

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 4 年 5 月 1 8 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 4 年 1 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（伊勢田明星園小規模特別養護老人ホーム）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サービスの提供に役立ててください。

## 記

特に良かった点とその理由  
(※)

近鉄京都線伊勢田駅から西北方向に徒歩約 10 分の閑静な住宅地に「伊勢田明星園 小規模特別養護老人ホーム」が運営されています。母体は「社会福祉法人 宇治明星園」で平成 25 年 3 月に開設されました。続いて、平成 27 年 3 月に、「短期入所生活介護・小規模多機能型居宅介護」を併設されました。

施設の南側には「八幡神社」北側には鎮座 1280 年前といわれる「伊勢田神社」があり、東側には、伊勢田神社の参道が約 500m あります。参道では、四季折々の桜、新緑、紅葉、落葉など四季を感じることができる散策道です。これらの周辺環境や立地状況により建物の設計に工夫をされ、リビング等でその季節の変化を眺め、楽しみ、穏やかな時間を過ごすことができます。また、2 階のボランティアルーム横には、広い屋上庭園・菜園があり、外気浴や日光浴を楽しむことができます。また、地域の方にも利用開放（コロナ禍で現在は中止）されています。

### ○人材育成と働きやすい環境

法人の「明星園が大切にしていること」として、1 つは、「介護のしごとに伴って携わり続けるために必要な技術です。」適切な技術は、その方の生き方をお手伝いする下支えとなり、私たちの身を守る術となります。経験や知識を蓄え、その実である資格取得を目指す職員を育てています。2 つは、「職員一人ひとりが持つ感性です。」感じたメッセージを理解する力、理解したことを表現する力。その方からの願い、想い、感情を、私たち一人ひとりが持っている感性ですくい、受け止め、介護という場面で表現していくと表明しています。

平成 26 年「きょうと福祉人材育成認証制度」の「認証」を取得されました。「新人教育の充実」「未来を描ける職場」「社員を大切に作る職場」「コンプライアンスと社会貢献」の 4 分野 17 項目の審査基準があり、「認証」取得には、すべてクリアする必要があります。この「認証」を受け、新人教育には 5 ヶ月間の OJT 指導期間を設け、新人育成に力を入れています。新人職員の仕事

に関する悩みは各ユニットリーダーが担い、よき相談相手となっています。

在籍職員には、「きょうと福祉人材育成」の研修プログラムを活用し、個々のレベルアップを図るとともに、伝達研修で各職員に研修内容を周知しています。働きやすい環境として、短時間労働者「60歳以上のリタイア世代や、働くママ（子育ての女性）」の積極的な採用をされています。

有給取得率は、正職員が80%以上、パート職員は100%であり、職員を大切にしている法人であることが伺え、また、職員のヒアリングでも確認ができました。

事業計画の中でも、労働環境の整備、職員の育成について明言されています。職員の定着と研修を通じて職員がレベルアップできることで、利用者にとって安心されること、統一した、より良いサービスを提供できることを実現されていました。

### ○地域との交流と情報公開

社会福祉法人 宇治明星園の設立精神では「地域に開かれた地域に根差した地域住民に支えられた施設づくり」を掲げ、経営理念では「肩をはらずに夢と希望をもって地域に生きる」と表明されています。

地域密着型特別養護老人ホームであることから、地域の住民が対象となり、住み慣れた場所で過ごせる条件（伊勢田神社の新緑、紅葉、落葉を感じることができる参道など）が整っています。法人、事業所に概要は年1回の機関紙「一年の歩み」を1,000部作成し、地域に配布し周知しています。また、ホームページやSNSを活用し地域に事業所の情報を発信され、さらに、エントランスにも事業所の情報を設置されています。コロナ禍のため、ボランティアの受け入れは制限されていますが、高校生の傾聴ボランティアは感染予防を徹底した上で実施しています。餅つき大会は、感染予防のため、参加者限定で実施しています。

### ○事業計画の評価と見直し

法人が策定する「社会福祉法人宇治明星園 中長期（事業継続）計画」に基づき、事業活動（経営）計画を策定しています。事業計画では「特養ケアの専門性を高める」をスローガンに掲げ、活動方針、具体的な取り組みを明確にしています。事業計画の進捗状況は、職種別代表者会議やユニット会議で職員の意見を聴取し9月末で中間総括をおこない、課題を明らかにして見直しが必要であれば、中間総括（案）を作成し、中間監査の承認を得て事業計画（案）を策定、理事会の承認を得て、事業報告の見直しをしています。また、年度末には事業総括を通して課題を明確にし、次年度の事業計画に反映しています。

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>○事故の再発防止</p> <p>事故報告書やヒヤリハット報告書などを作成し、定期的に記載される事故防止対策会議に報告・事故防止対策について検討されていますが、その後の対応等の経過記録を確認することができませんでした。</p> <p>○利用者一人一人の状況に応じたアセスメントの充実</p> <p>サービス開始時には面談を行い、担当の介護支援専門員や専門家（主治医等）からの情報収集を行い、独自のアセスメントに記載されています。24時間シートに基づき、入居者一人一人の目標を設定し個別計画を策定をされ、サービス提供の内容には入居者本人や家族の要望や意見などが反映されています。しかし、アセスメントによる残存機能を使った場面が記載された書面を確認することができませんでした。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p>○事故の再発防止</p> <p>事故報告書やヒヤリハット報告書などを作成し、事故防止対策会議では事故内容を報告、再発防止に向けての対策を検討されます。検討された再発防止の対策を講じた結果、どのような状況になったのか（経過）を把握し、このまま継続するのか、それとも再検討が必要なのか、入居者の状況等と照らし合わせながらの検証はとても重要です。その上で、必要であれば個別援助計画の見直しを行うことが、入居者が安全に安心して生活できることにつながるのではないのでしょうか。事故後のPDCA（計画→実施→評価→改善）を記録として残し、入居者の個別援助計画に反映され、日々の活動がより良いものになることを期待します。</p> <p>○利用者一人一人の状況に応じたアセスメントの充実</p> <p>サービス開始時には面談を行い、担当の介護支援専門員や専門家（主治医等）からの情報収集の上、アセスメントシートに記載していきます。利用者一人一人の残存機能（能力）には違いがあり、変化していきます。残存機能（能力）に関するアセスメント項目を検討されてはいかがでしょうか。アセスメントによって明らかにされた残存機能（能力）が活かされた支援内容（サービス）は、利用者自身にとって嬉しいものです。残存能力が活用されている場面の記録を残され、定期的に行われるモニタリング等で話し合いの場で報告・検証し、個別援助計画に反映され、質の高いサービスへとつながることを期待します。</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                    | 2671200182           |
| 事業所名                     | 伊勢田明星園小規模特別養護老人ホーム   |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 |
| 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4年4月12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 |
| <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)        |     | 通番1. 法人の「設立精神」「経営理念」「運営理念」は年1回発行される機関紙やホームページで明示されている。さらに、事業所理念として「自由気ままに、喜びあえる住まいづくり」と明示され3項目のケアの柱「これまでの生活を大切にする」「ご本人の自己決定を大切にする」「ご本人のできることを大切にする」を掲げ、理念に沿った日々の介護サービスの提供をしている。年度始めの職種別代表者会議で職員に理念の周知をするとともに、機関紙を配布している。また、家族にも機関紙を配布することで理念の周知をしている。<br>通番2. 事業所として組織図を作成し、定款別表や職能定義書に基づき、組織の意志決定方法を明確にしている。理事会は定款に基づき、定期的に開催している。職種別代表者会議やユニット会議で職員の意見を聴取し、事業所の運営に反映をしている。職能定義書により、等級に応じた職務権限を明確にしている。 |      |      |       |
| <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)        |     | 通番3.4. 法人が策定する「社会福祉法人宇治明星園 中長期（事業継続）計画」に基づき、事業活動（経営）計画を策定している。事業計画では「特養ケアの専門性を高める」をスローガンとして、活動方針、具体的な取組を明確にしている。事業計画の進捗状況は、9月末で中間総括をおこなっている。課題を明らかにし、見直しが必要であれば、中間総括（案）を作成し、中間監査の承認を得て事業計画（案）を策定、理事会の承認を得て、事業報告を見直しをしている。また、年度末には事業総括にて課題を明確にし、次年度の事業計画に反映をしている。   |      |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |  |      |      |       |
|                            | 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)  |   | 通番5. 集団指導はコロナ禍で中止され、ホームページから行政の指導内容をダウンロードして確認をしている。職員に周知すべき事項については、職種別代表者会議で伝達をしている。園長は各種協議会等で必要な法令の情報交換をしている。職員に必要な法令はパソコンのフォルダーでリスト化し、誰でもすぐに閲覧できるようにしている。職員には、職種別代表者会議やユニット会議で遵守すべき法令を周知している。また、必要時には回覧方式で職員に周知している。<br>通番6. 職能資格規定に基づき園長の職務分掌を明示し、園長は職種別代表者会議やユニット会議で管理者の役割と責任について表明をしている。園長は管理職会議に参加し事業所の運営方針について意見を述べている。園長は人事考課面談の他、日常の会話の中で、各職員の意見を聞く機会を設けている。人事考課制度の中で、園長の評価をする項目を設け、自らの行動を把握し見直しをしている。<br>通番7. 園長は社用スマートフォンを常に携帯し、有事の場合はすぐに連絡を取れる体制である。園長は常にサービスの実施状況を把握できる場所で勤務し、外出の場合でもスマートフォンで情報を確認ができる体制である。緊急時には園長や管理職に連絡をし、指示を仰ぐ体制となっている。 |   |   |

| 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)    |    | 通番8. ホームページで「明星園が大切にしていること」にて、求める人材を明示している。「介護のしごとに携わり続けるために必要な技術・・・」「職員一人ひとりが持つ感性（中略）感じたメッセージを理解する力・・・」を職員に求める姿勢としている。また、無資格者であっても、介護に熱意がある方は採用をしている。さらに、短時間労働者「60歳以上のリタイア世代や、働くママ（子育ての女性）」の採用を積極的に推進をしている。常勤・非常勤比率、有資格比率は毎月確認をし、介護福祉士資格取得率は90%である。法人で資格取得支援制度があり、資格取得後は資格手当が支給される。<br>通番9. 年度毎に研修計画を策定し、研修を実施している。法人として人権研修会を毎年実施している。外部研修は「きょうと福祉人材育成認証制度」の研修プログラムを活用している。また、希望者には、動画による研修も取り入れている。新人職員の悩みや相談は、各ユニットリーダー等が担って、新人育成に取り組んでいる。<br>通番10. 実習生の受け入れマニュアルを整備し、介護福祉士（約20日間）や社会福祉士（約1か月間）の資格取得の実習生の受け入れをしている。また、高校生のボランティアの受け入れや、八幡支援学校の体験の受け入れもおこなっている。実習指導者は、介護福祉士の研修指導者が2名、社会福祉士の研修指導者が2名が研修を受けて指導者として資格要件を満たしている。 |   |   |

### (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) | 通番11. 職員の有給休暇や時間外労働の管理は、管理者や総括リーダーがおこなっている。有給休暇の取得は、パート職員については、ほぼ100%の取得である。正職員については80%を超える取得率であることが現地調査で確認ができた。時間外労働は、パート職員はほとんどなく、正職員では、月平均2時間程度であり、サービス残業はないこともヒアリングで確認ができた。職員の介護負担軽減として、浴室リフト、特浴リフトの導入をしている。<br>通番12. 年1回、法人でストレスチェックを実施している。必要であれば、精神科の産業医を選任しているので、相談体制を整えている。福利厚生として、インフルエンザ接種の補助や、職員の親睦会（昨年、今年度は感染予防のため中止）をおこなっている。ハラスメントの規定は現地調査で確認ができた。職員の休憩室は2カ所以上確保し、リラックスできる空間であり、かつ、分散で休憩ができるように感染予防に務めている。 |   |   |
| <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) | 通番13. 法人、事業所に概要は年1回の機関紙「一年の歩み」を1,000部を作成し、地域に配布し周知している。また、ホームページやSNSを活用し地域に事業所の情報を発信している。また、エントランスにも事業所の情報を設置している。コロナ禍のため、ボランティアの受け入れは制限しているが、高校生の傾聴ボランティアは感染予防を実施した上で実施している。餅つき大会は、感染予防のため、参加者限定で実施している。<br>通番14. 地域の防災活動の参加や、夏祭りや地蔵盆でのお菓子の提供、秋祭りの参加をしている。また、2階のボランティアルームを地域に開放（コロナ禍により現在中止）している。  |   |   |

| 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)   |     | 通番15. 事業所の情報はホームページやパンフレット等で公開している。利用料金は1日あたりの費用がわかるように記載されている。相談等の受付があった場合には日報に記録している。（コロナ禍のため、現在は事業所窓口での対応）                                |      |      |       |
| <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)   |     | 通番16. サービス開始時、サービスの内容や料金等を重要事項説明書に記載し、介護保険外のサービスについても説明を行い同意を得ている。現在、後見人制度を利用されている人はいないが、利用者の権利擁護のための成年後見人制度及び、日常生活自立支援事業の活用できるよう体制は確立できている。 |      |      |       |
| <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)         |    | 通番17. サービス開始時には面談を行い、本人や家族から心身の状況や生活歴・要望や意見等を聞き取り、時には、居宅介護事業所の担当介護支援専門員や医療機関などからの情報も得ながら、独自のアセスメント様式に記載している。3ヶ月に一度、アセスメントの見直しをおこない、施設の介護支援専門員や各専門職（看護・栄養・介護等）の立場からの意見も取り入れて個別援助計画に反映させている。利用者の24時間シートも活用されているが、利用者の残存機能を活かした場面が記載されている内容を書面にて確認することはできなかった。<br>通番18. サービス担当者会議等を開催し、利用者・家族の希望を取り入れ、入居者一人一人の目標を設定し、個別援助計画を作成している。<br>通番19. 個別援助計画は、3ヶ月に1回、サービスの提供状況をユニット会議等で話し合い、モニタリングしている。また、他の職種（看護職・管理栄養士・介護職や主治医の意見「照会文」）などが参加するサービス担当者会議などで出された意見なども取り入れ、個別計画援助計画に反映している。<br>通番20. 個別援助計画は3ヶ月に1回見直ししている。また、心身の状況の変化があれば、随時見直しをおこなっている。 |   |   |
| <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)         |    | 通番21. 嘱託医の回診時には利用者の心身状態について報告している。回診時以外にも必要に応じ相談できる体制があります。入退院時には、医療機関と双方で情報交換を行っています。  |   |   |
| <b>(5) サービスの提供</b> |    |   |   |   |
| 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)         |    | 通番22. 「職務基準書」に基づき、業務の内容にあった実務的な業務マニュアル（主任やリーダーの業務分担をはじめ、看護職・ユニットごとの介護業務フローなどを整備している。また、職位・職種別に詳しく業務マニュアルが作成されている。事故等が起こった際にはモニタリングや再アセスメントを行い、介護支援計画に反映している。<br>通番23. 個人情報保護規定を整備し、年1回、研修会を開催している。個人記録などサービス実施状況はPC（ケア記録一覧・介護記録）に記録している。<br>通番24. 日々の申し送りや記録などはパソコンなどのシステムを通じて職員間で情報共有を行っている。また、ユニット会議等でも職員間の意見交換などが行われている。<br>通番25. 3ヶ月に一度、モニタリングの結果に基づくケアプランにご家族様、または入居者からサインをいただいている。また、別室での面会やオンライン面会（Zoomの活用）や直接お会いした際などにも日々の様子を伝えている。   |   |   |
| <b>(6) 衛生管理</b>    |    |   |   |   |
| 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) | 通番26. 衛生委員会を定期的に開催し、研修会等も実施しています。基本的なマニュアルだけでなく、新しい情報を基にその時々感染症対策の注意事項等をパソコンを通じて発信し、職員がいつでも閲覧できるようにしています。<br>通番27. 事業所の清掃は職員が行い、宿直日誌に記載してあります。事業所全体が整理・整頓され、トイレの天井に脱臭装置も設置するなどして、気持ちのよい環境作りに取り組まれています。  |   |   |
| <b>(7) 危機管理</b> |            |   |   |   |
| 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) | 通番28. 事故や緊急時のマニュアルが作成され、研修マニュアルに基づき、職員対象の研修会を開催している。<br>通番29. ヒヤリハット・事故簿を作成し、内容等についてはユニット会議等で話し合い、事故再発防止の話し合いがなされているが、その後の対応等の経過記録を確認することができなかった。<br>通番30. 法人としてBCP計画が策定しており、中でも水害被害等の経験から、会議などを通じて職員等に明示、説明を行っている。また、消防計画に基づき、夜間想定も含めた消防訓練の実施が行われている。地域で開催された防災についての勉強会に職員が参加している。 |   |   |

| 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)              |     | 通番31. 「設立精神」「経営理念」「運営理念」の基づき、利用者の人権や意向を尊重し、自尊心に配慮したサービス提供に務めている。施設開設の設計段階から入居者の個性を意識し、ハード面を考慮した建物になっている。このことは、現地調査で確認ができた。身体拘束委員会を2か月に1回開催し、また、虐待防止については各種会議で議論している。さらに、各種会議にて、身体拘束、虐待に関しての研修をおこない、職員の意識付けをしている。<br>通番32. 館内や居室は入居者のプライバシーや羞恥心を配慮した設計となっている。居室にはトイレが設置され、出入口は2面になっていて、プライバシーや羞恥心に配慮している。また、車椅子の利用者にも配慮し利便性を考えて設計をしている。<br>通番32. 利用申込を受けられないケースとして、地域密着型サービスのため、法令により対象外である場合は、丁寧に説明をし他の施設を紹介している。また、満床の場合は、法人内の他の特養を紹介をしたり、介護度によっては、小規模多機能を紹介している。 |      |      |       |
|                    | <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。   | 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<br>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>通番34. 生活相談員が何でも自由に気軽に相談ができる(窓口の一本化)体制を整えている。また、入居者の要望や意見は、日々のケアに於いて日常的に汲み取るように配慮している。入居者の意見や要望、苦情は各種会議で共有し職員に周知され、改善できることは速やかに対応している。(家族会で意見を聞く機会を設けているが、コロナ禍で中止している)</p> <p>通番35. 利用者の意見・要望・苦情に対する対応マニュアルを整備している。意見・要望・苦情に対しては各種会議で議論され迅速に対応している。「ご意見箱」を設置していたが、形骸化しており、直接的な関係を築く事が大切と気づき、ご入居者ご家族とのコミュニケーションを心掛けて、意見・要望・苦情の統計及び分析を実施し、機関紙で公表している。</p> <p>通番36. 地域の児童・民生委員の方に「サービス向上提言委員」として相談窓口になっていただいている。重要事項説明書に明記するとともに、玄関には相談窓口を掲示している。また、機関紙にも相談窓口を明記している。現在、外部からの苦情はないが、苦情が出た場合には、迅速に対応する仕組みがある。介護相談員の受け入れも実施し、コロナ禍では「zoom」で対応している。</p> |   |   |

(3) 質の向上に係る取組

|                   |    |  |   |   |
|-------------------|----|--|---|---|
| 利用者満足度の<br>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。  | B | A |
| 質の向上に対する<br>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<br>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. 年1回満足度調査を実施し、家族からの意見や要望を聞き入れる取組をしている。家族から出された意見や要望は、職種別代表者会議で議論し、改善できることは改善し、その結果を機関紙等を通じて家族に公表している。</p> <p>通番38. サービスの質の向上に向け、地域の民生医委員などが参加する、運営推進委員会で委員から意見を聴取する仕組みがある。また、2ヶ月に一度職種別代表者会議を開催し、職員からも意見聴取できる仕組みがある。出された意見はマニュアルの変更や追加につなげたり、事業計画の見直しを会議で審議している。京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構のホームページで他法人の第三者評価結果を閲覧し、情報収集することで、自事業所の運営の参にしている。</p> <p>通番39. 滋賀県のフォーマットを活用して、職種別代表者を委員とし、自己評価を年1回、実施している。結果を次年度の事業計画に反映させている。第三者評価は3年に1回受診をしている。</p> |   |   |