

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 1 1 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 4 月 2 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設 京都綾部さくらホーム）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

特に良かった点とその理由
(※)

京都綾部さくらホームは平成 18 年 4 月に「地域の皆様から愛される施設」として開設された介護老人保健施設です。施設は周囲に桜の大木があり、見晴らしの良い高台に位置し、眼下に由良川等が一望でき、四季の自然豊かな景観を楽しむことが出来ます。特に、春には満開の桜を施設に居ながらにして、どの部屋からも見ることができ、秋には地域の八幡宮のみこしが施設を訪れ、共に祭りを楽しむなど、地域に愛され、信頼される施設として、地域と共に歩んで来られています。リハビリ職員も多く、在宅復帰率が非常に高く、綾部市を始め、福知山市等の近隣からも、多くの利用希望者があり、その全てを受け入れられています。

〈多職種連携や個別援助計画に沿ったケアの統一〉

個別援助計画作成に当たり、サービス担当者会議で各専門職から意見を聞いていると共に、計画作成後は個別援助計画に合わせたチェック項目を作成し、内容を日々確認していました。また、医師とも連携が図れており、そのつど相談できる体制になっていました。心身状態が悪化した利用者がある場合は、朝の申し送り後に各専門職がそのまま残り、カンファレンスを開催しており、必要に応じて常に他職種で話し合いが行える体制を持たれていました。

〈多様な委員会〉

施設の委員会は 13 あり、各委員会で活動内容を決めて取り組まれていました。また、各委員会でマニュアル作成や見直し等をおこない、マニュアルの研修も委員会ごとにおこなっていました。委員会で決まった内容を運営会議に上げたりと、施設の組織の一部としての活動がおこなわれていました。

〈キャリアパス制度〉

職員の職種ごとに、経験年数や役職等に応じた研修を細かく設定しており、期待基準や教育テーマ、人材育成の施策等を決めて将来の職員の達成すべき目標が明確に表されていました。

	<p>〈利用者の生活環境〉</p> <p>施設の中の利用者の生活環境はゆったりとした雰囲気に含まれていて、それぞれが自由に過ごされていました。また、利用者が洗濯を自分で行えるように、洗濯機を使用したり洗濯物を干したりして、在宅復帰に向けた取り組みも自然に行われていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>〈事業計画と事業報告の連動及び中・長期計画〉</p> <p>事業計画は施設として作成し、事業所ごとに目標や取り組むべき内容を記載していましたが、事業報告には事業計画に沿った内容の記載が全体的な総括としてまとめられており、細かな評価とまではなっていませんでした。また、中・長期計画の策定はされていませんでした。</p> <p>〈マニュアルの見直し〉</p> <p>マニュアルは、委員会ごとに作成したり見直しをしているとのことでしたが、見直しに関する記録はなく、マニュアルに改定日の記載がありませんでした。</p> <p>〈法令のリスト化〉</p> <p>集団指導に出席したり、WAMNET で最新情報を集めたりはされていましたが、介護保険以外の各種法令のリスト化はされていませんでした。</p> <p>〈サービスの質の評価〉</p> <p>施設で事業計画を策定すると共に、個人ごとに目標設定シートを作成して、目標や計画、毎月の評価を行っていましたが、施設運営に当たっての自己評価までは行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>〈事業計画と事業報告の連動及び中・長期計画〉</p> <p>事業計画では、事業所ごとに目標や取り組み内容等が記載されていたので、それらに関する評価を事業報告に載せると共に、それを基に次年度の事業計画を策定し、継続的な改善をしていかれることをお勧めします。また、施設の長期的なビジョンとして、中・長期計画の策定が望まれます。</p> <p>〈マニュアルの見直し〉</p> <p>各委員会でマニュアルを管理しているため、毎年委員会で見直しをし、その際には、見直し内容を記録として残しておき、また改定した場合は、改定年月日も記載することをお勧めします。</p> <p>〈法令のリスト化〉</p> <p>施設運営に必要な法令については、職員が調べたい法令がすぐに調べられるように、施設内の共有フォルダに必要な法令をリスト化して入れられておかれることで法令遵守を各職員が正しく理解するとともに、法令への意識が高められることを期待します。</p>

	<p>(サービスの質の評価)</p> <p>毎年、施設運営についての自己評価を行うことにより、PDCA サイクルを円滑に運用していけると思います。一案としては委員会にはサービス向上委員会もあり、そこでサービスの体制や内容、質等を定期的に評価される方法も考えられます。</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	2651880029
事業所名	介護老人保健施設 京都綾部さくらホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所リハビリテーション・短期入所療養介護・介護予防通所リハビリテーション・介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	令和4年10月19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
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。	B	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. 施設理念《”人と人とのふれあい”を大切に、ご利用者・ご家族・そして地域の皆様から「愛され、選ばれる施設」をめざします》と施設が目指されている想いを明示し、施設の各部署やエレベータ内に掲示している。職員は名札ケースに入れて常時携帯している。また、理念の実現を目指し各部署で作成した年間目標をもとに、職員個々は目標設定シートに目標を設定し、毎月の自己評価と年2回の上司との面談で、理念及び運営方針が浸透するようにしている。利用者・家族には契約時に説明すると共にホームページや家族に送付する季刊誌にも掲載して理解が深まるようにしている。（それぞれの掲示箇所、目標設定シートで確認） 2. ケア棟会議⇄療養部会⇄運営会議⇄理事会と意志決定方法は明確にされている。運営会議は月1回、各委員会と療養部会の意見を持ち寄り、施設経営者、責任者による最高会議で、最終決裁ができる場になっている。また、療養部会は施設長や係長、主任による会議でケア棟会議でのスタッフの意見を運営会議に持ち上がり職員の意見が反映できるようにしている。職員が意見を言いやすいように職員の意見箱を設置しているが、意見はあまり入っていない。また、権限の委譲は業務内容表や組織図で明確にしている。（会議・専門委員会組織図で確認）		
(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。	B	B
	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。	B	B
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画は運営会議で素案が作成され、療養部会で討議・確認の上ケア棟会議でも討議・確認をして、異議が無ければ決定されている。事業計画は法律改正や、利用者ニーズ、昨年度の実績をもとに策定されている。但し、事業報告は事業計画に沿った内容でされていなかった。家族からは面会の希望も多く、オンライン面会をしていたが、窓越し面会も実施されだしている。中・長期計画は策定されていなかった。 4. 事業計画で、解決すべき課題を盛り込んだ計画を策定し、部署ごとの年間目標を基に職員の個人目標の達成状況を確認する仕組みを持っている。委員会活動も毎月運営会議で報告をしている。事業計画に沿った評価は、各棟ごとに実施しているが、施設としてはまとめられてなく、定期的な見直しや達成状況の確認には取り組まれてなかった。（事業報告、事業計画、運営会議の議事録で確認）		
(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。	B	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. 法令については集団指導や法人内施設長会議で学んだり、WAMNETでも収集し、必要な情報は、職員専用玄関に貼り出したり、各会議で報告をしている。また、内容によっては回覧し各棟でファイリングしている。情報を後日確認する場合は、担当者個別に確認している。自主点検表は作成後回覧している。「職員倫理規定」も策定され、職員が閲覧できるようにファイリングするなど現場職員に周知・理解できるようにしている。職員が調べたい法令がすぐに調べられるように、社内の共有フォルダに必要な法令をリスト化して入れられることをお勧めする。(自主点検表、職員倫理規定で確認)</p> <p>6. 管理者は自らの役割と責任を運営規定や組織図で明確にし、運営会議で、表明して、療養部会、そしてケア棟会議へと伝達されている。管理者は理事の一人として、理事会に参画をして意見を述べている。管理者は職員の意見を聞く機会として、各委員会や各ケア棟会議での意見を尊重すると共に、職員用の意見箱の設置や希望する職員との個別面談や、年2回の職員面談にも参加することもある。今までは職員から見た上司への360度評価は実施できていなかったが、新しい人事評価が10月下旬から開始予定で、それには上司や同僚、部下をそれぞれ評価する仕組みが追加される仕組みになっている。</p> <p>7. 管理者は常に業務の実施状況を確認できる場所で業務を行い、利用者一人ひとりと対面し施設内のことは把握している。施設内ではPHSを所持し、施設外では携帯電話を所持し、常に連絡がつく体制である。加えて療養棟日誌で毎日業務の確認をしている。緊急事態発生時は緊急連絡網に沿っての連絡体制や指示を仰ぐ体制を整備している。(アクシデントレポートや事故発生防止委員会議事録で確認)</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
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。	B	A
		(評価機関コメント)	<p>8. 「人員配置一覧」で、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方を明示し、退職する職員には退職理由書を記入してもらっている。有資格者の採用を優先しているが、意欲的な人材を評価して適材適所の配置を心掛けている。人事に関しては、運営会議の後の人事委員会で話し合っている。また、医療・福祉業界においてキャリアアップをしながらの質の高い介護サービスの提供を目指す職員を支援するとして、採用後の資格取得を制度化し、資格取得後2年または4年間勤務をすることで、資格取得費用が全額免除になっている。(資格取得制度で確認)</p> <p>9. 研修は教育委員会が職員全員を対象に施設内研修計画を企画して、実施している。研修受講後は研修報告書を作成し、それを回覧して他の職員も見られるようにしている。段階的な継続研修はキャリアパス表で、研修項目や対象年数を明確にしている。新人職員はプリセプター制度で、先輩職員について仕事を学べるようにしている。外部研修の情報は部署の長が資料を回覧し、希望者は勤務を調整して公費で行けるようにしている。職員の気付きを促し、ケア棟会議で深められるように心がけている。また、さくらホーム施設内で「業務内容発表会」を2年に1回実施して、向上心を持って働けるようにしている。(キャリアパス表で確認)</p> <p>10. 実習の手引きを作成し、実習生の受け入れについての基本姿勢を明示すると共に必要事項も明示している。職員は社会福祉士実習指導者研修に参加している。看護師や資格取得者の実習の場として受け入れをおこなっている。(実習の手引きで確認)</p>			
		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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)	<p>11. 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを事務部が担当して、分析・検討をしている。育休を「子ども休暇」、介護休暇は「親孝行休暇」として、取得しやすくすると共に、誕生日休暇も設けられている。職員の負担軽減につながる器機の導入はリフト、ラクラックス、トランスファーボード、見守りセンサー、センサーマットを使用している。</p> <p>12. 職員の心身の健康管理は産業医が担当しており、健康診断やストレスチェックで健康管理をし、職員が相談できる体制をとっている。福利厚生は互助会「さくら会」による親睦会やレクリエーションを企画している。加えて、ピッグクラブとして冠婚葬祭の特約割引制度に加入し、職員に周知をして、希望者にはカードを渡している。ハラスメント防止に関しては就業規則に明記され、施設管理課長が窓口となって苦情を訴えたり、相談できる環境や体制が整っている。休憩場所はコロナ禍で密を防ぐため、休憩室と共に家族室も使用している。夜勤職員の仮眠は、詰所の中にソファベッドがあるが、業務の場所にあるため、効果的に気分転換できる状況とまではなっていない。(就業規則で確認)</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。	B	B
		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. 開設後15年の間、地域との連携を大切にした運営をされてこられ、自治会や地域の企業と連携した取り組みもたくさんあったが、今は、コロナ禍で見合わせている。季刊誌（さくらタイム）や月刊さくら（両誌とも施設での生活の様子や行事内容を写真付きで、見やすく掲載している）、パンフレットを自治会の回覧板で、地域に配布してもらっている。相談室には情報公開制度を設置し、公表している。施設の掲示板には、地域の情報などの掲示はされていなかった。交流がストップしている小学校や幼稚園に、また交流が出来る時を楽しみに、お便りの交換などを考えていかれることをお勧めする。</p> <p>14. 地域自治会の集まりで出張出前講座をその時々地域包括支援センターの声掛けで開催している。「福祉即戦力人材養成科」の講師派遣の要請にこたえて、リハビリ職員から2名参加している。（施設の掲示板で確認）</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
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. 事業所の情報は、施設が作成しているホームページやパンフレットに記載しており、写真や説明文等で分かりやすく記載している。利用者から問い合わせ等があればそのつど対応しており、その内容は利用相談受付記録票に残している。			
(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. 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。料金は、料金表を用いて詳細に説明している。契約時には署名等が行われると共に、必要時は成年後見人との契約がおこなわれている。成年後見制度の利用が必要と思われる方がいる場合は、相談に乗ったり地域包括支援センターと連携して対応している。			

(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. 施設独自のアセスメント様式を用いてアセスメントを行い、「入所時サービス担当者コメント用紙」に各専門職から意見を得ている。アセスメントは、3ヶ月ごとまたは状態変化時等におこなっている。 18. 個別援助計画は、本人や家族の意向をくんだうえで、ニーズごとに目標を設定している。また、サービス担当者会議で話し合った後に、個別援助計画の同意を書面で得ている。サービス担当者会議には、可能時は本人が出席していると共に、家族からも事前に意見を聴取している。 19. 個別援助計画策定に当たり、サービス担当者会議への専門家の出席、または照会により各職種から総合的に意見を得ている。専門家の意見で必要な内容があれば、個別援助計画の内容を変更している。 20. 個別援助計画の内容に照らして毎日状況の確認をおこなっている。モニタリングは基本3ヶ月ごとにおこなうと共に、個別援助計画の見直しも3ヶ月ごとまたは状態変化時等におこなっている。日々の状態の確認は細かくおこなわれているが、3ヶ月ごとのモニタリングは、実施状況を記号で記載しているのみであったため、もう少し詳細な内容を記載することが望まれる。		

(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. 介護支援専門員は、看護師と医師の回診に同行していると共に、何かあればそのつど相談している。関係機関との連携は、施設で地域の事業所一覧表を作成して、地域包括支援センターや各サービス事業所、行政等との連携を図っている。利用者が入院する場合は、施設と病院が診療情報提供書や看護サマリー等で情報のやりとりをおこなっている。また、利用者が在宅復帰をする場合は、居宅介護支援事業所とも連携を図っている。		

(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	B
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. 業務マニュアルは、内容ごとに細かく分けられたものを作成している。内容も分かりやすく記載しているが、文章だけの内容が多かったため、図や写真等も盛り込む方法もより分かりやすくなる。介護職と看護職が共にチェックシートを作成しており、入職時から基本3ヶ月間はそれをもとに業務を確認している。業務マニュアルは、委員会で見直しをおこなっているが、見直せていないマニュアルもあると共に、見直しや改定に関する記載が見当たらなかった。加えて、苦情の解決策や事故防止策等の具体策はそのつど検討しているが、それをマニュアルに反映させるまでには至っていない。</p> <p>23. 利用者ごとにファイルがあり、個別援助計画（第2表は一番最初のページに入れ、すぐにみられるようにしている）やアセスメント表、支援経過記録や介護記録等を入れて、分かりやすくまとめている。ファイル内には、日々のバイタルリズムチェックや食事摂取量等の記載もしているため、利用者の状態の推移も分かりやすくなっている。また、個別援助計画の内容に照らし、毎日心身状態の確認をおこない記録している。利用者の記録の保管等に関しては、「個人情報の保護・開示に関する施設内規則」に細かく記している。記録の管理に関する研修は、令和5年2月の「人権・プライバシー研修」で行う予定となっている。</p> <p>24. サービスの計画やその他の記録が入った個人ごとのファイルは、支援を担当する職員がそのつど記録をしたり内容を点検している。申し送りは朝と夕方に行っており、申し送り後に必要な利用者に関してのカンファレンスをおこない、ユニットごとやケア棟ごとに連絡ノートを用い、情報の共有を図っている。</p> <p>25. 3ヶ月に1度のケアプラン交付時に家族と面会し、日常の様子を伝えている。また、心身に変化があった場合は、随時医師や看護師を交えて、家族と面談の機会を持っている。また、施設での生活の様子や行事内容を写真も加え見やすく掲載している「月刊さくら」や、「さくらタイムス（季刊誌）」を家族に送付している。</p>
------------	--

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. 感染症対策及び予防のマニュアルは細かく作成しており、研修も夏と冬の2回行っている。現在、新型コロナウイルスに関する最新の情報を入手しつつ、マニュアルの作成を行っている最中である。肝炎などの感染症の利用者も、受け入れをおこなっている。</p> <p>27. 施設内の書類や介護材料・備品等は整理・整頓した状態で置かれている。施設内の清掃は、施設の介護助手が週6日実施しており、床やトイレは毎日清掃している。それ以外の部屋は週1回おこなっている。臭気対策としては、トイレに消臭スプレーを設置したり、換気等で対応している。</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・緊急時対応マニュアルを整備し、棚に並べて置き職員はいつでも見られるようにしている。事故対策、緊急時対応の研修会を、それぞれの委員会主催で、全職員を対象に開催している。マニュアルには緊急時指揮命令系統を明らかにしたフローチャートがあり、発生時には速やかに対応できる体制が整っている。</p> <p>29. 事故・ヒヤリハットマニュアルを作成し、発生時にはすぐに報告書を作成して家族に報告している。再発防止のための検討会を事故発生防止委員会を主体に、原因、分析、解決策を協議し、結果を全職員にケア棟会議で報告し周知している。マニュアルの見直しを毎年おこない、会議で承認を得ている。</p> <p>30. 災害発生時マニュアルを災害の種別ごとに作成している。訓練は消防士立ち会いで、日中と夜間にそれぞれ年1回おこなっている。全職員に災害メールを発信し、全職員参加で訓練をおこなっている。災害時の指揮命令は責任者が決められ、各自が役割を果たすシステムがある。地域の自治会と防災協定を締結し、災害時の避難所指定、福祉避難所の指定を受けている。非常食の備蓄は3日分確保している。</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。	B	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. 運営方針に「利用者の意思及び人格を尊重し・・・にこやかで個性豊かに・・・」と明言し、職員個々の目標設定シートに目標を作成し、毎月の自己評価と年2回の上司との面談で、理念及び運営方針が浸透するようにしている。虐待等対策委員会主催の「虐待防止法」、身体拘束適正委員会主催の「身体拘束禁止」研修、教育委員会主催の「人権・プライバシー研修会」を、全職員を対象におこない、これらのマニュアルも整備している。利用者アンケート、苦情報告書、声BOX（意見箱）をもとに委員会で改善策を協議し、全職員に周知を図っている。また各職種がミーティング等で、日常業務を振り返り、質の向上に努めている。</p> <p>32. 教育委員会主催の研修やプライバシー保護・倫理マニュアルを作成し、羞恥心・プライバシー配慮への意識付けをしている。居室はベッドごとにカーテンで仕切っており、開ける時は声をかけている。入浴時もカーテンで仕切り、入浴、排泄には同性者支援の配慮や、排泄介助の羞恥心への配慮、声のトーンなどにも配慮したサービスを実施している。サービス向上委員会を毎月開催し、更なる質の向上のための協議をおこなっている。</p> <p>33. 入所希望者に対して、空き室がない場合を除いて、入所を断ることはない。断る際は、実情を説明し、納得をいただいている。その際希望があれば他事業所を紹介する。入所判定会議は月2回実施している。</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。	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 苦情申し出窓口設置、利用者からの声BOX（意見箱）を各階に設置し寄せられた苦情、意向に対しては苦情処理委員会（各所属長で構成）で協議を行い、速やかに対応している。利用者からの相談は、ケアマネジャーや介護職員が受けており、意見、苦情、要望についても苦情報告書に記入し、協議を行い、サービスの質の改善に役立っている。3ヶ月毎のケアプラン交付時に家族と面会をし、意向や満足度を把握している。</p> <p>35. 利用者や家族から聞いた意向は、連絡ノートやケア棟会議で職員に周知している。寄せられた意見、苦情、要望等の対応方法は「苦情処理のために講ずる処置」で明らかにしている。利用者や家族の意向は、苦情処理委員会で協議し利用者・家族にフィードバックしているが、個人が特定できる事を懸念し、改善状況の公開は控えている。開示方法などを検討して、開示されることを期待する。</p> <p>36. 苦情対応マニュアルを作成し、重要事項説明書に受付担当者や責任者、公的な相談窓口を明記し、利用者家族には入所時に説明しているが、第三者を相談の窓口として設置できていなかった。毎月、市が派遣する介護相談員2名を受け入れ、利用者が相談しやすい環境を整えている。（現在コロナ禍で中止）相談窓口第三者を設置され、重要事項説明書やホームページ、事業所内に掲示されることを期待する。</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。	B	B	
	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。	B	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. 満足度の把握のために年1回利用者アンケートを実施している。調査結果はサービス向上委員会（全職種参加）で分析・検討をおこない課題を明確にし、対策を全職員が共有し、各部署で対策計画を作成している。ただ、調査前と調査後でどのように改善されたかの把握まではおこなえていなかった。改善の効果を明らかにするために、前後の比較・検討をされる事を期待する。</p> <p>38. 全職種参加のサービス向上委員会を毎月開催し、苦情、要望等の検討に加え、施設設備、備品、面会者の対応方法の見直し等、サービスの質の向上について協議をおこなっている。京都府老人保健施設協会の会議に参加し、他事業所との情報交換をおこない、収集した情報をもとに比較・検討を実施している。</p> <p>39. 自己評価、第三者評価の担当部署をサービス向上委員会としているが、事業所の提供しているサービスの体制、内容、質などについての自己評価はおこなわれていなかった。今後、毎年自己評価をおこなうと共に、評価結果に基づいて課題の明確化を図られ、次年度の事業計画に反映されることを期待する。また、更なるサービスの質の向上のために、今後は3年ごとの第三者評価受診を期待する。</p>
--	--	------------	---