

様式 7

# ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 5 年 1 月 24 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 9 月 12 日付けで支援機構に第三者評価の実施をお申込みいただいた（スイート嵐山）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（※）

### ● 組織の（運営）理念・運営方針の策定と周知

組織の理念（会社理念）および運営方針（品質方針）（Only one、Only you）を策定し、ホームページや広報誌「らんざん」等に掲載しています。利用者や家族等にとってわかりやすい文書です。職員の行動目標の指針となるよう、職員の名札に記載しています。運営方針（品質方針）の「逸品／食事の提供」「快適／接遇・設備の追求」「爽快／退屈させない暮らし・レクリエーション」に法人(会社)グループ全体で取り組んでいます。法人(会社)および事業所（スイート嵐山）の活動の様子をそれぞれのパンフレットまたは広報誌等にカラフルな写真刷りで掲載しています。「社員手帳」および職務記述書「職務権限規程」に職員一人一人の役割と責任を明記しています。職員は組織の理念および運営方針を職員研修等で周知し、「社員手帳」および職務記述書を拠り所に、大きな組織の一員として各種の会議や委員会活動に参画しています。

### ● 人材の確保および職員の教育・育成

人材の確保および職員の教育・育成は本社の採用課と人材開発部が関わっています。無資格者は、採用後に認知症介護基礎研修や初任者研修を受講（費用全額法人負担）し、その後、採用時(新人)研修「毎日 10 時～18 時の web 座学」およびフォローアップ研修、キャリアパスモデル、年間研修計画に沿った階層別・段階別・職種別研修、課題別研修（認知症・看取りケア・身体拘束廃止・虐待防止等の法定研修）等の職員育成研修を継続的に受講しています。また、施設予算の枠内で希望すれば誰でも受講できるようになっている外部研修を受講しています。他にも介護福祉士受験対策講座（web）を開催するなど、重点課題に挙げた職員の教育または育成を会社(法人)全体で取り組んでいます。現在、ユニットフロアリーダー（スーパービジョン）の育成に向けた OJT 計画（期間 1 か月目安・対象職員 2 名）を企画しています。事業所は、地域密着型介護サービス事業所として、地域包括支援センターや利用者本人また家族等を交えた「運営推進会議」で提供サービスについて報告

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | <p>し、聴き取った参加者および本人・家族等の意見・要望等をサービス質の向上に役立てています。また、事業所が取り組んでいる絵画教室・喫茶すいーと・季節の特別食等をカラー写真で紹介しています。</p> <p>●利用者の個別援助計画の策定</p> <p>所定のアセスメント様式を活用し、利用者一人一人の心身の状況や生活状況を踏まえたアセスメントを実施し、個別援助計画を策定しています。フェイスシート・サービス担当者会議の要点・サービス計画表・課題整理総括表・モニタリングシート・支援経過表・健康管理票・診療情報提供書・ケース記録等の一連の介護の実践記録を整備(ファイル化)しています。サービス担当者会議等で他の支援者の意見や要望および本人・家族等の希望を確認し、個別の援助計画に反映しています。大きな夢のある課題については、伴走型支援の理念に沿って可能性を見つけ実行できるように図っています。利用者を支援する専門職（主治医・歯科医・PT/OT・訪問看護師・訪問マッサージ師）等の意見および要望を毎月実施のモニタリングで確認し個別援助計画に取り入れています。</p>                                 |
| 特に改善が望まれる点とその理由（※） | <p>● 中長期計画と単年度計画の策定</p> <p>毎年、地域密着型サービスの外部評価を受診し、その評価結果を事業所の介護サービスの質の向上に役立てています。また、各種の定例会議や委員会等で課題や問題点を洗い出し、各ユニットの月々の目標設定や実践に役立てています。しかし、目標や実践課題の設定の根拠となる単年度の事業計画を文書で確認することができませんでした。</p> <p>● 介護事業に係る各種マニュアルおよび手順書の見直し</p> <p>介護事業に係る各種のマニュアルおよび手順書の見直しが充分ではありませんでした。職種別の日常の業務マニュアルおよび手順書を作成しています。また、各ユニットで現状の課題等を洗い出し、必要に応じてそれらの見直しを行っています。しかし、介護事業を運営する上で必要な各種のマニュアルおよび手順書等については、見直しを定期的に行っていることを確認することができませんでした。</p> <p>●.地域と連携した災害発生時の対応マニュアルの作成</p> <p>災害時発生時の対応マニュアルは作成されていましたが、地域と連携した取り組みに関するマニュアルを確認することができませんでした。</p> |
| 具体的なアドバイス          | <p>● 事業計画の策定</p> <p>会社（法人理念）や方針等を実現するには、事業に関わる計画書を職員の総意により策定し、実践内容を定期的に振り返ることが必要と考えます。</p> <p>● 介護事業に係る各種マニュアルの定期的な見直し</p> <p>マニュアルによっては、随時または必要時、定期では最低年に1回程度に、</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>見直しが必要であると考えます。各種のマニュアルおよび手順書の見直しの次期を定めるとともに、各種のマニュアルおよび手順書の実用化に向けて、職員がいつでも確認できるように各ユニットに設置されることが望ましいと考えます。</p> <p>● 地域と連携した災害発生時の対応マニュアルの作成</p> <p>最近の大自然災害は想定外でなく想定内と言われています。地域との連携を視野に入れた災害発生時のマニュアルおよび手順書等を地域ぐるみで検討し策定するとともに、定期的に法人内外で実施訓練等を行うことを望みます。</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                    | 269400205                     |
| 事業所名                     | スイート嵐山                        |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | (介護予防) 認知症対応型共同生活介護           |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | (介護予防) 小規模多機能型居宅介護            |
| 訪問調査実施日                  | 2022年12月12日                   |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>京都府認知症グループホーム協議会 |

| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B    | A    |       |
|                  | (評価機関コメント)     |     | 1. 組織の理念（会社理念）及び運営方針（品質方針）（Only one、Only you）を明確化し、ホームページや広報誌「らんざん」に掲載し、事務所に掲示している。職員の名札裏面に記載し、行動目標の指針となっている。運営方針（品質方針）に「逸品/食事の提供」「快適/接遇・設備の追求」「爽快/退屈させない暮らし・レクリエーション」を挙げ、事業所（すいーと嵐山）の魅力として事業所のパンフレットに掲載している。<br>2. 職員は組織の運営システムについて、組織図及びエクセレントケアシステムグループの「社員手帳」、総会や全体会議、定期開催の各種の会議・委員会等で周知し、議事録で再確認している。適切なプロセスで法人及び事業所の意思決定を行っている。「職務記述書」に各職種ごとの権限を規定し、社員手帳に明記している。 |      |      |       |
| (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. 毎年受診（義務）の地域密着型サービス外部評価結果や、定例の各種の会議や委員会等で、事業所の介護サービスの質の向上に向けた課題や問題点を洗い出し、事業目標や実行内容に役立てている。中長期及び単年度の事業計画書を確認することができなかった。<br>4. 各職種の業務レベルのマニュアルと手順書を作成している。また、それらを基に各フロアで現状の課題を話し合っている。事業所のサービスの向上に向けた課題に関する文書を確認することが出来なかった。                                                                                                                                          |      |      |       |

### (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | B | 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. 法人内外で開催の法令に関する研修に管理者が参加している。介護報酬解釈に関する書籍を整備し、職員がいつでも確認できるようにしている。介護事業運営に必要な関係法令についての整備及び職員周知は十分とは言えない。</p> <p>6. 「管理職職務記述書」に管理者の役割を明記している。内外の会議(運営推進会議や法人及び事業所の検討会議)に出席し、職員の意見を事業の運営に反映させている。施設長の挨拶が広報誌に掲載されていたが、職員に自らの役割と責任を表明する内容にまでには至っていなかった。</p> <p>7. 報告書や日誌などで現場の状況を把握し、指示命令系統に基づいて、いつでも現場に指示できる体制となっている。日々の情報については朝礼で把握している。</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 |  |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B    | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | C    | C     |  |
|              |     | (評価機関コメント)    |    | 8. 人材の確保及び育成に関しては、本社の採用課と人材開発部（教育）が関わっている。人材確保には現職からの紹介の協力を得ている。無資格者も認知症介護基礎研修や初任者研修の受講を条件に採用し、受講費用については全額法人が負担している。<br>9. 採用時研修とフォローアップ研修を実施している。採用時（新人）研修については、毎日（10時～18時 web座学）開催している。キャリアパスモデルや年間の研修計画に沿って、階層別・段階別・職種別研修や、課題別研修（認知症・看取りケア・身体拘束廃止・虐待防止等の法定研修）を実施している。また、外部研修は施設予算の枠内で誰でも希望すれば受講できるようにしている他、介護福祉士受験対策講座（web）を開催する等、法人全体で職員教育を重点課題として取り組んでいる。フロアリーダー（スーパービジョン）育成のOJT計画（期間1か月目安で2人対象）を現在作成中である。<br>10. 実習生の受け入れは実施していない。 |      |       |  |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B    | B     |  |
|              |     | (評価機関コメント)    |    | 11. 労働環境については、全社的に国や自治体の法制度等の遵守に取り組んでいる。個人浴槽の外に機械浴1台（特殊浴槽）を設置し、「看取りケア」実施施設としての介護負担の軽減に努めている。労基法に基づいて、職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータをweb上で管理している。職員ヒアリングで労働環境に配慮していることが確認できた。<br>12. 入職後の1年間、職員は「メンター制度」を使って、専門職ではないが、直属の上司（ユニット）外のユニットリーダーに業務上の悩み等を相談できる他、法人本部に職員の相談窓口を設置している。福利厚生で食事代（昼100円・夜300円）を補助し、また読書会やフットサルサークル等が補助金（月1万円）で活動している。                                                                                                        |      |       |  |
| (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. 地域密着型介護サービス事業所として、定期的に地域包括支援センターや利用者本人・家族等を交えた「運営推進会議」を開催し、日々の提供サービスの全容を地域に対して開示している。広報誌（学区・法人・事業所）に事業所の取り組み（絵画教室・喫茶すいーと・季節の特別食等）をカラー写真で紹介している。<br>14. 月例の学区内の「介護サービス事業所連絡会」で運営委員として地域活動に参画している。地域の小学3年生4人と仕事インタビューで関わった経験がある。毎月、利用者に無償ボランティア「エステティシャン」による訪問美容サービスを提供している。                                                                                                                                                           |      |       |  |

| 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 |
| 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. 見学者に、サービス選択に必要な情報を「10ポケットファイル」で提供している。ファイルは読み易く、不慣れな人にも分かり易い資料である。近隣の居宅支援事業所と連携し、また、飛び込みの見学者も随時受け入れている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |      |      |       |
| (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. 施設の見学時や新規利用者に施設のサービス内容や料金等について説明している。追加の保険外の経費が発生する場合は、その都度事前に内容を説明し家族等の了承を得ている。成年後見制度の利用が必要と判断した人に対しては、ケアマネや家族等と協議の上、申請のための支援を行っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |      |       |
| (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. 所定のアセスメント様式を活用し、利用者一人一人の心身の状況や生活状況を踏まえたアセスメントを実施している。フェイスシート・サービス担当者会議の要点・サービス計画表・課題整理総括表・モニタリングシート・支援経過表・健康管理票・診療情報提供書・ケース記録等で、アセスメントの実施から個別援助計画の作成、見直しに至るまでの一連の実施内容を整備している。<br>18. サービス担当者会議等で本人と家族等の希望を確認し、個別の援助計画に反映している。大きな夢のある計画については本人・家族等の話を傾聴し、可能性を見つけ実行できるようにしている。<br>19. 利用者を支援する各種の専門職（主治医・歯科医・PT/OT・訪問看護師・訪問マッサージ）の意見を個別援助計画に反映している。<br>20. 毎月、モニタリングを実施し、個別援助計画の見直しを行っている。また、利用者に変化が生じた場合等、必要に応じて個別援助計画の見直しを行っている。 |      |      |       |

| (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. 緊急時や体調増悪時、不良の際に、主治医と24時間体制で連携できるようにしている。関係機関や団体等の資料を整備し、主治医、訪問看護師、訪問マッサージ師、訪問歯科医・歯科衛生士、薬剤師等と連携し、多職種による支援を提供している。                                                                                                                                                                                                                                                   |   |   |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                             | B | 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 | B |
| 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. 本部作成のスポット的なマニュアルと現場の実用的な各種の業務マニュアルおよび業務手順書を整備している。各種マニュアルの見直し基準等を定めていなかった。<br>23. 利用者の日々のサービス提供記録を丁寧に記載している。利用者のサービス提供に関する記録の保管や保存、持ち出し、廃棄等に関する「文書管理規程」が確認できなかった。<br>24. 職員間で情報を共有している。朝礼・フロア会議・シフト申し送り・スタッフカンファレンス・サービス担当者会議を定期的に開催し、利用者の状況の変化に応じたケアのあり方を確認している。<br>25. コロナの状況に応じてweb面会・対面面会等を実施している。職員担当制を採用し、家族と情報を共有している。手紙・写真・レク委員会で作成した広報紙（らんざん）を家族等に送付している。 |   |   |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | B | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B | A |
| (評価機関コメント)        |    | 26. 感染症の予防に関する職員研修を実施しているが、感染症の対策及び予防に関するマニュアルと手順書等の確認ができなかった。<br>27. 施設内の清掃は職員が行っていて物品の整理と衛生管理が行き届いている。                                                                                                                                                                                                                                                               |   |   |

(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。                                                                                                                                                                                                     | B | B |
| (評価機関コメント) |    | 28. 事故・緊急時のマニュアルを作成し、マニュアルに沿って管理者がすべて指揮命令等を行っている。年1回以上の避難訓練・火災訓練、消防署での救命講習を実施している。<br>29. 事故発生時に詳細な記録と報告書を作成し、医療機関への速やかな報告・連絡・相談、家族への連絡を実施している。事故の再発予防については、事故防止委員会で分析検討し、全職員に周知し、注意喚起を行っている。<br>30. 災害発生時の対応マニュアルを作成しているが、地域と連携した災害対策の取り組みが十分とは言えない。 |   |   |

| 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    | B    |       |
|           | 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)            | 31. 利用者が望むことを尊重した支援を行うことを研修で周知しているが、身体拘束禁止について文書化したものが確認できなかった。<br>32. 入職時にプライバシー保護に関する研修を行っている。利用者の部屋に入る時は必ず声を掛け、排泄や入浴時などは他者から見えないようにする等、利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている。<br>33. 利用希望のケースについては、これまで全て受け入れている。施設入居時要件に合わない希望者には、同じ法人内の施設に紹介している。希望により看取りの実施を契約時に確認している。                                                                                                                                       |                                                         |      |      |       |
|           | (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    | B    |       |
|           | 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。               | B    | B    |       |
|           | (評価機関コメント)            | 34. 利用者の要望をできるだけ把握し、家族には施設での本人の様子を個別に文書（手紙）や電話で伝えている。家族会はコロナ禍で実施していないが、今後、実施したいと考えている。<br>35. 家族とは普段から電話やweb相談で交流している。要望、苦情についてはないとしている。ただ、直接言えないことも考えられることから今後、他の方法で把握することが望まれる。<br>36. 公的機関などの相談窓口を重要事項説明書等で明示し、利用者に周知している。外部の第三者の相談窓口を設置していない。                                                                                                                                                  |                                                         |      |      |       |
|           | (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。                           | C    | C    |       |
|           | 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    | B    |       |
|           | 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    | A    |       |
|           | (評価機関コメント)            | 37. 昨年までは法人京都支店で法人内施設を対象に利用者・家族アンケートを実施していたが、対象が全体であったため、個々の施設利用者の満足度は不明である。今年度末までには施設でのアンケート調査を予定している。今回の第三者評価と併せて行った利用者アンケートの結果は良好であった。<br>38. 毎月、施設サービス向上委員会を開催し、毎朝・夕のミーティング（引継ぎ、申し送りなど）で職員間で情報を共有している。内容を業務日誌に記録している。サービス向上委員会は職員配置上、全職種で構成するまでには至っていない。<br>39. 毎年、行政主導の「自己点検」を実施している。また、毎年、地域密着型介護サービスの「外部評価（第三者評価）」を受診し、併せて「自己評価」実施している。「自己点検」「自己評価」「第三者評価評価」で課題の明確化を図り、事業運営、サービスの改善に活かしている。 |                                                         |      |      |       |