

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 4 年 8 月 2 9 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 9 月 3 0 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **特別養護老人ホーム 大原ホーム**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>京都北山の大原の地にある京都大原記念病院グループは医療法人社団「行陵会」と社会福祉法人「行風会」の二つの法人が、医療・介護・福祉のサービスを提供しています。特別養護老人ホームの設立当時は夏には、ホームの前の広場で、地元の方も参加をされ盆踊り大会など、季節ごとの行事も催しされていて、ホームの入居者も生活の潤いや楽しみごととされていましたが、コロナ禍で季節行事などの地元との交流の機会は5月の祭りの神輿巡行以外では中止になっています。その中でも大原ホームの2階にある「地域交流ホーム」は、地域ケア会議やワクチン接種場所、消防団の出初式など、地元への開放は続けられています。特別養護老人ホーム（大原ホーム）と京都大原記念病院は廊下でつながり、協力医療機関として必要時には利用できることが高齢の利用者や家族にとっては大きな安心となっています。</p> <p>〈組織体制〉</p> <p>大きな組織の中で、職員一人ひとりの声を吸い上げ、管理ミーティングで決定された方針を伝えていく、組織として統率が取れるようにフロアごとに居室リーダー⇒フロアリーダー⇒看護・介護主任・副主任⇒現場管理責任者・係長⇒施設長と明確にしています。また、管理マニュアルで、「委員会一覧」や「各職種の責任と役割」などを作成して、業務に対してそれぞれの向かう姿勢を明確化されています。多職種との連携も委員会組織で各々の専門分野での力が発揮でき、仕事内容の見える化をはかっています。看護師の資格をお持ちの施設長は、「利用者の最期の姿を人間らしく、その人らしく美しい姿で終えるには職員がどうかかわっていくのか」を常に組織目的と理念を職員に問いかけられており、調査当日にはそのことを情熱的に語られていました。</p> <p>〈事業計画〉</p> <p>事業計画は毎年度、フロアリーダーが中心となって職員の意見を集め、その後スワット分析で強みや弱みを調べた上で、フロアリーダーミーティングで内容を作り上げ、管理者ミーティングで決定されていました。内容は、財</p>
-----------------------------	---

	<p>務、顧客、業務プロセス、学習と成長の4つの視点から作成されていて、目標値や担当者、アクションプラン等を分かりやすく、かつ詳細に作成されていました。またそれらの目標に対して、中間値を出し、9月末日に中間評価を行い、そして、年度末に最終値をもとに最終評価をされていました。事業計画は、職員用にはパワーポイントで分かりやすい資料を作成されていて、現在はコロナ禍で集まって説明することができないため、主任や副主任から職員に個別に説明されていました。</p> <p>〈業務マニュアル〉</p> <p>業務マニュアルは、大原ホームの実践マニュアルとして入浴や排泄，移動，口腔ケア等や、認知症，健康管理等の種類ごとに詳細に作成されていました。内容についても、細かな手順が記載されていると共に、写真も多用しており、非常に分かりやすく作成されていました。各種マニュアルの見直しも、毎年管理ミーティングや委員会で行われていました。そして、苦情により、マニュアルの変更が必要な場合は、マニュアルの内容を適宜変更して業務の改善も図られていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番5. 〈法令のリスト化〉</p> <p>各種法令については、身近に閲覧できる場所にまとめて置かれていましたが、それらのリスト化まではされていませんでした。</p> <p>通番6. 〈経営責任者又は運営管理者の評価〉</p> <p>施設長は、毎日現場を長時間巡回していて、職員とも業務の中でそのつど話を聞かれていましたが、定期的に職員が上司を評価するという形では実施されていませんでした。</p> <p>通番35. 〈苦情等の公表〉</p> <p>苦情等については、改善状況等を個別に話はされていましたが、公開までには至っていませんでした。</p> <p>通番36. 〈外部の人材の受け入れ〉</p> <p>入所者のところに直接出向いて相談に乗る介護相談員等の利用はありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>〈法令のリスト化〉</p> <p>法令のリスト化を進め、パソコンで法令に関するリンク集を作るなどして、職員がすぐに調べられる体制を作られることをお勧めします。</p> <p>〈経営責任者又は運営管理者の評価〉</p> <p>書面等で上司評価の書類を作成し、定期的に施設長に対する職員の意見を聞かれることをお勧めします。</p> <p>〈苦情等の公表〉</p> <p>苦情等を受けた時は、個人情報を保護しつつ改善状況等を記載した報告書を事業所に貼り出したり、ホームページ上で公開されることをお勧めします。</p>

	<p>〈外部の人材の受け入れ〉</p> <p>コロナ禍が落ち着いて、外部の人が施設に出入りが可能になれば、介護相談員等、外部の人材を受け入れ、利用者の相談機会の確保がおこなわれることをお勧めします。</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	2670600051
事業所名	特別養護老人ホーム 大原ホーム
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
訪問調査実施日	令和4年7月14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)		<p>1. 法人の理念や方針はパンフレット、ホームページに掲載しているほか、玄関エレベーター前に掲示して内外に周知し、運営方針ののっとって運営している。職員は毎朝朝礼で理念を唱和（コロナ禍で代表による）していると共に、年度当初の会議で事業計画と理念を説明をしているが、コロナ禍で集まれない時は職員一人ひとりに説明して浸透する取り組みをしている。利用者や家族には契約説明時に理念・方針の説明をし、大原ホームのパンフレットや法人の取り組みを掲載している行風会法人のパンフレットを見てもらっている。（年度当初の会議の議事録を確認）</p> <p>2. 案件別の意志決定方法は、「管理マニュアルの業務基準」で明確にしている。理事会は年3回開催され構成員が出席しているが、コロナ禍のためリモート開催が多かった。各委員会や各フロアリーダーは職員の意見を取りまとめ、管理者ミーティングで伝えて協議し、報告事項を職員に伝達している。（ただし、コロナ禍のため資料回覧が多くなっている。）各職務に応じた権限の委譲は「管理マニュアルの各職種の責任と役割・業務基準」で明確にしている。</p>			
<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)		<p>3. 中長期計画は「中長期事業計画・収支予算表」（R2～R4年度）で、長期・中期・短期目標と分けて作成され、職員に回覧し共有している。中長期計画をもとに事業計画を作成する時は、フロアリーダーがスワット分析で強みや弱みを調べ、フロアリーダーミーティングで内容をつめた後、管理者ミーティングで決定し、主任や副主任から職員に説明している。また、事業計画を作成する時は法律改正や満足度アンケート、看取り後のアンケートで把握した利用者ニーズを反映させている。（中長期計画で確認）</p> <p>4. 事業計画はフロアごとに多職種共同で作成されており、内容は各専門職ごとに担当を決めた形で取り組むようになっている。事業計画は年2回評価をおこなっている。（事業計画を確認）</p>			
<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り組みを行っている。	A	B	

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	B
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. 法令遵守の観点での研修は集団指導への参加やワムネットで新しい情報を調べている。職員には必要な情報を申し送りで伝えると共に、回覧で周知徹底している。集団指導の本や法令解釈本等を設置して、いつでも閲覧できるようにしているが、リスト化は出来ていなかった。また、「職員倫理規定」を職員手帳の別冊として、職員全員に配布している。自主点検表は職員に周知し、常に閲覧できる書棚に置いている。(閲覧できる書棚の確認)</p> <p>6. 施設長の役割と責任については、管理マニュアルの職務分掌・業務基準で明確にしている。施設長が管理者ミーティングで表明したことをフロアリーダーが、職員に周知している。施設長は各委員会や管理者ミーティング、理事会などで運営方針の決定時は参画し、意見を述べている。また、職員の意見を聞く機会はフロアを毎朝ラウンドする時に職員から声をかけてきたり、年2回の個人面談で聞いているが、職員が定期的に管理者を評価する取り組みは出来ていなかった。(管理者ミーティング議事録で確認)</p> <p>7. 施設長は毎朝現場を回っており、常にフロアにいて職員と同じ目線で業務をしている。また、現場を離れる時は施設内ではPHSを常時所持し、外出する時は携帯電話で連絡が取れるようにしている。常に、管理日誌や社内メールで状況が把握でき、緊急事態が発生した時はフローチャートで案件別に、誰に情報を送るかが決められている。例えば、その場にいた職員から主任に連絡があり、そこから、指示を出すようになっており、協力医など必要なところに連絡をすると共に、緊急連絡網で連絡をしてフロアリーダーから施設長に事後報告をする時もある。(緊急連絡網・フローチャートで確認)</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. 人事管理に関する方針はキャリアデザイン制度で表示し、必要な人材や人員体制に関する採用基準を明確にしている。離職率も低く離職理由は結婚や郷里に帰るなど、やむを得ない理由がほとんどである。採用後の資格取得バックアップ制度があり、実務者研修やケアマネジャー更新研修は日勤扱いで参加出来るようにしている。(キャリアデザイン制度資料で確認)</p> <p>9. 研修計画は大原記念病院グループ介護教育計画と大原ホーム研修計画からなり、新規採用者、1年目、2年目、3年目など段階的な研修で必要な知識や技術が身に付くよう取り組まれている。(研修参加記録で確認) 外部研修は申し送り伝えて案内を回覧し、自主申告や推薦で経費負担をして日勤扱いで行っている。気づきを促す取り組みとしては、介助内容ごとに、どのようにサービスをおこなっているかの自己評価を年2回「サービスチェックシート」でおこない、意識を高めている。互いが学び合う勉強会は各フロアと大原ホーム全体で行い、OJTやプリセプター研修も取り入れている。(グループ介護教育計画・大原ホーム研修計画で確認)</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルを作成し基本姿勢を明文化している。実習指導者への研修はグループ介護教育でおこなっている。そして、次世代育成のための実習受け入れは、近隣の京都大原学院のチャレンジ体験や高校生の就業体験を受け入れている。インターンシップも年に数人受け入れているが、資格を取るための実習生受け入れの実績はなかった。</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)		11. 職員の勤務状況は、勤務ソフト「タイムプロ」を導入して副主任以上で管理し、集計して気になる時は口頭でフロアリーダーや個人にフィードバックをしている。衛生委員会の毎月の会議には産業医も参加し、職員の意向や健康面を管理している。希望休を聞き取り、その後勤務表を作成している。育児休業の取得実績があると共に、妊娠している職員には業務の負担を減らしている。シャワーバスや電動ベッド、入浴用車椅子、リフトを設置し職員の負担軽減につなげている。(就業規則・衛生委員会議事録を確認) 12. 衛生委員会には産業医も含まれ相談体制が確保されると共に、メンタルヘルスチェックを一年に1回実施している。産業医に相談や不満が言える仕組みになっている。(衛生委員会の議事録で確認)ハラスメントは就業規則に明示されている。管理者による年2回の職員面談も実施している。福利厚生制度は京都府民間社会福祉施設共済会に加入し、映画のチケットの配布やホテルや薬品の割引などや、生活の利便性に関する補助が受けられる。休憩室は各フロアに設置し、職員が食事やお茶を飲み回らねけるスペースが確保されていると共に仮眠室も設置されていた。		
<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)		13. 地域にはパンフレットや広報誌(オリナス)、すこやか学級の住民用案内を高齢サポート・大原の職員と共に配布している。また、ホームページにも施設の取り組みや地域と一緒に取り組んでいる三千院の花まつりなどを紹介している。施設の地域交流スペースを地域ケア会議やワクチン接種場所、消防団の出初式等に開放している。情報の公表の基本情報はファイルで開示している。地域の情報はカウンターに置いたり、掲示板に掲示している。以前は三千院の花まつりが大原ホームに来たり、祭りのみこしがロータリーに来ていたので、利用者は楽しみにされていた。(ホームページで確認) 14. 地域の小中一貫校の京都大原学院で認知症サポーター講座をオンラインで実施したり、人権講座(車いす講座)を開催している。地域住民には相談事業を行うと共に高齢サポート大原と互いに情報を提供し合い地域の介護、医療、福祉ニーズの把握に努めている。(高齢サポート・大原は京都市から受託、同法人が運営している地域包括支援センター)		

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. 事業所の情報は、法人のグループで作成しているホームページや大原ホームのパンフレットに記載している。特にパンフレットには事業所での取り組み内容を分かりやすく記載している。利用者から問い合わせや見学の希望があれば、そのつど対応しており、その内容は記録に残している。			
<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. 重要事項説明書は内容を分かりやすく記載しており、制度内の料金と共に制度外の料金も記載している。契約時には署名等が行われていると共に、必要時は成年後見人と契約が行われている。事業所の事務所には成年後見制度のパンフレットを置いておくと共に、成年後見制度等の利用が必要と思われる方がいる場合は、制度の説明や制度利用に関わるサポート等を行っている。(後見制度利用の相談記録で確認)			
<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)		17. アセスメントは”包括的自立支援プログラム”を共通で使用し、介護職員やその他専門職から意見を聴取しながら作成している。アセスメントは基本的には半年ごとにおこない、状態変化等の時にもおこなっている。 18. 19. 個別援助計画は利用者一人ひとりに対する具体的な内容や目標を設定しており、利用者と家族の意向や生活状況を聞き取った内容を、盛り込むようにしている。ケアカンファレンスには各専門職が参加して、得られた情報を個別援助計画に反映している。また、ケアカンファレンスには本人が参加したり家族がオンラインで参加することもあり、個別援助計画には書面で同意を得ている。 20. モニタリングは毎月行っており、評価カンファレンスも3ヶ月毎または6ヶ月毎におこなうなど、専門職が現場に入っているため、情報を共有しながら、計画を変更する基準を定めておこなっている。		

#### (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. 医師との連携は主に事業所の看護職員が行い、週1回の訪問診療の時は利用者に関する情報のやり取りがおこなわれている。また、協力医療機関で診てもらうこともある。法人グループの病院等に利用者が入院する時は、ケアマネジャー等から病院に打診し、入院時にはサマリーを渡している。退院時は病院でのカンファレンスに参加して、利用者の情報を得ている。(ただし、コロナ禍の状況によっては、おこなえない時もある)利用者が退所して自宅に戻ることは最近はないが、その場合は在宅の担当ケアマネジャーと連携をはかっている。他の関係機関や団体との連携は京都市発行の「すこやか進行中!!高齢者のためのサービスガイドブック」を参考にしている。		

#### (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)		22. 業務マニュアルは認知症・急変時対応・ベッド安全点検・入浴介助・食事介助・排泄介助手順・服薬手順など25種類以上の支援内容ごとに作成して、写真や絵も多用して分かりやすくなっている。マニュアルの見直しも、管理者ミーティングや委員会でも毎年行っている。マニュアル通りの介護を行っているかの確認は、行動評価表を用いて管理職が全介護職を対象に、確認を行っている。マニュアルの見直しに当たっては、苦情チェック表に上がった内容から業務を見直すと共に、その後、マニュアル改定を行った例がある。例えば服薬管理チェック表を「薬を配る前のチェック」と「飲まれている時のチェック」と「空包確認のチェック」に改良して、より確かな確認が出来るようにしている。 23. 利用者の記録は一人ずつのファイルで管理しており、バイタルや食事、排泄等の点検記録を1枚の紙にまとめて記載して見やすくしていると共に、日々の介護経過記録も別に記載している。また、モニタリングも毎月行っており、利用者の状態の推移も把握できるようにしている。利用者の記録の保管や保存等の規定も記載されているが、別々の書類に記載されていたため、文書管理規定等でまとめて記載されることが望まれる。個人情報保護に関する研修は、毎年行われていた。 24. 利用者の情報は、そのつど個人ごとの記録を確認していると共に、管理日誌や申し送りノートを業務前に読んだり、必要な内容については申し送り時に口頭でも伝達している。利用者の支援についての意見集約は、ケアカンファレンスやフロアミーティングで話し合っている。 25. コロナ禍にあって利用者の家族との面接は、直接面会に来られた時(予約制で10分)やオンライン面会時におこなっている。また3ヶ月に1回、担当の介護職から電話で家族に日頃の状況を報告している。		

#### (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. 感染症予防及び対策のマニュアルを作成すると共に、最新の情報も入手して新しいマニュアル（新型コロナウイルス感染症）を作成している。感染症に関する研修や手洗い研修は、それぞれ年2回おこない、感染症に関する意識向上をはかっている。感染症である利用者の受け入れは、感染対策をおこなうと共に、カルテに記入したり一覧表を作成したうえで実施している。 27. 施設内の書類や備品等は整理・整頓されており、カルテなど利用者名が見えないようにカーテンで隠すこともしている。施設内の清掃は外部委託業者によりおこなわれていると共に、職員も業務中に清掃をしている。施設内の臭気対策は、小まめな清掃や消臭剤等を使用している。外部委託業者とは定期ミーティングをおこなうと共に清掃状況は、清掃チェック表で確認した。		

#### (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. 各職種の代表で構成する事故対策委員会を月1回開催し、ヒヤリハット・事故防止の検討や勉強会（年2回）の実施に向けて話し合っている。また、医療安全（事故）マニュアルの見直しを年1回実施している。緊急事態が発生した時はフローチャートにより、案件別に誰に情報を送るかが決められ、緊急連絡網で連絡をしている。 29. 事故が発生した場合は適切に対応したうえで家族や関係者に報告し、必要時は保険者等に報告をしている。事故は、所定の用紙に状況把握、原因、対策などを記録し、報告書ごとに職員に周知しており、毎月事故対策委員会でどのような事故が多いのか分析して、各ユニットに通知している。また、年3回、グループの医務安全委員会で分析をおこなっている。 30. 災害時マニュアルに基づいた消防避難訓練を夜間も含め年に2回実施している。加えて、消防団・消防署と連携した河川災害の訓練も実施している。災害発生時は社会福祉法人行風会消防計画に基づいて災害対策本部が作られ、法人グループ全体で運用体制表に基づいて活動することになっている。入居者、職員の安否確認は災害時持ち出し帳票・カルテ・管理日誌でおこなっている。施設は福祉避難所として指定されると共に、大原地域の緊急時一時避難所協定を結んでいる。水や乾パンなどの食料物資を備蓄しており、簡易トイレ、発電機なども常備している。（運営規程P6非常災害対策第15条で確認）		

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>31. 理念で「利用者様の不安を取り除き、いつでも安心して、ご満足いただける介護サービスを真心こめて提供いたします。」と謳い、運営方針では「事業の提供に当たっては、親切丁寧を良しとして、緊急やむを得ない場合を除き、利用者の行動を制限する行為をおこなわない」と、利用者本位のサービスの提供や、高齢者の尊厳の保持を表わしている。身体拘束廃止委員会と虐待防止委員会は毎月おこないフロアごとに伝達をしている。委員会の討議の中で、センサーの使用状況なども併せて確認している。身体拘束廃止、権利擁護、高齢者虐待についての勉強会を資料配布で行っている。日常業務では身体拘束・虐待をしないケアを実施している。(研修参加リストで確認)</p> <p>32. オンデマンド視聴でのプライバシーや、羞恥心の研修をおこない、アンケートに答えている。また、サービスチェックシートを年2回つけて振り返りをしている。プライバシーに配慮したサービス提供は、浴室やトイレの出入り口に扉とは別に、カーテンを設置したり、浴室内にはパーテーションも設置している。また、居室ベットで、おむつ介助をおこなう時にはベット周りをカーテンで覆っている。</p> <p>33. 入所判定会議は管理者、ケアマネジャー、看護師、介護職員、セラピスト、第三者委員で構成された入所委員会(月1回)でおこない、問い合わせ、面談の情報をもとに検討している。医療ニーズが高いと入所が厳しい場合もあるが、後日医療面での条件がクリアになれば再検討をおこなっている。入所判定で不可となった場合は、同法人の他事業所を紹介することもある。</p>		
------------	--	--	--	--

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	34	<p>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。</p>	A	A
意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	<p>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。</p>	A	B
第三者への相談機会の確保	36	<p>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。</p>	A	B
(評価機関コメント)		<p>34. 意見箱は玄関や2階のフロアに設置されているが、ほとんど入らず、入居者は直接職員に伝え、家族は面会時や電話(3ヶ月毎に担当職員からの報告がある時)、また、毎年満足度アンケートを実施し意見を聞く機会としている。毎年3月に家族会をおこなっていたが、コロナ禍で実施できていない。</p> <p>35. 入居者・家族からの意見や苦情の対応方法は苦情対応マニュアルに記載している。聞き取った意向は記録し申し送り共有、ユニットで解決できることはすぐに対応している。必要な事は管理者ミーティングにて対応を考え、入居者・家族に伝えていくが公開までには至っていないので、今後はホームページに載せていく方向で検討している。</p> <p>36. 苦情相談窓口は1階ロビーに公的機関や第三者委員を明記して掲示をしている。また、重要事項説明書に受付時間や連絡先など詳しく書かれているので、入所時に説明をしている。介護相談員など、外部の人材を受け入れる利用者の相談機会の確保はおこなわれていなかった。</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	<p>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。</p>	A	A
質の向上に対する検討体制	38	<p>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。</p>	A	A
評価の実施と課題の明確化	39	<p>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。</p>	A	A
(評価機関コメント)		<p>37. 令和3年度の満足度調査はコロナ禍のため実施できずに、令和4年度6月に実施し、管理者・ケアマネジャー・生活相談員・各フロアリーダーが参加する管理者ミーティングで集計したが、分析・検討はこれからである。以前のアンケートで、トイレの臭いについての意見があり、臭いの調査や清掃方法を改善し、臭いセンサーで測定して効果を確認できた改善事例がある。</p> <p>38. フロアリーダーミーティング、各委員会の意見を持ち寄って、毎月おこなわれる管理者ミーティングで、サービス向上について検討している。他事業所の取り組みについては、他の事業所のパンフレットを収集したり、法人グループ内の事業所の話を聞いたりしている。また、社会福祉協議会の事務部会に出席して、情報は常にもらい参考にしている。(フロアリーダーミーティング議事録や管理者ミーティング議事録で確認)</p> <p>39. 自己評価として、事業計画BSCの評価を年2回おこなっている。BSC内の項目ごとに担当者・担当部署を記載している。事業計画は財務・顧客・業務プロセス・学習と成長の4つの視点からサービスの質についてのCAPD評価をしている。第三者評価はコロナ禍で受診日の変動はあったが、3年に1度受けている。</p>		