

# アドバイス・レポート

令和5年10月19日

令和5年8月29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うずまさ共生の郷 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>寺に良かった点とその理由(※)</p>	<p>社会福祉法人 京都紫明福祉会は、高齢者および聴覚に障害のある人が要介護になった時、特別養護老人ホームで安心して暮らしてほしいとの願いのもと、2017年4月に「特別養護老人ホームうずまさ共生の郷」を開設しました。入居定数は、高齢者の方70名、聴覚障がい高齢者の方10名、ショートステイ10名が利用できる複合的施設で、全室個室のユニットケアを提供しています。現在の入居者の平均年齢は88.2歳、平均介護度は3.95です。事業所理念「人権を視座とし共に生きる」と掲げています。視座には「相手の立場に立つ」との意味もあり、職員採用にあたっては「理念に共鳴する人」を第一条件とし、外国籍の方や障害者の雇用もされています。施設長は「利用者に優しい行動がとれる職員、一緒に働く人を大切にできる職員であるかを見るようにしています」と述べています。</p> <p><b>○業務レベルにおける課題の把握と目標の設定</b> 事業所の中期計画や単年度計画をもとに、各ユニットや各専門職、各委員会活動でも年間計画を立案し、各ユニットでは毎月の目標も立案しています。ユニットの年間目標には「何げない日常を楽しい生活に変える」「ご入居者の個々のライフスタイルを守り楽しい〇丁目」「居心地の良いユニット」（抜粋）などがあります。年間目標は6か月ごとに振り返りをおこなっています。また、月目標も立て「シーツ交換を漏れないようにおこなう」や「おやつ時にもラジオ体操をおこなう」など業務上の課題を挙げ、実行、評価をおこない、次月の目標に取り組んでおり、理念を踏まえたサービスの質の向上に努めています。各ユニットの年間目標は1階の玄関に近い壁面に掲示しており、来訪者も見ることができます。</p> <p><b>○事業所内研修の充実</b> 「学べる環境を作っていきたい」との職員からの希望があり、毎週水曜日の夕方を内部研修と決め、法定研修と必須研修（ユニットケア事例発表会も組み込んである）をおこなっています。同じ内容で2回実施し、参加できなかった職員には、ビデオ学習での受講（資料あり）もあります。対象者は全員受講でき、受講後は感想や課題を提出しています。講師は施設長や副施設長、各フロアリーダー、看護師、各種委員会の担当もあり、多くの職員が指導にあっています。緊急時対応の手順書にそって、ロールプレイ研修も3か月ごとに実施しています。「介護福祉士受験合格講座」もあり、職員の介護福祉士取得者は多くおられます。新人にはプリセプター制度で指導しチェックリストがあり、接遇や介護技術などプリセプター、プリセプティとともに実施内容や振り返りを記録しています。期間は個人差がありますが、チェックリスト項目が習得でき、夜勤が独り立ちできるまでとしています。「教育・研修委員会」を2か月ごとに開催しています。</p> <p><b>○働きやすい環境</b> 事業所の行動指針に「1・互いを認め、自分を律し、研鑽に努めます」と掲げ、お互いを認め合い協力し合えるチームであり、その中で利用者をもっと支えていくことを奨励しています。外国人雇用、シニア世代や障害者雇用に取り組まれています。介護業務に対する不安や負担軽減のために、ノーリフティングを推進し、浴室天井走行リフト、スタンディングリフト、床走行リフト、スライディングボードなどを活用しています。育児休暇、介護休暇、有給休暇、希望休暇は取得しやすく、仕事と家庭の両立ができる働きやすい「ワーク・ライフバランス」に配慮した環境を提供し、貴重な人材を大切にされています。外国人職員は「人間関係の良い職場で楽しく仕事できています。利用者からは優しく温かい言葉をもらい『ありがとう』と言われていました。帰国を希望した時には話し合いを行い、長期休暇を取得できました」と述べています。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>○利用者、家族のサービス担当者会議への参加</b>  サービス担当者会議に利用者、家族の参加がありませんでした。家族も介護者の一員であり、利用者の状態をともに把握し、意見交換をおこない、家族とともに利用者の介護をおこなうという観点からも、利用者、家族の参加は必要です。</p> <p><b>○意見、要望、苦情の公開</b>  重要事項説明書にサービス内容に関する相談・苦情窓口を明記しています。生活相談員が窓口となり、施設長に報告しています。内容は報告書にまとめ支援経過記録にも記載して、サービス向上委員会でも検討し、職員間で共有しています。当事者への回答は速やかにおこない、全家族にも通知していますが、第三者への公開ができていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>○利用者、家族のサービス担当者会議への参加</b>  サービス担当者会議は、利用者個人へのサービスの質を検討する大切な機会です。特に特別養護老人ホームでは専門職が多く集い、多角的に検討がおこなわれています。家族にとっては、面会時にはなかなか会えない職種の職員意見も聞け、意見交換もできる機会です。双方が直接出会い、状態を把握、共有し、家族とともに利用者の介護をおこなうという観点において重要な会議です。今後はこの点に配慮され、利用者、家族の参加を得たサービス担当者会議の開催となることを期待します。</p> <p><b>○意見、要望、苦情の公開</b>  介護・福祉サービス第三者評価では、「公開」の定義を広く「第三者に対する公開を指す」とし、公開の例に広報紙、ホームページへの掲載、事業所内の掲示等としています。意見、要望、苦情などを個人情報に配慮し公開することで、事業所の信頼度もより高まります。検討を期待します。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2670701891
事業所名	特別養護老人ホーム うずまさ共生の郷
受診メインサービス (1種類のみ)	特別養護老人ホーム
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
訪問調査実施日	令和5年9月22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。	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. 法人理念と行動指針、運営方針はパンフレットやホームページ、重要事項説明書にも記載しているほか、玄関と各ユニットに掲示している。年4回広報紙「うずまさだより」を発行しているが、内1回は理念についての内容を載せ、公開している。職員には入職時に説明するとともに、日々使用するiPadの壁紙にも理念、行動指針を表記し意識を促している。年度初めには施設長から、「施設の展望と法人が求める職員像」の研修がある。利用者（家族）には契約時に説明しており、毎月のお手紙や広報紙でも、継続して周知を図っている。 2. ユニット会議月1回で出された意見や要望は、ユニットリーダー会議月1回（内容によりフロアリーダーミーティング月1回でも検討）→運営会議（施設長、副施設長、総務課長、参事）月1回でも検討され、結果は各ユニットに報告がある。議案内容により、年3回は開催する評議員会や理事会に提案される。会議や委員会活動が多種開催され、報告や諸要望は適宜運営会議に届いている。職務に応じた権限は「業務分掌」で示している。		

### (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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
(評価機関コメント)		3. 中期経営計画（2021～2025）と各単年度事業計画を立案している。中期経営計画の実践8項目には、(1)人権を視座とした共生社会づくり、(2)障害のある職員にとって十分な職場環境を整えた施設運営、(3)人権を視座とした組織風土づくり、(4)「人間の尊厳」に十分な配慮をした看取りケアの充実（抜粋）などがある。2023年度事業計画の数値目標には、居室稼働率、ヒヤリ・ハット発見件数、腰痛発症率、離職率なども挙げられている。顧客満足度調査の結果や各職員の意見も反映させる体制がある。これらの事業計画を利用者、家族に説明する機会は設けていない。 4. 各ユニットや各専門職、各委員会活動でも年間計画を立案し、毎月の目標も立案している。年間目標は6か月ごと、月目標は毎月、または各種委員会開催時に振り返りをおこない次の目標に進んでいる。振り返りの内容や月目標は、ユニットリーダー会議で報告している。年間目標は1階の玄関に近い壁面に掲示しており、来訪者も見ることができる。		

(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。	B	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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. 京都市老人福祉施設協議会（以後、市老協）の施設長対象研修に参加するとともに、行政からの情報提供などで更新された法令を把握している。職員には、施設内研修に組み込み周知を図っている。法令で求められている研修は、施設内研修で全項目おこなっている。事務所や各ユニットに福祉六法全書や介護報酬解釈などの法令集を設置しており、職員は必要に合わせ調べることができる。</p> <p>6. 施設長の役割と責任は組織図、職務分掌などに明記している。ユニットリーダー会議やフロアリーダーミーティング、人事考課面接など、職員から諸意見を聞く機会が多い。また、施設長に直接届く「意見箱」もあり月1回開けているが、施設長自らを評価する仕組みとしては弱いとの自己評価がある。</p> <p>7. 施設長は通常事業所内で業務しており、適時ラウンドもおこなって報告を受けたり、質問するなど現場を把握して、ケアカルテの申し送り欄にも目を通している。緊急連絡網を整備し、緊急時対応の手順書にそって、ロールプレイング研修も3か月ごとに実施している。特に新型コロナ感染が発症した経緯があり、感染症対応は速やかにおこなう体制ができています。</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

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
実習の受け入れ	11	実習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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 運営規程に従業者の区分及び定数を示している。事業所は期待する職員像を行動指針で明記している。「行動指針1・互いを認め、自分を律し、研鑽に務めます 2・ご入居者、ご利用者、ご家族の意思を尊重した支援を行います 3・笑顔と丁寧な言葉遣い、誠意ある対応をします」と掲げ、毎年4月の研修で理念とともに伝えていく。キャリアパスも作成している。人事評価は人事評価表に基づいておこない、スキルアップ研修（任意）も受講することができる。</p> <p>9. 介護課の人数や必要人数などは、施設長も出席するフロアミーティングで職員意見を聞き検討している。職員採用にあたっては「理念に共鳴する人」が第一条件である。外国籍の方や障害者の雇用もある。組織図の名前は、有資格者をカラー表示している。人材確保のために各学校やハローワークにも出向くが、「福祉就職フェア」「ここまるふくし合同福祉説明会」「福祉のお仕事相談会」でも啓発活動をおこなっている。ホームページブログでも情報発信しており、今後SNSでの発信も予定している。</p> <p>10. 「教育・研修委員会」を2か月ごとに開催している。「学べる環境を作っていきたい」との職員からの希望があり、毎週水曜日の夕方を施設内研修と決め、法定研修と必須研修（ユニットケア事例発表会も組み込んである）をおこなっている。同じ内容で2回実施して、参加できなかった職員には、ビデオ学習での受講もあり、資料もある。受講後は感想文を提出している。「介護福祉士受験合格講座」もある。外部研修は階層別研修として活用している。新人にはプリセプター制度で指導している。チェックリストがあり、接遇や介護技術など指導し、プリセプター、プリセプティとともに実施内容や振り返りを記録している。期間は個人差があるが、チェックリスト項目が習得でき、夜勤を独り立ちできるまでとしている。</p> <p>11. 昨年、言語聴覚士のインターンシップを受け入れ、実習プログラムを作成したり、実習生を受け入れる職員への指導などおこなっている。他の職種の希望者は今のところない。まだ揃っていないマニュアルもあり、今後の課題ととらえている。</p>		

労働環境への配慮 (働きやすい職場づくり)	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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)		12. 有給休暇や時間外労働の管理は総務課がおこなっており、就業状況に対する相談受付も総務課がおこない、責任者は総務課長である。給与明細に有給の残り時間を記載している。各上司がおこなう個人面談(年2回)でも意向確認をしている。「育休・介護休業規則」があり、誕生日休暇(1日)前期ライフバランス休暇(3日)・後期ライフバランス休暇(4日)がある。外国籍職員の里帰りには、ユニット職員で話し合い長期休暇を取得できている。職員の介護負担軽減として、眠りスキャン(40台)やスタンディングリフト(5台)、浴室天井走行リフト、スライディングボードなどの配置がある。 13. ストレスチェックを年1回実施し、職員の希望があれば産業医に相談することもできる。「コンプライアンス・ハラスメント規程」で相談窓口は総務課長となっている。外部の相談機関も掲示している。職員休憩室として独立した場所はない。スタッフルームにソファベッドを置くことはできるが狭い。職員は、地域サロンのコーナーや地域交流ルームを使用し休息しており、休息時間は確保できている。共済会に加入している。職員懇親会費用の補助がある。		

### (3) 地域との交流

地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	B	A
地域との交流(入所系・通所系サービスのみ)	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	A
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	B	A
(評価機関コメント)		14. ホームページやパンフレット、広報紙などで事業所情報を開示している。「右京ファンクラブ」に入会し、広報紙など区役所に設置している。新型コロナウイルスの流行により制限がある中でも市老協の「かいご未来フェス」に参加している。事業所では、10月に「秋フェスタ」を予定し準備を進めている。まずは家族の招待からとし、談話コーナーの設置も予定しているが、食べ物の提供は今年はない方向である。ボランティア(ジャズバンド、フラダンス、和太鼓)の受け入れなども検討している。 15. 運営規程第38条に「運営にあたっては地域との交流に努めるものとする」と明文化しているが、新型コロナウイルスの流行により制限があった。ボランティアに関しては、受け入れ要綱や申し込み手続き、登録など整っているが、コロナ禍で中断している。運営会議で諸検討が始まっており、大学生の「落語」も話題にある。 16. 右京区役所にパンフレット、広報誌を設置している。地域住民がふれあう場所(右京区のキネマキッチン)にも、置かせてもらっている。地域住民対象に介護相談窓口を設置し諸相談にも応じている。近隣の薬局から「薬剤師たちに認知症サポーター養成講座を開催してほしい」との要望もあり検討中である。施設長は認知症キャラバン・メイトである。また、職員の多くが講師を務められるように、研修も重ねている。施設長は市老協の会議や研修会に参加して、情報交換をしている。地域の方々に開放する地域交流ホールや地域サロンの活用は今後の課題である。		

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	17	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。	B	A
(評価機関コメント)		17. 事業所情報の提供に、パンフレットや広報紙があるが、ホームページのブログでは行事やイベントを載せ、特徴を出し、定期的に見直しもしている。料金は掲載していないが、問い合わせや説明の際には、料金表を用いて説明をしている。見学希望者は1か月に4~5人ある。予約なしの見学希望者にも柔軟に対応している。体験入居はしていないが、ショートステイを利用する方もいる。一日の過ごし方、生活の流れがわかるように、iPadを用いて画像でも説明している。見学者の記録が保存されていなかった。情報収集のためや、感染症など発症時の連絡などの観点からも、記録を保存する事が望まれる。		

(2) 利用契約				
内容・料金の明示と説明	18	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)		18. 重要事項説明書に介護保険外サービス料金も詳しく記載し、契約書と共に利用者、家族に説明している。成年後見制度利用者の代理人との契約もおこなっている。権利擁護推進のために、成年後見制度のパンフレットを受付に設置し、問い合わせに対応している。		
(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	19	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	20	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。	B	B
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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>19. アセスメント様式、介護ソフト「ケアカルテ」を用いてフェイスシートに、生活歴、身体情報、ADLなどを記載し、アセスメントを実施している。サービス担当者会議を開催し、各専門職からの意見を得ている。モニタリングは毎月、アセスメントは緊急時以外は6か月ごとにおこなっている。</p> <p>20. 個別援助計画は利用者、家族の意向を確認したうえで、ニーズごとに目標を設定している。サービス担当者会議（6か月ごと）での内容は個別援助計画に反映させ、計画の同意を得ている。サービス担当者会議では、利用者の意向は日々関わる担当者が、聞き取った内容や近況を報告している。家族からの聞き取りは来所時や、電話で意向確認をおこなっているが、会議への参加がない。遠方の家族との調整が容易でないなどの理由はあるが、利用者、家族の参加は、双方が直接出合い、状態を把握、共有し、家族とともに利用者の介護を行うという観点において重要な会議である。今後はこの点に配慮され、利用者、家族の参加を得たサービス担当者会議の開催となることを期待する。</p> <p>21. 個別援助計画策定には、主治医、嘱託医の意見を参考にし、サービス担当者会議への専門家の出席を得て、各職種から意見、情報を収集している。専門家の意見により個別援助計画の見直し、内容の変更などを実施している。</p> <p>22. 個別援助計画の内容に照らしてサービス提供をおこない、状況の確認をモニタリングは毎月、個別援助計画の見直しは6か月ごとと緊急時、状態変化の時など、基準を設定して実施している。計画見直しの際にはサービス担当者会議を開催し、各職種から総合的に意見を得ている。見直した個別援助計画は関係者に配布し、閲覧できるようにしている。</p>		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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。	B	A
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>23. 訪問での医師の診察時には、看護師、介護支援専門員が直接医師に報告するとともに指示を得ている。他の協力医療機関との連携も同様におこなっている。入院の際には救急シート（救急医療情報）や看護サマリーに詳細を記入し情報を提供している。退院時カンファレンスには、相談員と介護支援専門員が参加し、情報収集をおこなっている。他事業者や関係機関との連携は「ハートページ」を活用している。市老協との連携、障害者施設との連携などネットワークを活用し、情報共有や地域が抱える問題解決に取り組んでいる。</p> <p>24. 退所については運営規程に記載し、情報提供の引継書、手順書を作成し、実施している。終了後の相談窓口は相談課とし、マニュアルを整備しているが、実際に利用の実例はない。</p>		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。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	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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>25. 事業所のケアの考え方を基本ガイドラインに記し、食事介助、排泄介助など18項目に分類し作成している。各部署ごとの業務マニュアルを作成している。いつでも確認できる様に、それぞれのスタッフルームに設置している。接遇マニュアルは、全職員共通であり、各自が確認のためのチェックシートを活用し、毎月振り返りをおこなっている。マニュアルの見直しは、各委員会でおこなっており、サービス向上委員会では満足度調査の分析、介護事故防止委員会では事故、ヒヤリ・ハットなどの原因分析や防止に向けて具体策を検討し、マニュアルに反映させている。</p> <p>26. ペーパーレスを基本とし、介護ソフト「ケアカルテ」には介護記録、支援経過、ファイル内に食事量、バイタルなど、それぞれの職種が、パソコン、アイパッドから書き込みができ、情報が共有出来るシステムで、利用者の状態の推移がわかりやすいものとなっている。個別援助計画の内容にそった記録となるように#付きの記録で統一している。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄などは「個人情報保護規定」に明示し、全職員を対象に研修を実施し、利用者、家族には重要事項説明書で説明している。</p> <p>27. サービス計画書はユニットごとに保管している。ケースファイルには2票（細やかな支援内容記載）をファイルし、ユニット内で支援内容の確認と共有をしている。利用者の状況は、朝、夕の申し送り、申し送りノート、ケアカルテでの日常の記録などで確認している。事務所では毎朝朝礼をおこない、施設長や各課、職種代表が重要課題の引継ぎをおこなっている。ユニット会議では個別ケアケース検討もおこなっており、ユニット会議録は多職種を含め関係職種が確認している。</p> <p>28. 家族に毎月のモニタリングの結果を伝え、計画書の見直しの時期には、来所できる家族とは面会し、来所が困難な家族には、電話や郵送で情報を伝達している。利用者との面会制限中にはガラス越しの面会、オンラインでの面会を提供した。利用者の担当職員が毎月、写真入りのメッセージカードを作成し、手渡すまたは郵送で利用者の近況を家族に届けている。</p>		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	29	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	30	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>29. 感染症対策及び予防マニュアルを整備し、年に2回研修を行い、吐物処理などはロールプレイングも実施している。最新の情報に基づきマニュアルの見直しを1年に一度は行っている。新型コロナウイルス感染症BCP（事業継続計画）を2022年に作成し、初動対応、発生時対応などを整備し、初動対応のシミュレーションも実施した。情勢の変化に伴い、随時見直しを行い、現在は5類相当に準じ第3のBCP計画を作成し、対応を継続している。</p> <p>30. 事業所内の書類、介護材料、備品などは整理・整頓され設置している。ユニット内の共有部分は環境職員と介護職員が毎日清掃し、居室内はユニット職員が定期的に清掃している。汚物の処理や臭気の取り扱いは、基本ガイドラインに基づき実施している。フロアのごみは日に2回、回収し、臭気対策を図ると共にオゾン脱臭設備を設置し、より臭気対策を強化している。</p>		

## (7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	B	B
(評価機関コメント)		<p>31. 事故防止委員会を毎月開催し、マニュアルも作成している。施設内研修でリスクマネジメント研修を年2回実施している。緊急時対応手順書はスタッフルームに設置し、職員に周知している。夜勤者は始業時に確認し、緊急時に備え、緊急時対応のロールプレイングを3～4か月に1度実施している。</p> <p>32. 介護事故防止マニュアルで事故とヒヤリ・ハットの定義を明確にしている。内容に応じてヒヤリ・ハット報告書、事故報告書を作成し、ユニット会議で検討している。事故については事故対策委員会でも検討や分析をおこない、再発防止に努めている。事故が発生した場合は介護支援専門員から、家族へ報告をしている。</p> <p>33. 災害マニュアルを作成し、入居者所在確認票で安否確認ができるように訓練している。事業所は福祉避難所に指定され備蓄もあり、管理栄養士がリスト化し管理している。災害避難訓練は年2回おこない、内1回は夜間想定でおこなっている。地域との連携を意識したマニュアルは作成できておらず、連携はこれからの課題である。</p> <p>34. 自然災害のBCP計画は委員会で検討し現在作成中である。感染症については新型コロナウイルスについてのものが作成済みで、職員にも周知し初期対応についてのシミュレーションも実施している。</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
<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	35	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	
	利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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>35. 利用者の人権や意思を尊重することは、理念や行動指針で明確化して、職員は研修で繰り返し学んでいる。利用者の認知能力に合わせた対応を心掛け、聴覚障害者のユニットでは職員自ら手話を学び、利用者から手話を教えてもらいながらコミュニケーションを取っている。意志の疎通が難しい方への対応は、これまでのことを家族に聞き取ったり、目の動きや表情を見て気持ちをくみ取り、一人ひとりの意思を尊重した支援に努めている。</p> <p>36. 年に2回虐待防止研修をおこない、権利擁護の研修も年に1度実施している。ユニット会議で接遇マナーや声かけの仕方について、不適切なケアがないか話し合っている。2か月ごとに虐待防止委員会を開催している。</p> <p>37. 「排泄」「入浴」など基本ケアガイドライン内にプライバシー保護について記載し取り組んでいる。入浴は同性介助も可能である。排泄介助時にはトートバッグで使用物品を運び、羞恥心に配慮している。毎月確認する「接遇チェックシート」には個人情報漏えい防止の項目もあり、研修も毎年おこなっている。</p> <p>38. これまで申し込みを断ったケースはない。医療行為が必要な方の相談には、受けたときに事業所状況を丁寧に説明している。入居検討委員会では多くの職種が専門性をもって協議し、入居判定会議には嘱託医も出席し公平、公正に決定している。待機者はとても多い。</p>			

## (2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	B	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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てている。	A	B
第三者への相談機会の確保	41	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	A
(評価機関コメント)		<p>39. 家族来所時は、ユニットリーダーや看護師、生活相談員、介護支援専門員が話を聞き、聞き取った意向は支援経過記録に残し情報を共有している。利用者からは、日常的に聞くようにしている。意見箱も設置しており、聞き取った意見とともに、サービス向上委員会で検討しサービスの質の保持、向上に努めている。</p> <p>40. 重要事項説明書にサービス内容に関する相談・苦情窓口を明記している。生活相談員が窓口となっている。聞き取った苦情や要望は報告書にまとめ支援経過記録にも残している。施設長に報告し、相談や要望はサービス向上委員会でも検討して、職員間で共有している。当事者への回答は速やかにおこない、全家族にも通知している。第三者への公開はできていない。</p> <p>41. 重要事項説明書に苦情受付第三者委員の連絡先を明記し、契約時に説明している。受け付けた苦情は苦情対策委員会で論議し、迅速に対応するシステムが構築されている。議事録は回覧で職員に周知している。外部の目を持って透明性を確保する観点から、傾聴ボランティアを受け入れている。</p>		

## (3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	A	A
質の向上に対する検討体制	43	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	44	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>42. 今期は6月に満足度調査を実施し、サービス向上委員会で検討し分析をおこなっている。調査結果報告書を作成し、家族に報告している。面会頻度や外出についての希望が上がり、コロナ対応で制限がある中でどのように希望をかなえるか話し合いを持ち、改善策を検討している。面会は4月から居室でおこなっていたが、外出は新型コロナが5類に移行後と決めている。</p> <p>43. サービス向上委員会のメンバーは、施設長、副施設長、介護課各フロアリーダー、介護支援専門員、生活相談員、総務職員である。全職員には委員からの伝達と議事録の回覧で周知を図り、職員全員でサービス向上に努めている。毎月、利用者の担当職員が、メッセージカードに利用者の近況を書き家族に届けているが、内容もサービス向上委員会で検討し、より家族の望む内容を目指している。他事業所の取り組みは、市老協の施設長会（毎月）で収集している。</p> <p>44. 全部門と各種委員会が年間目標を立て、6か月ごとに反省、評価を実施し見直してユニットリーダー会議で報告している。介護課では、月目標も決め、毎月振り返りをおこなっている。職員個人レベルでは接遇チェックを毎月実施しサービス向上に努めているが、組織として定めた評価基準に基づいた自己評価はおこなっていない。</p>		