・衛生管理者も参加する衛生委員会で、職員の労務管理・健康管理に努めています。育児休業法、介護休業法については、就業規則に明記されており実績もあります。利用者の身体状況に合わせ「体位交換シート」「モジュラー型車いす」「3モーター・4モーターベッド」を使用し、介護職員の負担軽減をしています。腰痛予防研修や腰痛ベルトの支給も行っています。 12. 全職員対象に、毎年ストレスチェックを実施しています。産業医、衛生管理者を設置し、必要に応じて提携している社会保険労務士などに相談できる体制があります。職員面接を定期的に実施し、意見や不満をくみ上げる体制があり、職員ヒアリングからも有効に機能していることが確認できました。休憩場所は畳敷きでリラックスできる環境です。保養所の利用や施設の食事券購入費一部補助の福利厚生制度があり、活用されています。全職員を対象に、ハラスメント（WEB）研修を実施しています。			

(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. 事業所の運営理念は、パンフレット・ホームページ等で情報公開しています。コロナの影響で中止していますが、日常的に地域のボランティアに日常生活支援のお手伝いをしてもらっています。新型コロナの影響で地域行事等は、すべて今年度は中止となりましたが、法人で「フジの会フェスティバル」や「落語会」を開催し、地域住民へチラシを配布して、法人のPRをしています。また、地域の行事（社協主催のあじさい祭り、餅つき等）に参加し、地域とのかかわりを大切にしています。 14. 伏見区社会福祉協議会の取り組みで、中・高校生対象の介護体験「ユースアクション」があり、受入れ依頼があれば対応できる体制を整えています。毎年実施の「フジの会フェスティバル」では、地域住民対象の相談コーナーを設けています。介護の日には「介護なんでも相談会」を実施予定でしたが、コロナ禍のためZOOMで開催しています。今後も、年2回（5月、11月）相談会を開催し、専門的な知識や情報を地域に還元する予定です。			

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. 法人情報は、パンフレット・契約書・重要事項説明書に詳細を記載しています。ホームページや機関誌、ブログでも公表しています。提供する情報の表記やサービス内容は分かりやすく説明しており、アンケート結果からも「分かりやすく説明を受けた」と、ほとんどの利用者及び家族が答えています。見学・相談については、随時電話・窓口等で対応しており、見学記録簿から確認できました。施設内の掲示物は、車いす利用の方も見やすい高さに掲示され、利用者に情報提供しています。				
(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. 入所希望者の面接時に重要事項説明書等の内容を説明し、契約時にも再度説明して理解を深めてもらい、契約書に署名・押印をもらっています。保険外のサービスについても記載し説明しています。判断能力に支障のある利用者・家族の方については、後見人・保佐人・補助人と契約を交わしています。施設内に成年後見人制度のパンフレット等を設置し、権利擁護が必要な場合は利用者の家族・担当介護支援専門員に連絡し、制度活用について提案を行う体制があります。				

(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。	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. アセスメントは包括的自立支援プログラムを使用しています。利用者と家族の意向は居室担当者が確認し、利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を細かく情報収集し、看護師・管理栄養士等専門職の意見を取り入れてアセスメントを行っています。アセスメントの見直しは半年に1回実施し、退院時や状態変化時にはその都度実施しています。 18. 個別援助計画は、本人、家族の意向を確認して、長期目標・短期目標を設定し作成しています。サービス担当者会議は、現在はコロナ禍のため、家族・後見人、看護師、相談員、ケアマネジャー等の参加で開催し（状況により電話で対応）利用者本人は参加していません。本人の要望を事前に居室担当者が確認し、本人の意向を代弁しています。家族が参加できない場合は事前に意向を確認し、プランに反映できるようにしています。 19. 個別援助計画策定にあたり、サービス担当者会議には、看護師・介護士・管理栄養士・介護支援専門員・相談員が、参加しています。医師にも参加要請し、出席が難しい場合は意見照会をしています。入所時には、前施設や居宅でのケアプランを参考にして、以前のプランの継承を心掛けて作成しています。在宅での看取りを希望された家族について、本人・家族の希望を尊重し、居宅介護支援事業所・主治医・家族と連携を図り対応したケースがあり、利用者の希望通り自宅で終末を迎えることができました。 20. カンファレンスやモニタリングは、各々半年に1回ずつ、合わせて年間4回実施しています。状態等に変化があった場合はその都度行い、必要時はケアプランの変更もしています。入院や体調変化で状態が変わった場合やターミナル期には、随時カンファレンスを行い、ケアプランの変更を行っています。退院時は基本2週間以内に、再度モニタリングを実施しています。専門家の意見照会もしています。		

(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. 2名の施設嘱託医とは、往診時以外にも24時間電話で連絡をとれる体制があります。協力医療機関とは、迅速な受診が可能となっています。協力医療機関の研修会や意見交換会に参加しています。入所時には、生活相談員・ケアマネジャーを通じて、主治医から医療情報の提供を受けています。退院時には、再び施設での生活がスムーズに送れるように、入院先の医療機関より情報の提供を受け、退院前カンファレンスにも参加しています。施設から退所される場合には、主治医やケアマネジャー等地域の関係機関へ連絡を行い、受け入れ態勢を整えてもらっています。近年施設から居宅に戻られたケースが2事例ありました。		

(5) サービス提供				
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)		22. 業務マニュアルは年1回、法人全体で職種ごとに見直しを行い、更新しています。部署では手順書を作成し、必要時に職員が閲覧できるように介護司室に配置し、ネットワークで閲覧もできます。提供しているサービスがマニュアル通りに実施できているかを、人事考課の評価の際に、主任・副主任が確認しています。マニュアルの見直しは、利用者満足度調査の分析結果や過去の事故、ヒヤリハット事例等も参考に改訂しています。 23. 担当者が、日常生活記録表（食事・水分・排泄・入浴等）によりサービスに関する記録を残し、パソコンに記録しています。各自がパスワードを設定して記録を管理し、個人情報の保護を徹底しています。利用者のケース記録等は鍵付きの保管庫にて保管し、保存、持ち出し、廃棄に関する規定も定めています。個人情報の取り扱いについて、入職時に誓約書を取り交わし、情報の保護に努めています。 24. 前日の日勤・夜勤帯の状況、看護師の申し送り、朝礼・終礼での申し送り事項を「申し送り簿」に記載し確認することで情報の共有を図っています。その他、職種間での連絡帳やメールのやり取り等で情報の漏れがないよう工夫をしています。毎月、介護司会議・ケース会議、食事会議等を行い、各会議録とケアプラン見直し一覧表、サービス計画書も併せて回覧することで、情報共有を徹底しています。パソコンの画面上で、情報伝達の確認ができるような工夫を望みます。 25. 毎月、居室担当者より家族へ手紙で状況を伝え、施設内の行事予定も同封しています。家族がカンファレンスに出席しやすいよう日程を調整し、欠席される場合は電話等で意向確認しています。事故や体調変化時、内出血を発見した際は必ず連絡を行い、情報の共有をしています。		
(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)		26. 感染症予防のため栄養士が外部の食中毒研修に参加し、その後、伝達研修を行っています。感染症が発生しやすい時期の朝礼時に、感染症マニュアルの読みあわせを行い、知識の再確認を行っています。感染力の強い感染症の対応方法については、実際にシュミレーション研修を行い、二次感染防止対策を講じています。施設入口に、手指消毒、消毒マット、マスク、館内に加湿器を設置し、流行期は外出や面会を規制し感染予防としています。職員一人ひとりに手指消毒用のアルコールを配布し、就業時に携帯しています。 27. 害虫駆除は業者に依頼し、浴槽の清掃及び水質検査は規定された内容に従い職員が行っています。排泄介助ごとにトイレ内の消毒を行い、衛生管理を徹底しています。トイレ、各居室には換気扇が設置され、特に換気や臭気対策が必要な場所には空気清浄機を使用しています。一日数回、時間を決めて換気を行い、コロナ対策を徹底しています。朝と夕方に居室の環境整備と点検も行っています。前回の第三者評価で、食後の時間帯に臭気対策が必要ではないかとの指摘があり、設計士に施設内の空気の流れやよどむ場所等を調査してもらい改善に繋げています。		

(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。	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)	28. 事故や緊急時対応のマニュアルを作成し、必要に応じて修正を行っています。避難訓練は年2回(6、12月)、内1回は消防署立会いのもと実施しています。部署内でも、防火管理者が中心になって、定期的に職員研修を行っています。緊急連絡網を各部署に掲示し、指揮命令系統にしたがい緊急時の対応ができるようにしています。 29. 事故発生時は事故対応マニュアルに従って対応し、必要に応じて行政に連絡し、事故報告書を作成しています。事故後、数日内に事故対策会議を開催し、報告書の内容確認、原因の究明、今後の対策を話しあい、必要時はマニュアルの改定を行っています。睡眠状態の確認できるシステム「眠りスキャン」を導入することで転倒による骨折が少なくなり、利用者の安全・安心につながっています。ヒヤリ・ハット報告、事故報告の内容等を情報共有して、再発防止に努めています。 30. 災害発生時の時の対応マニュアルや緊急連絡網・組織図(指揮命令系統)を、各部署に掲示しています。備蓄品を屋上倉庫に保管しています。風水害に対する避難訓練で担架救助訓練も年1回実施しています。防災プロジェクト会議にて、大規模災害に対応したマニュアルを作成しています。福祉避難所に指定されています。			

大項目	中項目	小項目	通番	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)				
			3 1. 利用者保護の観点から「利用者本位・尊厳の尊重」の基本方針を掲げ、運営規程やマニュアルに、具体的なサービスの在り方を明記し実践しています。身体拘束の禁止や虐待防止については明文化されるだけでなく、計画的に研修も実施されており、利用者とのかわり方で好ましくない言葉「NGワード」のアンケートを実施し、結果は会議で振り返りや掲示をするなどして注意喚起しています。		
			3 2. 利用者のプライバシーや羞恥心への配慮については、全職員に行動基準書や法人共通マニュアルを配布し、定期的に読み合わせを行っているほか、主任による研修や動画による研修などで常に研鑽しています。排泄や入浴介助時における羞恥心に配慮したサービスのほか、意向聴取時には会話が漏れないような場所を確保したり、居室に入室する時は事前に声がけし、希望によっては同性による介助もしています。現在4人部屋を、よりプライバシーを守れる空間へと改修中です。		
			3 3. 京都市の入所指針をもとに作成した「フジの会入所指針」に則り、毎月の入所検討委員会にて、公平・公正に決定しています。今までに受付を断ったケースはありません。		

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てている。	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。	A	A
(評価機関コメント)		34. 家族等が苦情や意見が言いやすいように、館内に苦情ボックスとご意見用紙を設置しているほか、言いにくい場合は居室担当ではなく相談・支援担当が聞くようにしています。カンファレンス時には、家族も来られるので、特に意見をしっかりと聞くようにしています。利用者にとっては食事が楽しみのひとつで、事前にリクエストを聞いておき、誕生日に特別メニューとして提供するようにされています。年1回、アンケートによる満足度調査を実施し、回答結果は機関紙で公表し、苦情にはコメントがつけられています。 35. 行動基準書に「クレームはラブコール」と記されているように、苦情は真摯に受け止められ、迅速、丁寧に対応されています。苦情を契機として、サービスの手順が改善されたこともあります。また苦情の記録やその内容の共有も的確です。現在、玄関に苦情対応のファイルが設置されて閲覧できるようにはなっていますが、あまり活用されていません。誠実な苦情処理は利用者の信頼を得ることにもつながりますので、ブログや機関紙を使って積極的に公開されてはいかがでしょうか。 36. 第三者委員や公的機関の連絡先は、重要事項説明書に記載してあるほか、玄関に大きく貼り出されています。その掲示を見て、実際に第三者委員に電話が入った事例もあります。館内掲示だけではなく、会報などにも記載されることをお勧めします。京都市の介護サービス相談員の受け入れはコロナ禍で休止していますが、今後の再開に期待します。		

(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てている。	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)		37. 毎年1回、全利用者対象に満足度調査を実施し、どうすれば改善できるか、より良いサービス提供に繋がるか、問題点や解決策を、職員全員で検討しています。アンケート結果を受けて改善された事例もありました。アンケートの様式は、記述式にしたり、クロス集計が出来るようにした方が、より実態を把握しやすいと思われるところがあり、設問等に工夫が必要です。 38. サービスの質の向上については、毎月の職員会議や介護司会議で検討し、その報告も回覧されています。また、非常勤職員を含めて、議事案件を提案する仕組みがあり、職員のモチベーションを高めています。法人内他事業所とは、合同管理職会議にて情報収集し、また、外部研修等を通じて、他事業所の取り組みについても情報収集をしています。 39. 事業所の自己評価は、年度末の事業総括および次年度計画の策定に合わせて行われています。評価結果の分析・検討を行い、サービス内容についての課題を明確にし、次年度の事業計画に反映しています。第三者評価は、3年ごとに受診され、指摘事項の改善も図られています。		