

アドバイス・レポート

令和6年11月21日

令和6年10月7日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護医療院 茶山のさと）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>「介護医療院茶山のさと」（以後、茶山のさと）は2011年11月3日に介護老人保健施設として開設され、2022年3月1日に介護医療院（定員70名）へと転換しています。ショートステイと通所リハビリテーションを併設しています。茶山のさと理念「・楽しく、暖かく、美味しく、心地よく、そんな生活を目指します。・ひとりひとりを大切に、その人らしい生活の実現に向けてチーム力を結集します。・地域とともに、安心社会をつくります」を掲げています。利用者に長期的な医療管理と日常支援をおこない、看取りやターミナル期も支えています。医師、看護師、介護士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、事務員など多職種が協働し、24時間看護師の勤務があります。利用者への看護、介護、日々のリハビリテーションや栄養管理など利用者主体のサービス提供をおこなうとともに、それぞれの職種を生かし、地域に向けて啓発活動もおこなっています。社会福祉法第2条に定める「生計困難者に対して無料または低額な費用で介護医療院を利用させる事業」も推進しています。</p> <p>○新人職員の育成 「初期研修委員会」が新人介護士研修を担当して、指導者（中堅職員から選ぶ）が3年間つき、目標「1年度 ケースの中から気になったことをカンファレンスにかける 2年度 事例発表を受け持ちでする 3年度 介護観の発表」があります。チェックシートで、自己評価、指導者評価を年3回実施して、新人の育成に努めています。同時に「職員育成委員会」が事業所内研修を組んでいます。各委員会やグループ会議主催の勉強会もあります。法人研修や他の外部研修には各自のキャリアに合わせ参加しており、外部研修への参加には、研修費の全額補助があり勤務扱いで参加できます。職員育成の支援体制も整っています。</p> <p>○多職種協働での介護支援の共有 利用者の個別支援計画に関するデータは、共通のソフト「ほのぼの」で管理しており、日々の状態、対応などを記録しています。介護支援専門員は毎日ケース記録の確認や申し送りに参加して、毎週1回全職種参加の全体カンファレンスを実施しています。申し送りや全体カンファレンスには医師も参加しています。モニタリング、計画の見直し、サービス担当者会議の基準は3か月ごと及び急な状態変化時と取り決め、サービス担当者会議には、利用者、家族、全職種職員の参加があります。療養棟の食事介助には、作業療法士、言語聴覚士が食事介助に入ることもあり、介護士は料理の好き嫌いや形態、嚥下の状態、日常の気づきなど報告しています。嫌いな料理は栄養士に報告し代替で対応があり、利用者個々に応じた形態に変えながらも、色や形を保つ見た目への配慮があります。多職種協働で利用者の療養を支援する姿勢もあります。</p> <p>○利用者の楽しみ 利用者には曜日ごとにスケジュールがあります。月曜日と土曜日は作業レクリエーションで切り絵や貼り絵、折り紙で作品を作っています。とても精巧で立体感のある作品が目立ちます。火曜日はリハビリテーションです。水曜日は喫茶の日（月1回調理レクリエーションに利用者参加）、金曜日はおやつの日（利用者、栄養士で手作り）です。職員のおこなっているグループ活動の1つに「レクリエーショングループ」があります。9月に「居酒屋」を企画しました。会場を居酒屋風にして、だし巻きやたこ焼き、フライドポテト、ちらし寿司などを提供し、ノンアルコールビールやあま酒をふるまっています。介護職員は「職員同士、仲良くできており、話やすい雰囲気です。利用者には楽しく生活できるように、また、一人ひとりの個別性にも配慮しています」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>○中・長期計画の作成 単年度の事業計画は、事業所の課題を多角的にとらえ作成していますが、中・長期計画については、作成できていませんでした。</p> <p>○第三者相談窓口の設置 公的機関の相談窓口は施設内に掲示し、重要事項説明書にも記載していますが、外部の第三者による相談窓口が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>○中・長期計画の作成 事業所が近い将来どのように成長していくのかを可視化して示し、職員間で共有することは、必要ではないでしょうか。中・長期計画は、社会情勢や諸課題を考察し、中期（3年～5年）か長期（10年）で決めるかなど期間の明示は必要です。検討を期待します。</p> <p>○第三者相談窓口の設置 「福祉サービスに関する苦情解決取扱規程」の第5条で、第三者委員の設置が求められています。現在苦情の申し出はないようですが、備えは必要ではないでしょうか。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	26B0600029
事業所名	介護医療院 茶山のさと
受診メインサービス (1種類のみ)	介護医療院
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所療養介護・通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	令和6年10月30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. 事業所理念と運営方針はパンフレットやホームページ、重要事項説明書などに記載して発信している。広報紙「茶山のさとだより」では、利用者の日常の様子を発信している。施設長交代時には、臨時の広報紙を発行して新施設長の所信を発信している。職員には入職時に説明するとともに名札の裏に明記して、常に意識した行動を促している。利用者（家族）には契約時に説明しており、事業所内にも掲示し継続して周知を図っている。 2. 療養棟では毎月、介護士部会、看護師部会で話し合いを持ち療養棟の部署会議に参加している。出された意見や要望は、必要に合わせ管理会議で検討して、療養棟の提案事項は、ほぼ、この会議で決まる。結果は療養棟に報告がある。法人の常務理事会（毎月）理事会（隔月）も開催され、他にも多くの会議や委員会の開催もある。事業経営を取り巻く動向の把握は、京都市の集団指導、左京事業者連絡会、地域ケア会議、民医連の関連会議など職員が参加して情報を得て報告されている。行政からの通達もある。職員の権限は「組織図」「組織および業務規程」「職務および職務権限規程」などを整備している。		
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. 「2024年度品質目標及び活動計画書」を作成している。事業所方針を一部抜粋すると「1. 医療・介護の連携を図り、地域を支え、事業所を守り発展させよう。目標入所稼働率。2. 気候変動の関心を職員、利用者、地域に広げ電力消費量の抑制を図る。3. 人のつながりを大切に信和会共同組織新方針の実践。法人内での相互支援・連携の促進と人材交流」などがあり、具体的活動を示している。中間と年度末で評価している。顧客満足度調査（アンケート）も年1回おこない、事業に反映させている。中・長期目標は法人で方向性を出しているが、期間の設定がなされていない。まだ「茶山のさと」での取り込みには至っていない。コロナ禍で中止していた家族会が今年6月に再開されたが、説明などができていない。 4. 事業所方針を基に、各部署の目標と具体的活動内容を立案して、中間と年度末で評価している。療養棟の2024年年間目標は「想いに耳を傾け敬意と感謝で接します」と掲げており、利用者を対象にした目標の一部に「・その人らしく過ごせる環境やケアについて話し合い、実行する・毎月の転倒転落事故件数をへらす」などを挙げている。リハビリ部の年間目標は「ご本人・ご家族の思いや生き方に共感する関わりを大切にします」と掲げている。各部署の年間目標は玄関に掲示して公示している。		

(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、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. 介護保険の法令に関しては、京都市の介護保険サービス事業者等集団指導の動画研修や行政からの通達、左京区事業者連絡会、地域ケア会議などで情報を得ている。全職員対象に「法令遵守」の研修を実施しており、パソコン内で法令に関する資料は管理して、いつでも調べられる環境を整えている。法令の管理（見直しを含む）は法人がおこない、労働組合執行部がチェックしている。</p> <p>6. 施設長や役職者の役割と責任は「組織図」「組織および業務規程」「職務および職務権限規程」などに明記している。部署会議や管理会議など、また、多くの会議や各種の委員会からも報告がある。介護部の人事考課面接は介護士長が年3回おこない、気になる事案は役職会議で報告している。各部署上司による個人面接があり、目標を持ち、本人評価をおこない上司からも評価がある。管理者自らを評価する仕組みとしては、面接時に直接聞き取っている。</p> <p>7. 施設長は通常事業所内で業務をしており、適宜報告を受けている。施設長や各部署の責任の範囲は「組織図」「職務および職務権限規程」で明確である。療養棟は看護師長、介護士長の管轄下となっている。職場を離れる場合は業務用PHSを携帯しており、番号を職員に周知している。職員の緊急連絡網もある。</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)		<p>8. 運営規程に職員の職種、員数及び職務の内容を示している。事業所は期待する職員像を、事業所理念をもって行動指針としている。各職種別の「キャリアパス」を作成して、資格取得の研修も示しており、個々の職員が自分の将来像を描けるようにしている。現在、介護職員の介護福祉士取得率は100%である。</p> <p>9. 職員の採用に当たっては事務長と連携を取り求人をおこなっている。人材不足の現状があるが、ホームページからの募集をおこない、ハローワークからの紹介もある。ハローワークでは、事業所のPR動画を見ることが出来る。また、各種説明会に参加して事業所の広報活動をおこなっており、11月には「お仕事相談会」への誘いがある。職員採用にあたっては「理念に添える人、資格が取れる人、やる気がある人」を求めている。事業所は、京都府の「福祉人材育成認証」を取得している。</p> <p>10. 「職員育成委員会」が事業所内研修を組み立てている。法令に添った研修や事業所内や外部講師によるトランスファー、褥瘡ケアや口腔ケア、医師からの講義などを毎月実施している。法人主催では、基礎Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ課研修、中堅Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ課研修がある。「初期研修委員会」が新人介護士研修を担当している。指導者（中堅職員から指導者を選ぶ）が3年間つき、目標「1年度 ケースの中から気になったことをカンファレンスにかけ 2年度 事例発表を受け持ちでする 3年度 介護観発表」がある。これらのチェックシートがあり、自己評価、指導者評価を年3回実施している。他の外部研修への参加には、研修費の全額補助があり勤務扱いで参加できる。職員から「学ぶ機会が多い」との言葉がある。</p> <p>11. 実習指導担当職員（3名）は「実習指導者養成講座」を受講している。近畿高等看護専門学校での老年看護実習（3週間2クール、3～4名）を受け入れている。学校とは実習指導者会議年4～5回をおこない、実習要綱に沿い本人の希望も聞き指導に当たっている。実務者研修受講のために、介護労働安定センターからの実習生や、医学生の地域研修も受け入れている。実習指導者会議を定期的に開催している。</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。	A	A	
(評価機関コメント)		<p>12. 有給休暇や時間外労働の管理は療養棟では、看護師長、介護士長がおこなっている。職員は自分の意見や要望を意見箱に入れることもできる。各上司がおこなう個人面談（年3回）でも意向確認をしている。「育休・介護休業規則」があり、育児休暇は男性職員も利用している。勤務では、参観日休暇（半日）、夏休み3日間、年間2回1週間連続休み、月4回の希望休、50歳以上は夜勤6日以下などがあり、小学生や幼児を持つ職員には声掛けして配慮をしている。他に勤続表彰や10年20年の節目ごとにリフレッシュ休暇もある。超勤は事後報告で受けている。介護負担軽減として、リフト浴やスライディングボード、移乗用ボード、全電動ベッドなどの配置がある。</p> <p>13. 「ハラスメント規程」がある。ストレスチェックを年1回実施し、法人で管理している。結果に合わせ職員に連絡がいき、系列病院でのメンタルヘルスカウンセリングへの紹介もある。共済会に加入しており、外部に相談することもできる。療養棟では事務長、看護師長、介護士長が相談窓口となっており、職員に周知している。仮眠室、休憩室が設置してある。</p>			
(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。	B	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)	<p>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。事業所理念で「地域とともに、安心社会をつくります」と宣言している。職員は「左京健康友の会養正養徳支部運営委員会」にも毎月参加して、地域の情報を得て、友の会の人たちと一緒に地域活動をしている。地域の要請に応じ介護や健康相談をおこない、この夏には住民の希望で「熱中症予防について」を団地の集会議場で話をしている。</p> <p>15. 「ボランティア受入れマニュアル」を作成している。新型コロナは5類に移行しているが、事業所としてはまだ注意せねばならないと考えており、一般のボランティア受け入れはおこなっていない。しかし、昨年近隣の小学校に福祉の出前授業に向いており、職場体験の来所の予定もある。</p> <p>16. 左京健康友の会と連携して、介護福祉士や管理栄養士が地域でおこなう健康相談会に参加しており、認知症の介護や高齢者の食事についても話す機会がある。主任介護支援専門員の在籍もあり、地域の介護支援専門員対象の学習会を実施したり、地域の懇談会では、介護保険制度や介護事業の普及に努めている。事業所内で「社会保障まちづくり委員会」を設置している。</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

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. 必要な情報は、パンフレット、ホームページ、広報紙にわかりやすく表記している。料金は「重要事項説明書」に詳しく記載して、内容の見直しも適宜おこなっている。改定時には家族に郵送で案内するとともに、介護支援専門員が説明をおこなっている。問い合わせで見学や体験希望などがあり、体験はできないが、介護支援専門員が施設を案内し、パンフレットを用いて1日の過ごし方などを説明し、記録を保管している。		

(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. サービス提供時に「契約書・重要事項説明書」で保険外サービスも含めて、わかりやすく説明し同意を得ている。料金や個人情報保護についても同意を得ている。成年後見制度による代理人契約もあり、入所後も必要時には、日常生活権利擁護のためにパンフレットを用いて成年後見制度の説明、紹介などに取り組んでいる。		

(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。	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)	<p>19. 利用者、家族から生活歴、心身の状態、意向の聞き取りをおこない、アセスメントシートに記入し、課題分析をおこない、全職種が共通のソフト「ほのぼの」に記入している。全職種が共通のソフトを使用し、日々の状態、対応などを記録している。介護支援専門員は毎日ケース記録の確認や申し送りに参加して、ラウンドなどで利用者の状態確認や聞き取りなどをおこない、毎週1回全職種参加の全体カンファレンスを開催している。モニタリング、計画の見直し、サービス担当者会議の基準は3か月ごとと、急な状態変化時と取り決めて実施している。サービス担当者会議には、利用者、家族、全職種の参加がある。会議に家族が参加できない場合は、オンライン会議（ズーム）やラインを活用してスマートフォンでやりとりしている。</p> <p>20. 介護支援専門員が作成する計画は、利用者、家族の意向を確認し、明らかにした課題に対して目標を明記して、利用者が取り組む内容を記載した「自立支援推進計画」を作成している。作成した計画を基に具体的な個別援助計画を作成し、本人、家族の同意を得ている。</p> <p>21. 各委員会（排泄ケア委員会、食事・嚥下委員会、褥瘡対策委員会など）で援助の方向性を確認し、多職種（医師、看護師、介護士、リハビリ関係者、栄養士など）が参加する全体カンファレンスで意見の集約を図っている。全員が共通ソフトに状態、支援内容などを記入しているため、各専門家からの情報も収集でき、得られた情報から対応などを直ちに検討して、全員への周知、実践に努めている。</p> <p>22. モニタリングの基準は、毎日の実践記録を介護支援専門員が毎月総括し、3か月に1回利用者、家族の意向確認、職員からの情報収集、計画の実施状況、目標の達成状況、満足度などを基準に実施している。見直しが必要な際にはサービス担当者会議を開催している。共通ソフトで全職種が会議開催の必要性を把握し、会議に参加している。新たな計画の周知も直ちに図っている。</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。	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)	<p>23. 入院時は、看護師長がサマリーで情報提供をおこない、退院時は退院時サマリーで情報を得ている。申し送りや全体カンファレンスには医師も参加している。協力医療機関への連絡、専門医（皮膚科、歯科、耳鼻科）の往診など、治療を受ける体制が整っている。地域の関係機関の事業所リストを作成して、各フロアに設置して職員間で周知している。「左京区事業者連絡会」「医療・介護安全推進委員会」などに参加し、地域が抱える課題について取り組んでいる。「地域ケア会議」にも参加している。</p> <p>24. 他施設への入所の際は利用者、家族と面談をおこない、生活ケア継続のために必要な心身の情報を、所定の用紙に記入し提供している。在宅に退去の際には、家屋評価（リハビリ職員）、カンファレンスをおこない、居宅の介護支援専門員に引き継ぎ、課題などを所定の用紙に記入し提供している。介護指導もおこなっている。利用者、家族に退所後の相談支援窓口（連携室）を説明して、内容によってそれぞれの職種が対応できる体制を整えている。</p>			
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. 業務マニュアル（手順書）は64項目に分類され、プライバシーに配慮した内容で記載しており、パソコンに保管して職員はいつでも確認できる。入社時には資料を配付し学習会や指導をおこなっている。マニュアルに沿ったサービス対応が出来ているかは、実施者が毎日チェックをおこなうとともに看護師長も確認をしている。不足している場合にはインシデントに記入する。見直しは苦情、ヒヤリ・ハット、事故報告などを基準に、年1回ISO委員会が中心となって構成される「業務改善委員会」がおこなっている。日々の実践において気づきがあれば、ミニカンファレンスを開催し、部署会議や委員会で検討し見直すこともある。</p> <p>26. 帳票類の管・管理、持ち出し、廃棄方法などの取り扱いは、部署ごとに書類ごとに「品質記録一覧表」を作成して明記している。持ち出しは一切許可をしていない。ICT機器管理はパスワードで管理している。個人情報保護の学習会を毎年おこない、参加者全員が報告書に感想を添えて提出している。個人情報保護規程は職員全員が周知し、利用者、家族には「個人情報保護」の書類で説明し、同意を得ている。</p> <p>27. 利用者の情報は、共通のソフトで全員が確認できると共に、朝の申し送りでも情報共有を図っている。ヒヤリ・ハットなども書き込むことで、直ちに職員間で情報が共有できる。全体カンファレンスで出された意見も、会議録に記載して、参加できなかった職員は会議録で確認しサインをしている。</p> <p>28. コロナ禍の時期は面会制限が長く続いたが、現在は面会を許可している。家族への情報提供はホームページ、広報紙を郵送するなどでおこない、情報交換は面会時や電話でしている。コロナ禍で中止していた家族会も今年6月に再開し、取り組み説明、見学、食事とおやつ、試食、意見交換をおこなっている。モニタリングの結果は家族に毎回報告している。体調に変化があった時には電話で連絡し、面談により施設長（医師）が詳細を伝えている。また、広報紙に掲載できない方の家族には、サービス担当者会議時に個別の写真を渡している。</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. 「感染症対策マニュアル」は「感染対策委員会」で最新の情報による見直しをおこない、全職員を対象に研修を実施している。ノロウイルス対策には必要物品を常備している。感染力の強い感染症に対する、BCP（事業継続計画）を策定し計画に沿った対応が出来るシステムを作成している。施設で発生した新型コロナウイルス感染症の集団感染（クラスター）に対して、発生時対応、二次感染予防などを計画に沿って速やかにおこない、昨年度も訓練を実施し、委員会を中心に見直しもおこなっている。現在も検温、手洗い、消毒、マスク着用などの感染防止対策を継続している。</p> <p>30. 館内の物品は整理整頓され、安全への配慮がされている。また館内全体が清潔に保たれている。清掃は外部業者に委託し、業者との連携、定期的な話し合いは事務長がおこなっている。浴室などの水回りも清潔に保たれている。換気と汚物を速やかに処理する体制が整い、不快な臭気は全く感じられない。</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	A
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。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>31. 「事故発生時・緊急時のマニュアル」を作成し、対応に変更が生じた時及び年1回見直しをしている。各部署から職員が1名ずつ出て「介護安全委員会」を構成し、研修を年2回おこない、訓練も実施している。サービス提供に関わる機器などについては設備機器一覧表に基づいて点検を実施している。</p> <p>32. インシデント、アクシデント報告書とは別に、転倒転落報告書を作成している。事故が起こったときは、速やかにカンファレンスをおこなって再発防止に努めている。報告は介護安全委員会でも共有し、理学療法士からトランスファーを学ぶなど、学習会の開催につなげている。</p> <p>33. 「防災マニュアル」を作成して、防火訓練を年2回（夜間シミュレーション訓練と消防署立ち合い訓練）をおこない、参加できなかった職員にも写真入りの報告書を回覧して周知している。事業所は「福祉避難所事前指定」を受けており、地域の防災訓練にも参加している。食料備蓄はローリングストック方式をとり、栄養課は災害用備蓄食カレーに一手間かけ、カンパ食弁当（チキンカツカレー）を職員に販売し、集まったカンパは原水爆禁止世界大会に使われている。</p> <p>34. BCPは自然災害、感染症ともに作成しており、内容も適宜確認している。水災害訓練、災害時の食事（備蓄食）提供訓練もおこなっている。コロナ禍以降、協力医療機関との連携もさらに密に図ることができている。</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. 公益社団法人信和会として患者・利用者・地域住民の人権を尊重し、安全・安心で質の高い医療介護福祉サービスの提供をモットーに利用者の人権を尊重した方針を明確にしている。認知機能について認知症ケア委員会で定期的に評価をおこない、多職種によるカンファレンスや部署会議で話し合っ介護計画に反映させ、一人ひとりに合わせたサービスの提供をおこなっている。</p> <p>36. 「身体拘束廃止・虐待防止委員会」を毎月開催し、各部署で報告して定期的に学習会をおこなっている。「身体拘束指針」「虐待防止指針」を整備し、マニュアルも作成している。見守りセンサー類は療養棟の活動としてセンサーチームがセンサーカンファレンスを実施している。</p> <p>37. プライバシー保護については業務手順の中に留意事項として記載している。プライバシーや羞恥心に配慮した支援については、動画を利用して「不適切ケア」の学習会を持ち、職員にレポートを提出させている。排泄や入浴などのデリケートな場面の他、多床室もあるため職員は常にプライバシーを意識して支援をおこなっている。</p> <p>38. 利用者の決定は「入退所判定委員会」が入所基準に基づいて公平な判定をおこなっている。胃ろうや留置カテーテルを造設している人は、職員の人員配置にあわせて安全を考慮しながら、可能な範囲で多数受け入れている。入所不可や待機となった時も説明をしっかりとらない、関係機関と連携している。</p>
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	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	A
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	B

(評価機関コメント)	<p>39. 各階に意見箱を設置し、受け取った意見は管理会議で検討後、部署会議で報告をおこない改善に努めている。利用者の意向は介護支援専門員と担当介護士が聞き取っている。意思表示がしにくい方には、言語聴覚士も同席し、コミュニケーションをとっている。家族会（年2回予定）でも意見交換をおこなっている。</p> <p>40. 年に1度、年度末に満足度アンケートをとり、出された意見や要望を各部署で検討して改善につなげている。結果はプライバシーに配慮した上で玄関やフロアに掲示し公開している。家族にも送付している。</p> <p>41. 「苦情処理対応手順書」を整備し、フローチャートも作成している。公的機関の相談窓口は施設内に掲示し、重要事項説明書にも記載している。外部の第三者による相談窓口は確保されていない。介護相談員等の相談の機会も以前はあったが現在は無い。</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. 年に1度満足度調査をおこなっている。アンケートは家族に送付し、可能な場合は利用者本人がアンケートに答えている。結果は管理委員会、各部署会議で報告して検討をおこない、改善につなげている。事例としては面会制限についての意見を管理会議で検討し、予約制をなくしたり、もともとなかった土曜日の面会を午前中可能としている。</p> <p>43. サービスの質の向上については各委員会や会議で検討している。部署会議で各委員会からの報告を共有し、議題として取り上げて話し合っている。法人内や民医連の安全会議に参加し、他事業所の取り組みなどを部署会議で報告して、職員間で共有してサービスの改善に努めている。</p> <p>44. ISO9001の認証を受け毎年更新し、年1回以上内部監査をおこなっている。コロナ禍で介護福祉サービス第三者評価の受診を延期していた。介護医療院に転換してからは3年たっていない。以前の第三者評価時に受けたアドバイス「中・長期計画の策定」が、まだ途中である。</p>		