

アドバイス・レポート

令和6年 9月 15日

令和 6年 7月 20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（宇治明星園特別養護老人ホーム）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>【施設の概要】 社会福祉法人宇治明星園が運営する特別養護老人ホーム宇治明星園（通称、菟道明星園と呼ばれる）は昭和59年に現在の宇治市菟道（とどう）の地に設立され、今年で設立40年を迎えました。特別養護老人ホームが開園された経緯については、昭和50年に養護老人ホームが最初に設立され、その養護老人ホームの入所者が特別養護老人ホームの開園を強く要望されたことが始まりとされています。施設の定員は60名で令和2年に全室ユニット型施設としてリニューアルしました。空室をショートステイとして提供しています。また同施設に隣接して、上記養護老人ホームや小規模多機能型居宅介護、南部・三室戸地域包括支援センターなどの諸施設があり、地域住民にとって長年にわたり福祉サービスの総合拠点としての役割を果たしています。</p> <p>1. 利用者に寄り添ったサービスを提供しています ○ユニット型の支援においては、「24時間シート」で利用者の状態を詳細に記録しており、ユニット内の職員での情報共有を図っています。 ○認知機能の低下が見られる利用者に対して、例えばおやつをさし絵で示すなどして、利用者が自分の好みを選択できるようにし、利用者の意思決定支援を心がけています。 ○入居前からのかかりつけ医を主治医としている利用者が10名おられます。施設には嘱託医がいますが、利用者のかかりつけ医とのつながりを大事にしており、利用者の意思を尊重するよう取り組んでいます。 ○利用者の在宅での看取りの希望に応じて、ケアマネジャーを紹介し、在宅生活が継続できるように図るなど、サービス移行後のサービスの継続性に配慮しています。</p> <p>2. 地域に根ざした施設づくりをしています ○当施設は「地域に開かれた、地域に根ざした、地域住民に支えられた施設づくり」の設立精神に基づき、宇治市菟道及び明星町の地域で約半世紀近く地域住民と一体になって高齢者福祉に貢献しています。現在に至るも地域と繋がりも強くよい信頼関係がつくられています。 ○地域住民でつくられた当施設の後援会「菟道明星園とともに地域の福祉をよくする会」（以下「よくする会」と略）は長年に亘り、施設の諸事業に積極的に協力するなど 地域と一体になって施設を下支えしています。 ○機関紙「明星園」を地域全戸に回覧し、情報発信に努めています。学区福祉委員会や町内会などの会議等にも出席するとともに、地域の行事にも参加し、地域との交流を図っています。 ○「よくする会」と共催し、介護の日にちなんで、地域で研修等を実施しており、明星町自治会との共催で介護講習会を実施する計画もあります。 ○近隣の小学校への認知症キッズサポーター講習なども実施しています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 提供するサービス内容の見直しについて ○当施設では各種業務マニュアルを整備していますが、サービス内容を見直し、マニュアルに反映する作業が、十分とは言えません。</p> <p>2. 利用者満足度調査の実施について ○施設では、日々のユニット型ケアの中で利用者の声に耳を傾け、利用者家族会も開催し、利用者のニーズの把握に努めていますが、満足度調査は実施されていません。定期的に利用者の思いを客観的な方法で聞き出す仕組みは必要です。</p> <p>3. 自己評価の実施について ○施設では、年に1度の自己評価が実施されていません。サービスの質の向上に向け、課題を明確にし、PDCAサイクルを実施するためには、定められた評価基準に基づく自己評価の実施が求められます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 提供するサービスの内容の見直しについて ○当施設のユニット型施設において、家庭的な雰囲気の中で利用者の状況にあわせ個別ケアを展開されていますが、一般的に、職員のサービス提供内容を把握することが難しいという面があります。そのため職員によるサービスの差異を極力なくすことが求められ、職員のサービスが業務マニュアル通りに提供されているかどうかを把握する仕組みが必要となります。 ○職種別代表者会議やユニット会議でマニュアル通りにサービスが提供できているかどうかについて確認し、必要に応じてマニュアルを見直す機会を作ってはいかがでしょうか。またマニュアルの見直しについては、時期を定め（最低1年に1回）、見直しの結果は全職員での周知をお願いします。</p> <p>2. 利用者満足度調査の実施について ○施設ではユニットケアの実施により、利用者とは日々接する中で、利用者の思いに寄り添ったサービスを心掛けていますが、利用者満足度調査の実施により利用者による施設に対する客観的な「評価」を得ることも必要です。 ○特にユニット型の支援においては、1対1の支援の中で、利用者の思いは利用者との関係性に左右されがちです。利用者にとっては、定期的に客観的な施設への「思い」を発信する機会が必要です。そのような機会としても満足度調査の意義はあるのではないのでしょうか。 ○利用者満足度調査では、利用者が日頃感じている疑問や要望、また良いところも含めて聞き出すことが重要です。利用者の小さなこころの声は施設にとっては貴重な財産です。この声に耳を傾け解決することが、満足度を高める近道とも言えます。そのためには調査は無記名にし、意見・要望・苦情を聞き出しやすい様式にするなどの工夫も検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 自己評価の実施について ○施設では定期的に、「介護保険サービス事業者自主点検表」に基づくチェックを実施していますが、年に1度以上の自らの事業を振り返る目的の「自己評価」は実施できていません。 ○介護保険法に「自らその提供する介護保健施設サービスの質の評価を行うこと」（同法96条）と規定されており、自己評価の実施によって組織的にPDCAサイクルの実施に取り組むことが自己評価の目的です。 ○ISOなどの外部評価の実施も含まれますが、厚生労働省やWAMネットから様々な「自己評価シート」が提供されていますのでご活用ください。 ○自己評価を実施する際には、担当部署を定める必要があります。貴事業所においては、例えば「職種別代表者会議」を担当部署と定め、会議の定例議題の中で自己評価を実施されてはいかがでしょうか。</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	2671200042
事業所名	宇治明星園特別養護老人ホーム
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)	短期入所生活介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	令和6年8月15日
評価機関名	きょうと介護保険にかかわる会

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、施設スローガンなど明文化され、職員全員には各種会議において周知を図っています。ホームページや機関誌などに掲載されており、利用者、家族には機関紙「明星園」、冊子「一年の歩み」で浸透を図っています。 2. 理事会、経営者会議等が定期的に行われ、各種会議が連動し、組織としての意思決定方法が定められています。職員会議（ユニット会議）で出された職員の意見は職種別代表者会議や管理職者会議を通して組織経営に反映されています。		
(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。	A	A
		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・長期及び単年度の事業計画策定においては、課題を明確にした上で、達成期間を定めて策定しています。またユニット会議や職種別代表者会議などで出た職員の意見も計画に反映しており、組織的に課題解決に向け取り組んでいます。さらに機関紙等で利用者・家族にも事業計画について周知を図っています。 4. 介護、看護、栄養、事務の各部門ごとに課題を明確にしており、職種別代表者会議でそれらの課題の具体的解決策を示した上で事業計画に反映しています。毎年10月に中間総括をし、計画の見直しも実施しています。		
(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. 管理者は法令遵守の観点での経営に関する研修に参加し、遵守すべき法令等はPC内に専用のフォルダーを設けており、職員はいつでも必要な法令について調べることができるようにしています。また各種会議や専門委員会で職員に必要な法令の周知を図っています。</p> <p>6. 管理者の役割と責任については職務分掌規程で定めており、月2回開催される職種別代表者会議に必ず出席し、職員に対して自らの役割と責任について表明すると同時に、職員の意見を聞き出しています。また会議では参加者は活発に意見を述べており、管理者との良好でオープンな関係ができています。</p> <p>7. 管理者は事業の実施状況を把握できる場所で業務を行い、直接事業を管理しており、所用により外出する際には携帯電話の所持等によりいつでも連絡が取れ指示できる体制があります。また事故等の緊急時においても緊急連絡網により管理者が適切に指示でき、必要に応じて相談員やフロアリーダー(主任)に権限を委譲しています。</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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 人事規程や人事考課制度を定め、人事に関する基準を明確にし、理念や運営方針に基づき「期待する職員像」を示しています。また職員が自らの将来の姿を描くことができるようにキャリアパス計画を策定しています。</p> <p>9. 必要な人材確保のために採用計画を策定していますが、人材確保は大変厳しく、資格や実務経験の有無に関係なく採用しているのが現状です。人事配置基準を定め人員配置体制は整えています。就職フェアなどに積極的に参加していますが、事業所の魅力発信をさらに進めてはいかがでしょうか。</p> <p>10. キャリアパス計画にもとづき、新規採用時研修をはじめ、職種別・階層別研修等の研修計画を定めています。また職員個人ごとの目標を設定した研修計画も策定しています。外部研修情報も積極的に入手し、職員に受講を促しており、受講しやすいように費用負担等の支援をしています。外部研修受講後の伝達研修を行い、職員の気付きを促しています。</p> <p>11. 実習受け入れについての基本方針を明確にし、受入れマニュアルも整備しています。複数の大学から介護等体験や社会福祉士、管理栄養士等の実習生を受け入れ、近隣の中学校からは福祉体験の受け入れを行っています。</p>		
(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)		<p>12. 有給休暇取得状況や時間外労働時間については、管理者は法人本部で集約したデータにより管理し、職員の勤務状態を把握しています。また年2回職員面談を実施し、職員の就業状況や意向について把握しています。育児休業の取得など適正に配慮するとともに、ワーク・ライフ・バランスの実施、ソフトキャリーの導入などにより職員の労働環境への配慮に取り組んでいます。</p> <p>13. 産業医（心療内科医）を置き、メンタルヘルスの維持のための相談体制を確保しています。各種ハラスメント規定は就業規則に明記されています。組織や上司への要望・不満をくみ取り、対応する体制も整備しています。また職員がゆっくりと休憩できるように家族宿泊室を兼用で休憩室として利用するなどの工夫もしています。毎年ストレスチェックを実施しています。</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	ボランティアの受け入れ、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。	A	A
	(評価機関コメント)		<p>14. 地域との関わり方については法人理念で基本姿勢を明確にしています。機関紙(明星園)は地域(明星町)全戸(約1,200戸)に回覧し、事業所情報を地域に開示しています。後援会「菟道明星園とともに地域の福祉をよくする会」(以下「よくする会」と略)と連携し、地域のニーズを把握しサービスの提供に役立てています。</p> <p>15. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明らかにしており、受入れマニュアルも整備しています。利用者が地域行事へ参加する際は、職員やボランティアが援助する体制があります。ボランティアに対する研修も実施しています。近隣の中学生の体験学習も受け入れています。</p> <p>16. 「よくする会」と共催し、介護についての研修を地域で実施しています。また近隣の小学校で認知症キッズサポーター講習も実施しています。施設が運営する包括支援センターが中心になって地域住民に対する相談事業も行っていきます。</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

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で施設の情報を掲載し、特にホームページでは施設内容がリアルに分かるように工夫されています。利用者の問い合わせに対しては随時対応し、見学の希望はコロナ禍後徐々に受け入れています。体験入所はショートステイを利用して対応しています。		

(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. サービスの開始にあたり、契約書や重要事項説明書をもとに丁寧に説明し、利用者及び家族の同意を得て署名捺印ももらっています。保険外のサービスについても料金表を用意しています。成年後見制度の利用者については適切に対応し権利擁護の取組を行っています。		
(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. 所定のアセスメントシートを使用し、利用者の心身状況や生活状況を「24時間シート」を活用して詳細に記録しています。入所時には元の生活との違いなど入所後の生活環境をていねいに説明し、必要に応じて医師等の専門家とも連携しています。3か月ごとにニーズ確認するとともに適宜ニーズ把握を行った上で記録しています。 20. アセスメントに基づき、個別援助計画に利用者一人ひとりの目標を設定しています。サービス担当者会議においては必ず利用者や家族の希望を確認しています。サービス担当者会議に家族が参加できない場合でも家族の意向を確認しています。個別援助計画の策定にあたっては、利用者及び家族の同意を得ています。 21. 個別援助計画の策定にあたり、医師や理学療法士等の意見照会を行っています。また計画の策定にあたっては、サービス担当者会議を開き、PTやOT等の専門家の意見を反映して計画を作成しています。 22. 3か月ごとにモニタリングを実施し、利用者の状態の変化の有無について確認しています。見直しの際には、必要に応じて専門家への意見照会も行っています。変更後の計画内容はPCと個別ファイルに記録され、関係職員に周知されています。		
(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)		23. 施設内に診療所があり、利用者の多くは施設の嘱託医が主治医となっていますが、入居前からのかかりつけ医を主治医としている利用者も10名ほどおられ、利用者のかかりつけ主治医との連携も図られています。地域の病院とも連携がとれており、京都府や宇治市とも連携がとれています。 24. 他のサービスへの移行に際して、サービスの継続性に配慮しており、移行手続きについて文書（契約書）で定めています。利用者の在宅での看取りの希望に応えようと、ケアマネジャーを紹介し、サービスが継続できるように図ったケースも確認しました。他施設への移行に際しても、適切に対応しています。		
(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	B

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	B
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. サービス提供の標準化のために「職務基準書」を作成し、その中で「食事嚥下マニュアル」「掃除マニュアル」等のマニュアルを整備しています。マニュアルはPC内の専用フォルダーに保存され、関係職員がいつでもアクセスできます。しかしサービスがマニュアルにもとづいて提供されているかを確認する仕組みは無く、ユニットリーダーに任せているのが現状です。マニュアルの定期的な見直しができていませんでした。</p> <p>26. 利用者一人ひとりの記録については、定められた様式で記録されており、利用者の状態の変化についてもていねいに記録されています。文書の保管・保存・持ち出し・廃棄等については文書管理規程で定めています。しかし各ユニットに設置されているPCのセキュリティの管理が不十分でした。記録の管理について職員に対して研修を実施しており、個人情報の取扱い方法については利用者や家族に重要事項説明書で説明しています。</p> <p>27. 介護ソフト「ワイズマン」で個別援助計画の内容や利用者の状況を関係職員間で共有しています。朝（7時）と夜間（10時）に夜勤と日勤の間での引継ぎを行っています。利用者の支援については、毎月のユニット会議とサービス担当者会議（3か月ごとに開催）で利用者情報を共有しています。NAS（施設内ネットワーク）を導入し、「特養共有」や「全体周知・配布」などのフォルダーを作り、関係職員がいつでも必要な情報にアクセスできるようにしています。さらに確実に情報が伝わったかどうかを確認する仕組みも必要と思われます。</p> <p>28. 利用者の家族との情報交換は3ヶ月ごとに開催するサービス担当者会議と年3回以上開催している家族会などで行っています。また機関紙「明星園」に利用者の活動の様子を掲載し家族に周知しています。新型コロナの関係等で面談ができない場合は、メールやラインなどを活用しています。</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. 感染症委員会（月1回開催）が中心となり、感染症予防及び発生時の対応マニュアルを作り、絶えず最新の情報を取得し見直しも実施しています。また委員会主催で感染症対策及び予防のための研修（ガウンの着脱の講習など）を行っています。施設内で感染症が発生した場合には、ゾーニングや隔離等の対策を講じ、感染拡大を防いでいます。</p> <p>30. 事業所内の事務所、倉庫等は整理・整頓されており、備品類も安全に保管されています。事業所内の臭気対策は十分できています。事業所内の清掃については、ユニット(居室)は介護職員が毎日行い、共有部分は外部委託はせず、環境整備担当職員が毎日行っています。</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. 事故や緊急時に備えて、緊急時対応マニュアルを作成しています。夜間の医療職不在時の緊急対応マニュアルも整備され、責任者・指揮系統が明確に示されています。研修や訓練は最近までコロナ患者の発生に対応していたため、机上の訓練しかできていませんが、今後は実践的な訓練を実施する予定とのことです。</p> <p>32. 事故防止委員会にてマニュアルを作成し、事故発生時にはマニュアルに基づき、報告書に適切に記録され、利用者、家族や関係者に説明しています。事故防止委員会で事故やヒヤリハットの発生要因を分析し、事故防止の取り組みに努めており、見直しも行っています。法人グループの情報誌「一年の歩み」に事故、ヒヤリハットの分析結果を掲載し、法人全体で情報を共有しています。</p> <p>33. 災害発生時の対応マニュアルを整備し、指揮命令系統を定めています。年1回の研修と夜間想定訓練も含めた避難訓練を実施しています。施設ではハザードマップをもとに特に土砂災害を想定した訓練を実施しています。地域との連携については防災マニュアルを策定し、利用者及び職員の安否確認方法や備蓄について定めています。防災計画を作成し、地域(消防、自治会等)と連携した訓練を実施しています。</p> <p>34. 自然災害及び感染症BCP計画を策定しており、自然災害の形態や感染症の特性に合わせて対応できる計画になっています。BCP計画の目的として、サービス利用者へのサービスの継続という視点で計画策定しています。計画に基づき定期的に訓練や研修を実施しており、施設の立地条件やリスク評価を踏まえた計画となっています。備蓄(3日分)の準備など必要な対策も講じています。</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
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. 法人の運営理念や事業計画に基づき利用者の人権や意思を尊重したサービスを提供しています。意思疎通に不自由な利用者に対しては、おやつをさし絵で示して選択できるよう、利用者の意思決定支援を心がけています。ユニット会議で利用者の人権や自尊心を重視したサービス提供ができていないか確認し振り返りも行っています。</p> <p>36. 利用者の権利擁護について、虐待防止及び身体拘束禁止の規程やマニュアルを整備し、ユニット会議等で職員に周知しています。虐待防止、身体拘束適正化委員会を開催し(奇数月)、必要な研修を行っています。セルフチェックを行う等不適切ケアについて学ぶ機会を設けています。</p>		

		<p>37. プライバシー保護についてのマニュアルを整備し、ユニット会議等で職員に周知を図り、虐待防止や人権研修時にプライバシー保護について学んでいます。</p> <p>38. 利用者の決定は、公平公正に行われています。入居要件に満たない場合には、入居できる施設の情報提供も行い、支援困難ケース（喀痰吸引が必要な場合など）は、医療機関等と連携しながら適切に対応しています。</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っている。	B	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>39. 利用者毎に担当職員を定め、利用者の意向を個別に聞き、聞き取った内容はユニット会議で職員に周知しています。苦情受付窓口を定め、また利用者個別の相談の機会や利用者懇談会（年3回）の開催など、利用者の意向を聞き出す仕組みが複数あります。利用者からの苦情・要望はサービス改善の機会であることは諸会議（職種別代表者会議、ユニット会議等）で確認しています。</p> <p>40. 利用者の意向（意見・要望・苦情）に対する対応マニュアルがあり、利用者の意見・要望・苦情を受け付けた場合には、「苦情相談受付用紙」に記録し、運営管理者に報告しています。また職種別代表者会議（サービス向上のための会議も兼ねる）で解決策を検討した上で、利用者また家族に対して報告しています。さらに利用者からの意見・要望・苦情は年1回発行の冊子「一年の歩み」で公表し分析もしています。</p> <p>41. 事業所以外の第三者を相談窓口として設置し、重要事項説明書に公的機関等の相談窓口と共に、連絡先を明記しています。第三者又は公的機関の相談窓口はホームページ等に記載し、利用者にも周知しています。相談窓口を通して寄せられた苦情について対応する仕組みを定めています。また施設では宇治市からの介護サービス相談員の派遣を受け入れています。</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っている	B	B
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. 相談員が窓口となり、利用者・家族の声は聞いていますが、全利用者に対する満足度調査は実施していません。職種別代表者会議において、利用者に対するサービスの改善や向上に取り組んでいます。</p> <p>43. 月2回の職種別代表者会議（サービス向上のための委員会を兼ねる）でサービスの質の向上について検討しており、会議で検討した内容はユニット会議で職員に周知しています。地域の会議等で他施設の取り組みについて情報収集し、また法人内で年1回開催される事例検討会において比較検討の取り組みをしています。</p> <p>44. 自主点検は行っていますが、年に1回以上の自己評価は出来ていません。評価を行う委員会としては職種別代表者会議（サービス向上のための委員会を兼ねる）を設置しています。第三者評価は3年に1度受診しています。</p>		