

アドバイス・レポート

令和6年8月6日

令和5年6月26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 やすらぎ苑 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>○職員間の情報共有と風通しの良い職場環境 エクセルを使った「連絡帳」、サイボウズクラウド、メッセージ機能、ケアカルテ、LINEグループ、緊急時一斉メールなど、さまざまな手段を効果的に駆使し、情報共有に努めておられました。ご家族への連絡にもLINEを活用するなど、効率化を図りながら適切な情報が行き渡る工夫が見られました。職員アンケートによって生々しい声を聞き取り、それを真摯に受け止め運営改善に繋げるなど、職員に寄り添う姿勢を随所に感じることができました。その結果が、風通しの良い職場環境に結実していると思います。</p> <p>○実習の受け入れと地域との連携・情報発信 社会福祉士実習においては、地域全体で受け入れる方針を掲げ、自法人だけでなく、行政職員や病院のソーシャルワーカーなどの話を聞いたり、現場見学を行う機会を設けるなど、他では類を見ないスケールの大きな実習プログラムを提供されています。また、介護・福祉の魅力発信の講師や認知症実践者研修の講師に職員を派遣するなど、業界全体の成長・発展のために自法人のノウハウやマンパワーを還元されるなど、視野の広い取り組みを推進されています。</p> <p>○人権等の尊重、意思決定支援の促進 アセスメントシートを用いて、個人の嗜好をきめ細かく把握しておられます。入浴準備は一緒に行く、好きな色を把握した上でそれに沿って着てもらふ服を選ぶ、飲み物も珈琲かココアか選択してもらふ、食事を選択式にする、自分の好きなおやつを食べてもらふ、ユニット行事としてマクドナルドやピザを注文するなど、たいへん細やかな意思決定支援を実施されていました。また、相談員、ケアマネジャーが訪室して個別に意向を聞き取るなど、言いにくい意見を聞き取る努力をされていることが見て取れました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○業務マニュアルの作成 必要に応じて様々なマニュアルが整備されていますが、法人のマニュアルと施設のマニュアルが混在しており、一部に内容の重複が見られるなど、整理がうまくできていないように感じました。マニュアルの内容自体はとてもしっかりしたものになっていますので、何がどこに書いてあって、どれを確認したら良いのか、わかりやすく整備されるとより良いと感じました。</p> <p>○利用者アンケートの未実施 職員アンケートについては緻密に実施されている一方で、利用者アンケートについてはコロナ禍以降実施されていませんでした。実際には相談員やケアマネジャーが訪室し要望を聞き取ったり、オンラインや文書を通じてご家族とやり取りしたりと、意向の確認は行っておられますが、面と向かっては言い出しにくい意見を引き出すためにも、アンケートは実施されたほうが良いように思います。また、苦情の公表についても実施できていませんでしたので、匿名性を担保した上で広報誌に掲載するなど、何らかの形で公表についてご検討ください。</p> <p>○災害発生時の対応、事業の維持・継続の取り組み BCP（事業継続計画）は策定されていましたが、地域と連携した訓練は実施できていませんでした。実際にはコロナのこともあり、なかなか難しかったとは思いますが、今後はBCPに基づいた、実践的な訓練の実施が義務化されますので、ご検討いただきますようお願いいたします。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人大樹会は、舞鶴市民のさまざまな福祉ニーズに応えるために、介護サービスなどの高齢者分野のみならず、放課後デイや学童クラブ、子育て保育など、幅広いサービスの提供を行っています。法人として策定された10ヶ年計画「地域共生社会を創る」は、VISION、MISSION、VALUEを明確にした緻密な経営計画になっています。2018年には古民家を再生した「みんなの家」を開設し、認知症カフェや障害者放課後デイ、子育て支援などをひとつの場所で行うことによって、様々な世代が出会い、繋がり、役割を生み出す取組みを行っておられます。

特別養護老人ホームやすらぎ苑は、1989年に開設された旧施設を、2019年に新築移転した定員80名の施設です。「住まい」ということにこだわり、看板やサインを極力排した造りになっています。移転後ほどなくしてコロナ禍に見舞われ、なかなか思うような運営ができず苦労されたとのことですが、そんな中でも、利用者や家族、職員の声を拾い上げ、運営に活かそうと様々な工夫をされていることが見て取れました。特に、職員を対象に実施される職員アンケートは、無記名で記入できるがゆえに、ときに辛辣な意見も届くようですが、それすらも真摯に受け止め、改善に努めておられるところに組織として風通しの良さを感じました。支援の過程で何か課題があれば、すぐにミニカンファレンスを開催して迅速に解決を図る姿勢にも、福祉施設としての安心感を感じさせます。

舞鶴市の移住政策とも連動した取組みなど、社会課題をキャッチして視野を広く持った法人運営は、スケールの大きさを感じさせます。今後も、舞鶴市の福祉をけん引する法人として、さらに地域に根差し、きめ細やかなニーズに応える事業を展開し続けられることを期待します。

前項に記載した以外のことについて、気になった点を以下に記します。
・事業計画については、要点を広報誌などに掲載するなどして、ご家族や地域住民にも知ってもらおうことで、これまで以上に施設運営に協力してもらえないかと思えます。
・「セクシャルハラスメントの防止に関する規定」を整備されていますが、ハラスメントはセクハラ以外にも、パワーハラスメントやカスタマーハラスメントなど、様々な種類がありますので、他のハラスメント規定についても整備されることを望みます。また、ハラスメント対応窓口が総務部長1名のみになっていますが、案件によっては男性に相談しにくいケースもあると思われますので、女性の窓口も設けられると良いのではないのでしょうか。

※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	2672700016
事業所名	特別養護老人ホームやすらぎ苑
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)	なし
訪問調査実施日	令和6年4月26日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク 一期一会

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) 理念は名札に明記され、職員は携帯している。「サイボウズ・ラクータ」というネットワークを活用し、「職員だより」を閲覧できるようにしている。「職員だより」は年2回発行しており、全職員の写真を掲載して職員同士の顔が分かる工夫をしている。また、理念はホームページにも掲載している。各種会議で事業計画を策定する際、あるいは「職員だより」発行の際に職員に周知している。広報誌発行により、家族には周知できている。 2) 法人内のリーダー会議（課長・部長）を毎月開催しており、その上位会議が理事会となる。特養としてユニットリーダー会議（月1回）。ユニット会議（2ヶ月に1回）がある。舞鶴市の動向を踏まえた法人の運営方針の決定は、リーダー会議、理事会・評議委員会で議論し決定している。施設長が府老協の役員をしており、近畿老人福祉施設大会には8名ほどの参加を予定している。リーダー会議、理事会などの議事録は「ラクータ」で職員に共有され、ユニットリーダー会議などで現場に落とし込んでいく。春と秋に職員アンケートを実施し、投稿したい職員は無記名で提出できるため、辛辣な意見も含め様々な意見聴取できている。アンケートには、全て返信している。春と秋にアンケートを実施している。施設長への「希望調査」を年1回聴取している。希望調査は、施設長へ直接伝わるものであり、施設長は個人情報配慮しながら、管理職と共有したり、人事異動の希望を聞いている。「職務内容一覧」を整備しており、職務内容、権限についてを明確化している。キャリアパス制度の各職位における職務内容を明文化している。		

(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) 2020～2030年の10ヶ年計画を「地域共生社会を創る」とタイトルをつけて策定している。ビジョン、ヴァリュー、ミッションを明確化し、経営戦略も具体的な取組計画が立てられているため、見やすいものとなっている。また、中間で近年の社会動向を踏まえた見直しを行っている。この10ヶ年計画を基に、各施設部署の単年度計画策定に繋げている。各施設では、2月頃に事業計画を振り返る機会を設けており、その際に長期計画を確認する機会にもなっている。事業計画を家族や地域に伝える手段として、広報誌などに掲載しても良いのではないかと。 4) 各ユニットごとに毎月の目標設定を行い、振り返りを行っている。年間目標は、ユニットリーダー会議やリーダー会議で振り返りを行っている。		

(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、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。	A	A
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) 経営責任者・運営管理者として、施設長や課長、ユニットリーダーなどを職場単位で位置付けている。10ヶ年計画策定の過程で、課長職などは経営について学ぶ機会となっている。施設長は京都府老人福祉施設協議会の研修などに参加し、知見を深めている。法令順守については、法人のリーダー会議等で新たな法令も含めて確認している。サイボウズ内にリンク集を設けて、介護保険に関する法令を職員誰もが見るようにしている。介護保険法令集を事務所に整備しており、職員に周知もしている。</p> <p>6) 「職務内容一覧」が整備され、法人内の意思決定の流れを明示している。ユニットリーダー会議に課長・部長のどちらかが出席しており、この場で施設方針を決定している。職員ヒアリングは人事考課制度に則り、半年に1回のペースで実施している。職員向けアンケートを実施している。</p> <p>7) 「ケアカルテ」というシステムを活用して、ケア記録を入力している。各職員が持つスマホから記録を閲覧することができる。施設長は総合施設長であるため、法人内の全施設の記録を閲覧できる。アクセス権限を職位や施設ごとで設けている。業務日誌も「ケアカルテ」内で記録している。緊急時連絡については連絡網を作成しているほか、主任以上のLINEグループをつくり、情報共有している。「ラクーダ」の機能である「メッセージャー」を活用して、メモ程度の申し送りを活用している。震度3以上などの緊急時には、全職員に一斉メールが流れる仕組みがあり、BCP（事業継続計画）にも組み込んでいる。</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						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 「キャリアパス育成計画」を策定しており、法人が求める職員の人物像や求められる職務内容を明確化している。人事考課表を活用して、個人の業務目標を立て、振り返りを行っている。研修体系と連動させ、キャリアアップできる仕組みが確立されている。 9) 「法人事業計画」の中で採用計画についても立案し、採用計画人数を明確にしている。就職フェアへの参加やジョブパークなどからの紹介により採用している。ジョブサポートやジョブパークなどの介護の魅力発信のイベントで講演するなど、法人をアピールする機会がある。エアワークというネット上での採用ツールを活用し、業務を細分化した時間単位での採用募集に力を入れている。実習生を多く受け入れしており、大学との連携を密にすることで、福祉の仕事を学生にアピールする機会としている。福祉の入口を広げるセミナーに職員が複数参加しており、そこからの実習生の受け入れをしている。地域サロンの研修会に専門職の知識を発表する機会を作るなどして、介護に興味を持った地域の方が体験就労することもある。 10) 法人内の研修計画はキャリアパスと連動している。中堅職員が新人職員の研修講師を行うなど、人材育成も同時に考えられている。参加者の研修報告書を法人全体で閲覧できるようになっている。階層別研修を整備しており、必要な研修案内を総務から職員に知らせ、受講履歴を把握している。外部研修の案内は、サイボウズを利用し、総務より職員に周知している。資格取得支援として対策講座などを実施している。Do-Capシートを活用し、個人目標を立て、振り返りの機会を設けている。 11) 「やすらぎ苑実習支援方針」をマニュアルとして整備している。介護福祉士の実習については、YMCAのプログラムに沿って行っている。大学生の受け入れについては詳細に時間刻みで実習計画を立て、法人内外の事業所と共有している。社会福祉士実習の受け入れは、地域全体で受け入れる考え方で、行政職員や病院のソーシャルワーカーなどの話を聞いたり、現場見学を行うようにしている。実習指導者研修を受けた職員を配置している。実習受け入れ担当者同士の会議、研修の機会を設けている。		
(2) 労働環境の整備						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		12) 有給取得の把握は総務で管理し、出勤簿に押印と出退勤時間を手書きで記載する方式で把握している。計画有休の仕組みがあるため、法定で定められた日数の取得ができている。勤務して1年後より、リフレッシュ休暇として、連続して3日連休を取得する制度がある。「セクシャルハラスメントの防止に関する規定」を整備し、総務部長がハラスメントの窓口となっている。育休取得率はほぼ全員であり、男性職員も取得促進している。育休から復帰後、時短勤務が可能（最高3年）。リフト浴を増設したことで、安全で効率の良い入浴ができるようになった。 13) メンタル面の相談窓口は総務部長で、適宜医療に繋いでいる。また、産業医や精神科医に相談することができる仕組みがある。職員へのアンケートで不調や不安なことを申し出ることできる。互助会を設けており、慶弔費を出したり、コロナ禍以前は親睦会を開催するなどしていた。職員のための休憩所を設けており、健康器具を配置して、リフレッシュの機会を持てるようにしている。		
(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。	A	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。	A	B
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。	A	A
(評価機関コメント)		14) 10ヶ年計画のタイトルや内容に、地域への貢献に関する考え方を明文化している。広報誌を地域の回覧板に入れてもらっている。「みんなの家」という地域向けサロンを運営しており、地域の各種団体や学校、子育て団体などと連携して、地域貢献事業を展開している。ケアマネジャーや地域包括支援センター職員が集まる会議に参加することで地域課題を認識し、それに対応する取り組みを検討している。最近では災害対策についての課題、要望を聞き取り、施設として対応を考えている。施設の敷地内にお地藏さんがあり、コロナ以前は地藏盆を施設で行っていた。コロナ禍が過ぎたため、再開する意向がある。 15) ボランティア受け入れマニュアルは整備されていない。以前は、エステをする人やイベントの際にフォローしてくれる人など、複数のボランティアが来ていた。同法人内の保育園の運動会に入居者が参加することがあった。お正月には、近隣の神社にお参りに行くことがある。近隣にある中学校の体験活動の受け入れをしている。 16) 認知症実践指導者や、介護・福祉の魅力発信の講師として職員を派遣をしている。京都府からの依頼で設けた認知症の相談窓口を、京都府が手を引いた後も社会貢献事業として継続して運営している。クールスポットとして施設を開放している。0歳～高齢者まで、自然発生的に交流できることを目的としており、この考え方をもとにして、古民家を活用して、地域の交流拠点を設けた。		

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		17) ホームページやパンフレットを用いて事業所情報を提供している。写真を多用することで、誰にでも見やすく、わかりやすい内容になるよう工夫されている。利用申し込み希望者の見学は随時受け入れており、業務日誌に見学や入所相談について記録している。入居希望者にはショートステイを利用いただき、実際の施設の暮らしを体験してもらうこともある。		

(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) パンフレットと一緒に、料金表・事業所の見取り図などの資料をセットにして、相談に来られた家族に渡して説明している。遠方の家族には郵送で資料を送付し、オンラインでの説明も対応している。舞鶴市に成年後見センターがあり、そこを通して成年後見制度を活用している入居者もある。		
(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。	A	A
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)		19) 「長期入所希望調査書」やフェイスシートを活用して初回アセスメントシートを実施している。再アセスメントについては、現行の計画書に赤字で書き込む形で記載している。入所の際にかかりつけ医に情報聴取し、入所後は協力医療機関の医師との連携で情報を共有している。ケアプランの更新時、来所できないご家族に対しては意向を聞くためのシートを用いて意向聴取している。「生活と安全の資料」で、生活習慣、趣味嗜好を聞き取り記録している。 20) 個別援助計画は、長期1年・短期半年で設定して立案している。「生活と安全の資料」により、入居者や家族の意向を把握できるよう工夫している。本人の意向確認が難しい場合は、表情から読み取ったり家族からの聞き取りをしている。ケアプラン交付については、家族が来所されたり、請求書と共に送付するなどしている。ケアプランの変更点については電話で伝えることもある。 21) 介護現場としては24時間シートを作成しているところであり、ケアプラン作成や個別機能訓練計画書を作成するにあたっては、在宅時のサマリーを取り寄せるなどして情報収集している。多職種連携は日頃から意識しているが、プラン作成にかかる連携はサービス担当者会議を通じて行っている。 22) 日常的にミニカンファレンスを行い、ご入居者の状況確認と情報共有をしている。ケアプランを全員分まとめたファイルが各ユニットにあり、随時確認できるようにしている。半年に1回、もしくは状態変化時にカンファレンスを実施している。モニタリングについては、ラウンドを兼ねて行っている。協力医療機関の嘱託医が月1回の回診時に情報収集している。他科受診や、大きい病院受診時には看護師が付き添い、直接医師と連携している。		
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。	A	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)		23) 基本的にはサマリーを通じての情報共有を行っているが、退院カンファレンスの開催を病院の連携室に依頼したり、病院からの依頼で看護師等の専門職が参加するなどより密な連携を心がけている。連携している医療機関や事業所の一覧を作成しており、「事業所電話帳」と名づけている。「みんなの家」という拠点では、「みんなの家会議」を3ヶ月に1回開催し、運営についてや情報の共有、エリアの課題や実情に応じた運営方法を検討している。 24) 本人、家族の要望で特定の医療機関での受診を希望され、その医療機関が運営している特養への転出されたケースや、ADLの向上により、養護老人ホームやグループホームへ移られたケースもある。退所後にも同法人内の利用者は様子を知ることでもでき、継続して状況を確認するようにしている。		
(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) 介助場面ごとの支援マニュアル(手順書)を整備している。各ユニットからは、ネットワーク内のフォルダにアクセスしてマニュアルを確認することができる。「やすらぎ苑マニュアル」「基礎技術マニュアル」を作り、職員は全員所持している。マニュアルの改訂は、年1回定期的に行っている。0JTのシートに毎日のチェックシートを設けており、マニュアルに沿ったケアができていないか確認できるようにしている。新人以外の職員は、育成側に回るため、自然と振り返る機会になっている。また、人事考課制度の面談で確認する際には、マニュアルを踏まえた振り返りを行っている。</p> <p>26) ケアカルテを用いて記録をしており、場合によっては写真を添付するなどして分かりやすく記載している。何かあった際には特記事項として記載し、後に確認できるようにしている。記録管理責任者として施設長を位置付けている。職員採用の契約時に個人情報保護についての研修を実施している。個人情報に関する規定が揃っている。個人情報の取り扱いについて、入居者や家族の同意を得ている。</p> <p>27) ケアスタッフには日課の中でケアプランを確認する時間が設けられている。必要事項は申し送り時間に口頭で申し送りしている。多職種間での情報共有についてはラウンド時や記録の確認などで行っている。ケアカンファレンス時にも入居者の情報共有している。「ラクダ」を活用して、食事内容の変更など詳細な申し送りをしている。「連絡帳」というエクセルツールを設けており、各役職からの連絡事項を記載して申し送りしている。職員は出勤時に「連絡帳」「ケアカルテ」「ラクダ」を確認するよう習慣づけている。</p> <p>28) 家族との連絡はLINEを活用したり、写真でご様子をお伝えするようにしている。施設ではおやつを提供しておらず、家族から差し入れしてもらうよう促している。差し入れの連絡の際に家族と話すことで情報共有の機会となっている。今までの趣味嗜好を継続的に利用者に提供できるように配慮している。面会申し込みは事前連絡をもらい「サイボウズ」で管理している。月2回、1回15分で面会してもらっている。</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) 「感染症及び食中毒のまん延防止のための指針」を整備し、年1回の見直し・更新をしている。定期的に感染症対策委員会を開催、新規採用時ならびにインフルエンザやノロウイルスが流行する前に研修を開催し、実地訓練も行っている。保健所からの講師派遣があり、吐物処理やマスクフィッティング等の研修を開催している。必要に応じて行政報告を行っている。抗原検査を受けてもらいながら感染症の疑いがある場合の受け入れを行っている。ジアリーノを購入し、清掃員を雇用するなどして清潔保持を心がけている。</p> <p>30) 事業所内の整理整頓がしっかりとされていたことを見学時に確認している。ユニット職員、清掃業務員が清掃をしている。換気扇を24時間稼働させている。オゾン装置を設置して臭気対策をしている。ダムウェイターを設け、汚物を1階に送るようにして、汚物を持って廊下を歩かないようにしている。</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。	A	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。	C	B
(評価機関コメント)		<p>31) 法人の「事故発生防止マニュアル」(フローチャートあり)ならびに施設独自の「緊急時対応マニュアル」に基づいて対応している。毎月開催するリスク委員会で事象事例を検討し、必要に応じてフローチャートやマニュアルを改定、周知している。新人研修時にリスクマネジメントの研修を行っている。</p> <p>32) 事故報告書はすべてケアカルテに入っている。ヒヤリ・ハットは記載しやすいようシンプルな様式で統一されており、別フォルダに保存し、サイボウズで周知している。保険者への報告は適宜行っている。複数のユニットで類似の事故が発生した場合は多職種も含め対策を協議して、施設全体で対策を講じている。報告周知の方法がシステム化されている。</p> <p>33) 避難訓練は年2回実施している。消防署員も都合が合えば参加する。安否確認は法人メールで一斉連絡をとる仕組みがある。時間帯リーダーが緊急連絡先のファイルを持ち回し、必要に応じて連絡できる仕組みを整備している。備蓄は栄養士が管理しており、リスト化されている。しかし、地域の行政や関係団体等と連携した防災訓練は実施できていない。</p> <p>34) BCP(事業継続計画)は作成できているが、それに基づいた訓練はできていない。福祉避難所に指定されている。</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	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) 施設内研修に権利擁護の研修を位置づけ、グループワーク等を駆使しながら伝達研修を実施している。ユニット会議等でも日々の振り返りの中で人権について確認する機会を設けている。様々なシートを活用して意思決定支援に努めている。</p> <p>36) 年1回虐待防止研修を実施している。月2~3回にわけて、契約職員も含む全員が参加できるよう努めている。施設長を虐待防止担当者として位置付けている。月1回のリスク委員会の冒頭に身体拘束の状況について確認している。「身体拘束廃止に関する指針」「高齢者虐待防止への取り組み」を整備している。不適切ケアが生じた場合、役職者が面談するなど事実確認をし、改善に向けて適宜指導を行っている。巡回指導時に発見したり、委員会で取り上げたりすることもある。</p> <p>37) プライバシーについて、年1回の研修で事例を取り上げるなどして啓発に努めている。フロアを巡回して、不適切な状況があれば適宜指導している。各種マニュアルの中にプライバシー保護について具体的な対策を取り上げている。</p> <p>38) 基本的に申し込みを断ることはないが、医療処置がメインの入居者については、家族と協議した上で地域連携室等を経由して他機関を紹介するなどしている。虐待措置ケースも必要に応じ受け入れている。</p>		
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。	A	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っている。	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。	B	B

<p>(評価機関コメント)</p>	<p>39) アセスメントシートを用いて個人の嗜好を把握している。入浴準備は一緒に行う、好きな色を把握した上でそれに沿って着てもらふ服を選ぶ、飲み物も珈琲かココアか選択してもらふ、食事を選択式にする、自分の好きなおやつを食べてもらふ、ユニット行事としてマクドナルドやピザを注文するなど、細やかな意思決定支援を実施している。相談員、ケアマネジャーが訪室して個別に意向を聞き取るなど、言いにくい意見を聞き取る努力をしている。意見箱を設置している。</p> <p>40) 「相談苦情解決マニュアル」が整備され、「福祉サービスに対する苦情解決システム運営規程」の中に苦情解決フローチャートが整備されている。苦情解決の第三者委員が選任されているが、施設内に掲示するなどの周知が不十分だった。苦情対応の結果は公開できていない。</p> <p>41) そもそも介護相談員が少なく、要望等を話せる利用者も少ないので、今は受け入れていない。相談窓口の設置はしているが、第三者委員の掲示は確認できなかった。電話番号は重要事項説明書に記載している。苦情は迅速に対応している。</p>			
<p>(3) 質の向上に係る取組</p>				
<p>利用者満足度の向上の取組み</p>	<p>42</p>	<p>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</p>	<p>C</p>	<p>C</p>
<p>質の向上に対する検討体制</p>	<p>43</p>	<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>	<p>A</p>	<p>A</p>
<p>評価の実施と課題の明確化</p>	<p>44</p>	<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>	<p>A</p>	<p>B</p>
<p>(評価機関コメント)</p>	<p>42) 満足度調査はコロナ禍以降実施できていない。</p> <p>43) QOL委員会、リスク委員会、ユニットリーダー会議、楽食会（食事委員会）等の会議体で質の向上について検討している。法人内の他事業所の取り組みはすべてラクーダやサイボウズで共有し、適宜参考にしている。京都府老人福祉施設協議会の部会等から他法人の取り組み状況を収集し、取り入れている。学会等に参加し、情報を得ている。</p> <p>44) 自己評価はできていない。第三者評価は3年に1回受診している。</p>			