

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 5 年 4 月 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 4 年 8 月 30 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（メゾンパルテール福知山）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  
(※)

### ●組織の理念および運営方針の明確化 職員周知（通番 1）

「メゾンパルテール福知山」のパルテールは仏語で「花壇」という意味を持つとのこと。第 44 期経営指針書（2021 年 10 月～2022 年 9 月）を小冊子（ファイル化）にまとめ、職員一人一人に配布しています。指針書には、法人代表の「メゾンパルテール福知山」創設の思い、求める社員像、社是、経営理念・介護方針、5 年ビジョン等を明記しています。また、これらを実現させるためには、職員は何をどのように為すべきかを「あなたの目はどこを向いていますか?」と問いかけ、「介護の 4 つの姿勢」明示しています。5 年ビジョンには『顧客・社員満足度 地域 1 番』を掲げ、人材の育成・介護の質の向上・社会貢献/地域貢献などへの取り組みを具体的に平易な言葉で明示しています。入社時のオリエンテーションで法人代表自らが職員に対して「経営指針書」をもとに周知しています。また、ホームページ及びパンフレット等で広く地域に周知するとともに、利用者・家族等に対しては運営懇談会等で周知しています。

### ●地域との交流 地域貢献（通番 13・14）

「5 年ビジョン」に社会貢献・地域貢献を掲げ、地域に開かれた施設を目指し、地域と顔の見える関係作りを積極的に取り組んでいます。園児の合唱披露と利用者の作品(おじゃみ)のプレゼント交換や回収したエコキャップを地元の中学・高校の生徒会に寄付する等で地域の園児や中高生と交流を深めています。福知山市の事業に賛同し、苗から育てたゴーヤが緑のカーテンとして地域住民に清涼感を与えています。介護方針に基き認知症の人の居場所「オレンジカフェ」を 2 か月に 1 回開催し、新型コロナの動向を見ながら地域の参加を呼びかけています。福知山市主催の「認知サポーター養成ステップアップ講座」で、職員が「高齢者の精神的・肉体的変化について」をテーマに講義しています。京都府北部福祉人材確保事業の介護職員初任者研修の講師として地域の福祉人材育成に協力しています。

地元の両丹日日新聞の取材に応じ、介護の日に社会資源の一つとして事業所の情報を地方新聞に掲載し、パンフレットやリーフレット等を市役所に常置し、日常的に住民の介護相談に応じています。地域の歯科医師からの出講依頼に応じています。施設内で発生したコロナ感染の蔓延対策に京都府サポートチームと連携した経験を実践研究として京都府介護支援専門委員研究会で発表しています。恒例の事業所開催の文化祭に地域住民を招待する計画がコロナ禍により中止となっています。

#### ●職員教育の充実 (通番 9)

法人は「経営理念」・「介護方針」・「5年ビジョン」等に、介護サービスの質の向上を目指し、質の高い人材の育成と職員教育への取り組みを掲げています。施設の部門毎に有資格者の採用を優先し、現任職員に対して、本人の意向を確認し、認知症実践者研修、初任者研修、介護支援専門員等の資格取得のための研修の受講を推奨し、法人が準備費用や研修費用等を全額負担し支援しています。職員は京都府認証制度の体系的研修や外部派遣研修、各種の介護技術等盛り込んだ内部研修を年間の研修計画に基づいて履修しています。介護現場の業務を通じて知識や技術を学び深める OJT に「メンター制度」を導入しています。社内の有資格者/先輩（メンター）が教育・指導を担い、後輩（メンティ）に対してスーパービジョンを行っています。職員一人ひとりに対して「ケアチェックシート/今日の目標・今日学ぶこと・メンターコメント」で受講職員一人一人に気づきを促し、2週間後に独り立ちができるようにしています。個人情報保護とプライバシー保護に関する研修を3回に分け実施し、諸事情により参加できなかった職員には研修資料を配布し、「内部研修欠席による自己学習報告書」を自習後に提出を義務付けています。

職員が経験年数に関わらず利用者のより良い自立支援に向けた一貫性のある介護サービスが提供できるよう、「介護マニュアル」「介護技術マニュアル」を作成しています。特に利用者とのコミュニケーションを重視し、1か月・3か月・6か月毎にチェックし、学習の成果を確認しています。

特に改善が望まれる点  
とその理由（※）

## ●各種の会議や委員会の議事録の整備

令和4年度事業計画を基に介護職・看護職・アシスタント・事務職・介護支援専門員・生活相談委員等の職種別目標を定め、多角的な視点から課題を把握しています。また、組織として介護サービスの向上に向けた中・長期および単年度の事業計画を策定し、計画に上げた課題一つ一つを明確化していますが、現在、新組織の大編成に着手しておられる関係から、職員の意向が、各種の委員会や会議等の議事録で確認することができませんでした。

介護・看護・事務管理・栄養・生活相談等それぞれの課題を抽出し、問題解決に向けた取り組み（目標）を定め、評価する仕組みを構築されていますが、新組織の大編成に着手している関係から、これらの部署や職員の取り組みが各種の委員会や会議等の議事録で確認することができませんでした。

6 職務分掌表を基に職務権限を定め、経営責任者又は運営管理者が朝礼や夕礼で職員の意見を聴き取り、また、業務日誌や健康管理、ケアカルテ等の指導に当たりリーダーシップを発揮していますが、自らの行動を評価・見直しをする仕組みが構築されていませんでした。

## ●各種のマニュアル及び手順書、介護実践等の記録等の整備

入浴・排泄・接遇・認知症等の「介護マニュアル」及び「基本技術マニュアル」は整備されていましたが、交通安全や虐待防止等の規程・マニュアルの整備と年1度の見直しが確認できませんでした。標準的な手順でサービスを実施しているかを「チェックシート」で確認している。各種の研修を実施し、新人職員は1か月、3か月、6か月の間隔で達成度を確認しています。SDGsの観点から、オムツ使用の技術を高めることで使用枚数の削減に努めている。マイスター制度を取り入れ職員の意欲や技術の向上を図っています。

災害時対応マニュアルを作成し、マニュアルに沿って年2回、水害を想定した垂直避難訓練や、夜間避難訓練を実施している。利用者が避難したことを確認できるように、職員が居室のドアにリボンの印を付け、避難完了後に取り外すなどの工夫をしています。地域との連携を意識した災害時対応マニュアル等は整備されていませんでした。

介護方針に「一人の人としての尊厳を大切に」を掲げ、業務マニュアルに明記しています。身体拘束委員会で利用者の権利擁護について話し合い、また、身体拘束排除や高齢者虐待に関する職員研修を実施しています。「お客様アンケート」を実施し、入居者の意思決定を尊重する取り組みを行っています。定期的に職員に対するヒアリングを実施し、また、運営会議などで職員の理解を深めています。利用者の虐待防止等に関する規程やマニュアル等が整備されていませんでした。

プライバシーポリシーを掲げ、玄関に掲示しています。個室での排泄介助時もドアを閉めてプライバシー保護に努めています。利用者に対する個別

	<p>相談などは、相談室や喫茶室などを使用していますが個人情報保護等に関する規程やマニュアル等が整備されていませんでした。</p> <p>食材の調理への要望に対して、すぐに別の食材に差し替えるなどで対応しています。個別相談等で聴取した事象には直ぐ面談を実施し適切な対応を行っていますが、記録が不十分でした。またアンケート調査等で収集した利用者の意向（苦情や意見・要望）を公表するまでには至っていませんでした。</p> <p>●相談や苦情を公的窓口に訴える方法を重要事項説明書に明記の上、玄関正面に掲示し、利用者および家族等に周知していますが、第三者は設置されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>●法人の「経営指針書」に示されている「経営理念」「介護方針」「5年ビジョン」に基づいた介護実践を具体に取り組んでおられることをヒアリングで伺いましたが、各種の会議や委員会の議事録、介護の実践記録が不備である為、確認することができませんでした。記録は全ての実践活動の証しとなりますので、議事録及び介護の実践記録の整備を願っています。</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	2672600489
事業所名	株式会社ルネスアソシエイト メゾンパルテール福知山
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入所者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	令和5年2月10日
評価機関名	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。	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思決定を行い、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. 第44期経営指針書（2021年10月～2022年9月）を小冊子（ファイル化）にまとめ、職員一人一人に配布している。指針書には、法人代表者の思い、社是、経営理念・介護方針、5年ビジョン等を明記し、それぞれに取り組む課題を明示している。さらに、人材の育成、介護の質の向上、社会貢献・地域貢献等への取り組みを具体的に明記している。代表者自らが職員入社時のオリエンテーションで「経営指針書」を基に職員に周知するとともに、ホームページやパンフレットで地域に周知している。利用者には運営懇談会で周知している。 2. 組織としての意思決定を月例の運営会議（経営者・マネージャー・管理部長・介護主任等）で行っている。スタッフ会議で集約した現場職員の意向を反映させている。職務分掌表に職務権限や役割責任分担等を定めている。		

### (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。	A	B
(評価機関コメント)		3. 令和4年度事業計画を基に介護職・看護職・アシスタント・事務職・介護支援専門員・生活相談委員等の職種別目標を定め、多角的な視点から課題を把握している。組織として介護サービスの向上のために中・長期および単年度の事業計画の策定や課題の明確化を図っているが、現在、新組織の大編成に着手している関係から、職員の意向が、各種の委員会や会議等の議事録で確認することができなかった。 4. 介護・看護・事務管理・栄養・生活相談等それぞれの課題を抽出し、問題解決に向けて各々が目標を定め、評価する仕組みは構築しているが、新組織の大編成に着手している関係から、職員の取り組みが各種の委員会や会議等の議事録で確認することができなかった。年2回、職員面談シートを使って職員一人一人に確認している。		

(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	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)		5. 「マニュアル関係ファイル」を整備し、プライバシー保護、感染症予防、災害対策、身体拘束廃止・接遇マナー、ハラスメント防止等について、職員研修で周知している。 6. 職務分掌表を基に職務権限を定め、経営責任者又は運営管理者が朝礼や夕礼で職員の意見を聴き取っている。また、業務日誌や健康管理、ケアカルテ等の指導に当たってリーダーシップを発揮している。経営責任者および運営管理者自らの行動を評価・見直しをする仕組みが構築されていなかった。 7. 職員全員に対して、携帯電話とグループLINEで対応している。		

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>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。	B	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. 部門毎に有資格者の採用を優先している。現任職員に対しては、本人の意向を確認し、資格取得のための認知症介護実践者研修、初任者研修、介護支援専門員等の資格取得のための研修受講を支援している。研修受講を勤務扱いにし、研修費用全額を法人負担等で全面的に支援している。</p> <p>9. 研修計画表を作成し、OJTに「メンター制度」を導入している。社内の有資格者/先輩（メンター）が教育・指導を担い、後輩（メンティ）に対してスーパービジョンを行っている。年間通して法定研修を含め、職員研修を計画的に実施している。職員一人一人に対してケアチェックシート「今日の目標・今日学ぶこと・メンターコメント」を使って、気づきを促し2週間後に独り立ちできるようにしている。</p> <p>10. コロナ禍の影響で高校生対象のインターンシップの機会が無くなってきている。現在は、京都府福祉即戦力人材養成科の学生に対する実習のみ受け入れている。実習受け入れについては、京都府主催の説明会に出席し、受け入れマニュアル等を作成し、受け入れの基本姿勢や職員体制等を整備している。</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)		<p>11. 職員の労働環境を法に基づいて整備している。全職員に対してパソコンとインカムを導入し、職員間の情報共有と施設内業務の効率化を図っている。利用者の状態に対応した浴槽（機械浴・ストレッチ・個浴）を用意し、職員に腰痛バンドを支給している。眠りスキャンを導入し、各部署のスタッフルームからモニターで夜間の安眠を確認している。</p> <p>12. 職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持に向けて、産業医に相談出来る体制を確保している。互助会規定を設け、年2回の食事会を実施し、商品券やコロナ支援金を支給している。また、法人が予防接種の半額を負担している。ハラスメントに関する規程を就業規則に明記している。職員が苦情を訴えたり相談出来る体制を整備し、職員には研修で周知している。</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。	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. 14. 市役所に法人案内のパンフレットを置いている。また、隔月にオレンジカフェを開催し、新型コロナの動向を見ながら地域の参加を呼びかけている。エコキャップを回収し、地元の中学・高校の生徒会に寄付している。福知山市の事業に賛同し、ゴーヤ(緑のカーテン)を苗から育て、地域住民に清涼感を味わってもらっている。近隣の幼稚園と交流し、園児の合唱のお礼に利用者が出した作品(おじゃみ)をプレゼントしている。福知山市主催の「認知症サポーターステップアップ講座」で、職員が「高齢者の精神的・肉体的変化について」をテーマに講義している。また、京都府北部福祉人材確保事業の介護職員初任者研修の講師として地域の福祉人材育成に協力している。事業所の文化祭に地域住民を招待する予定であったが、コロナ禍により中止となった。地元の両丹日日新聞の取材に応じ、介護の日にちなんで社会資源の一つとして事業所の情報を新聞紙面に掲載している。日常的に住民の介護相談に応じ、福知山市や地域歯科医師会からの出講依頼に対応している。施設内で発生したコロナ感染に京都府サポートチームと連携した経験を、実践研究として京都府介護支援専門委員研究会で発表している。		



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)		15. ホームページに掲載し、事業所のパンフレットおよびオレンジカフェや介護相談のリーフレット等で広く地域に事業所情報を発信している。施設入所希望者には、施設の契約書や運営規程、重要事項説明書等で情報を提供している。また、見学希望者に施設内を案内し、見学希望者の氏名を日報に記録している。			
<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. 入居契約書、管理運営規定、重要事項説明書等で利用に関する情報を料金を含め、説明している。介護保険以外の費用も明記し、本人や家族の同意を得ている。将来、判断力に自信がなくなった時の備えとして、福知山市社会福祉協議会の「あんしん・みらい事業」に基づいた制度の利用を促進している。現在利用者はないが、成年後見制度利用の支援を促進している。			
<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)		<p>17. 事業所独自のフェイスシートとアセスメントシートを活用し、利用者の生活歴や家族等の介護力および家族と本人との関係性、本人および家族等の望み、心身の状態等の情報を手書きで記載し、課題分析を詳細に行っている。看護師が主治医の指示や連絡事項を聴き取り、介護ソフト「ケアカルテ」の支援経過に記載している。特に重要な事項は赤字で記載している。特定施設サービス計画策定前に詳細な情報を盛り込んだアセスメントを実施している。</p> <p>18. 特定施設サービス計画の1表の課題分析の結果は本人および家族等の希望を踏まえている。本人と家族等の思いにずれが生じた場合は、サービス計画書に記載せず、支援経過に記載している。サービス担当者会議に入居者および家族が参加し、サービス計画書に本人および家族の同意署名を得ている。</p> <p>19. 受診同行時や訪問診療等で主治医の指示や助言を受けている。サービス担当者会議に本人および家族、介護支援専門員・看護師・介護職員等が参加し、出席者合意の上で特定施設サービス計画を策定している。</p> <p>20. 3か月に1回、特定施設サービス計画を見直し、各項目別にコメントをつけ、継続・変更・中止・追加等の評価を詳しく記載している。追加や変更等で更新を要する場合は、医師やその他の関係者・本人・家族等と協議している。通常、長期目標を1年で設定している。状態の変化や認定期間の満了等には状況に応じて変更および更新している。</p>			

(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か所の協力医療機関の医師および診療所の主治医、病院の地域連携室と連携し、情報を共有している。受診同行や訪問診療時の医師の指示や助言等を「介護ソフト」に記載している。地域の諸機関との連携に、中丹地域の「リハビリ連携推進ガイド」や市の冊子「わたしたちの介護保険」等を活用している。入居者の退院時には看護師やリハビリスタッフとサマリーで利用者の情報を共有している。ホームを退所する場合はスムーズな移行に向けて先方と連絡をとり合っている。		
(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. 入浴・排泄・接遇・認知症等の「介護マニュアル」及び「基本技術マニュアル」を整備している。交通安全や虐待防止等の規程・マニュアルの整備が十分とは言えない。年1度の見直し記録も確認できなかった。標準的な手順でサービスを実施しているかを「チェックシート」で確認している。各種の研修を実施し、新人職員は1か月、3か月、6か月の間隔で達成度を確認している。SDGsの観点から、オムツ使用の技術を高めることで使用枚数の削減に努めている。マイスター制度を取り入れ職員の意欲や技術の向上を図っている。</p> <p>23. サービスの提供状況等の記録類をスタッフルームのキャビネットに収納し、パソコン内の記録類は各自のID・パスワードで管理している。個人情報および特定情報の管理に関するマニュアルを整備し、文書持ち出しの禁止と廃棄方法、IGT関連の情報管理について定めている。個人情報とプライバシーに関する研修を3回に分け実施している。参加できなかった職員には研修資料を配布し、「内部研修欠席による自己学習報告書」の提出を義務付けている。</p> <p>24. 朝礼および夕礼の申し送りにフロア職員および看護師、介護支援専門員、マネージャー兼相談員等がインカム（相互通信機器）で参加している。全職員がパソコンとインカムを活用し、職員間で情報を共有している。出勤者は勤務に着く前に「ケアカルテ」の送り事項を確認している。重要な伝達文は赤字で表記し、確認漏れのないようにしている。</p> <p>25. 本人・家族等の面会はビニールカーテン越しで実施している。面会時に相談員や介護支援専門員が家族等に本人の様子を伝え、電話でサービス計画に対する意向を聞き取っている。一時はWEBでリモート面会を実施し、大型スクリーンで家族と交流していたが、入居者には馴染めない様子であった。受診の際に協力病院に事業所の車で送迎し、その機会に日頃の様子や受診に必要な情報を家族に伝えている。家族の希望でメールで情報交換を行う場合もある。年4回発行の「パルテール通信」を郵送し、利用者の日頃の様子を伝えている。</p>		

(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. 各種の感染症マニュアルを整備している。昨年の新型コロナ発生時では中丹保健所・京都府の感染専門サポートチームの指導のもとで、徹底したコロナまん延防止対策を実施した。隔離室に陰圧ブースを設け、ゾーニングやガウンテクニック、必要な衛生用品の整備などを行い、全職員に対して実践的な研修を行うとともに、マニュアルの更新も行った。日頃から手洗い、うがい、検温を励行し、必要に応じて新型コロナ抗原検査を行い、予防に徹している。 27. 専任の清掃職員が、各居室を清掃し、実施後は居室清掃実施確認簿に捺印している。共有スペースはアシスタント職員が清掃している。シーツ交換は週1回行い、シーツ交換実施表で管理している。3ヶ月に1回実施の害虫駆除や定期的なエアコン清掃は外部の業者に委託している。衛生用品を備蓄し、臭気対策として各共有スペースに空気清浄機を備え付けている。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		28. 夜間緊急対応マニュアルおよび、電気設備の故障・事故時の連絡表などを作成し、職員には研修で周知している。看護師が講師を務めるAED研修を2月に予定している。 29. 事故報告書に介護主任およびケアマネジャー等が事故内容・原因分析・再発防止について記述し、回覧で全職員間で情報共有している。家族には迅速に連絡し、状況、経過や対応等を説明している。移動時の転倒予防のための環境について多職種で再アセスメントし、ポータブルトイレの位置の変更や、新たな手すりの設置などを行っている。 30. 災害時対応マニュアルを作成し、マニュアルに沿って年2回、水害を想定した垂直避難訓練や、夜間避難訓練を実施している。利用者が避難したことを確認できるように、居職員が部屋のドアにリボンの印を付け、避難完了後に取り外すなどの工夫をしている。地域との連携を意識した災害時対応マニュアル等は整備されていなかった。		

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。	B	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	B
		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. 介護方針に「一人の人としての尊厳を大切に」を掲げ、業務マニュアルに明記している。身体拘束委員会で利用者の権利擁護について話し合い、また、身体拘束廃止や高齢者虐待に関する職員研修を実施している。「お客様アンケート」を実施し、入居者の意思決定を尊重する取り組みを行っている。定期的に職員に対するヒアリングを実施し、また、運営会議などで職員の理解を深めている。利用者の虐待防止等に関する規程やマニュアル等が整備されていなかった。</p> <p>32. 「プライバシーポリシー」を掲げ、玄関に掲示している。個室内の排泄介助時もドアを閉めてプライバシー保護に努めている。利用者に対する個別相談などは、相談室や喫茶室などを使用している。個人情報保護等に関する規程やマニュアル等が整備されていなかった。</p> <p>33. 「入所申込指針」に沿って、申請のあった順にインテーク面接を実施し、公平・公正に入所判定会議で決定している。申し込みを断ることはない。</p>		
<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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		<p>34. 生活相談員やケアマネジャーを窓口とし、本人および家族等の意向を受け付け、迅速に対応している。目につきやすい談話室などにご意見箱を設置し、また「お客様ご意見アンケート」を年1回実施し、利用者の意向を吸い上げている。</p> <p>35. 食べにくい食材（きぬさやのすじ等）の要望に対して、すぐに別の食材に差し替えるなどの対応をしている。個別に相談等が合った場合は、直後に面談を実施し適切な対応を行っているが、記録が不十分であった。またアンケート調査等で収集した利用者の意向（苦情や意見・要望）を整備し、公表するまでには至っていなかった。</p> <p>36. 相談や苦情を公的窓口で訴える方法を、重要事項説明書に明記し、玄関正面に掲示し、利用者および家族等に周知している。第三者については設置されていなかった。</p>		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>37. 年1回「お客様満足度アンケート」を実施し、運営会議などで行った分析・結果を運営懇談会にフィードバックし、参加者の意見をサービスの質の向上に役立っている。</p> <p>38. 月例の業務改善委員会および運営会議、全体会議等でサービスの質の向上について検討している。地域包括支援センターとの意見交換会や地域の研修等に参加する等で他の事業所の評価や取り組み等について情報収集している。</p> <p>39. 第三者評価を定期的に受診し、評価結果から課題を抽出し、サービスの質の改善に努めている。第三者評価受診にあたり、自己評価を行う会議を開催し、見直しの機会としている。各職員一人一人の目標設定および研修計画の作成等に反映させている。研修に参加できなかった職員への補習の仕組みなどを構築している。</p>		