

アドバイス・レポート

2025年5月30日

令和6年8月19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吉祥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>概要</p> | <p>特別養護老人ホーム吉祥ホームは、社会福祉法人清和園が運営する介護福祉施設で、法人では、二番目に設立された介護福祉施設です。南区では初めてデイサービスセンターが併設された複合施設で、設立は、平成4年（1993）年4月、定員100名の従来型多床室の施設ですが、各部屋のプライバシーは、保たれるようになっています。施設は、京都市南区吉祥院の桂川畔で、自然環境に恵まれた場所にあります。建物は3、階建てで居室数は、4人部屋25室、2人部屋3室、1人部屋2室が用意されています。利用者の平均年齢は87.6歳、介護度4の方が全体の47%、介護度5の方は28%と、併せて、全体の8割近くになっています。「明るく・正しく・仲良く」の法人理念を掲げ、30年以上にわたり、地域の福祉サービスの拠点として活動しています。また、法人全体として「在宅特養」を進めており、手厚い介護の必要な要介護者に対しても、施設同様のサービスを利用して自宅で暮らすことができるように、多様な在宅サービスを提供しています。</p> |
| <p>特に良かった点とその理由 (※)</p> | <p>1. 利用者の安全・安心と職員の働きやすさの両立を、ICT化により図っています ○利用者の状況が瞬時に把握できる「ねむりスキャン」「センサーマット」を、PC等に連動させることで、介護事故の予防強化が図られ、転倒・転落は、減少しています。「ねむりスキャン」の導入は、利用者の安全・安心確保に繋がるとともに、夜間勤務職員のストレスや業務量の軽減にもなっています。 ○センサーマットの導入で、利用者の状況を常時把握でき、職員の負担軽減に繋がっています。また、センサーマットの導入は、個別援助計画のなかで位置づけ、モニタリングごとに、必要性を検証しています。 ○「インカム」を新機種に更新したことにより通信機能が向上し、利用者に関する情報のやり取りがスムーズに行えるようになりました。</p> <p>2. 新規採用職員の育成に力を入れています ○事業計画の中で、新卒者を初め、経験の浅い職員に対する育成計画を策定し、人材育成に取り組んでいます。 ○採用時に職種の選択制度を設け、総合コース（介護・事務等）と専門コース（介護職）を3か月の間に、職員自身で選択できるようにしています。 ○採用後は、担当職員が毎月ヒアリングを行い、様々な角度からフォローしています。目標管理シートも活用し、「なりたい自分になるために」をスローガンにして、指導しています。</p> <p>3. 地域に根ざした必要な施設になっています ○施設が開設されてから30数年の間、地域に根ざした施設として、地域との連携を築いています。法人の目指す「在宅特養」の拠点として、利用者・家族と向き合い、その実現に取り組んでいます。 ○福祉相談会や介護予防教室を開催し、地域の人達に介護に関する知識や情報を提供しています。「ふれあい祭り」や「運動会」でも、職員が準備段階から積極的に参加しています。 ○地域の社会福祉協議会や近隣の商業施設（洛南イオン）とも連携し、長年にわたり福祉事業所としてもてる知識・技術を活用し、地域貢献を果たしてきています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>1. 中・長期計画の策定について 単年度事業計画は策定されていましたが、中・長期計画が策定されていませんでした。事業を継続していくうえで、単年度事業計画だけでなく、中・長期の計画は必要です。</p> <p>2. 職員の意見が反映される仕組みについて 施設内には部署長会議、特養にはリーダー会議がありますが、職員が参加する会議が、設けられていませんでした。職員の意見を組織に反映する場、職員間で直接意見交換をする場が、必要と思われます。</p> <p>3. マニュアルの見直しと接遇マニュアル整備について 各種マニュアルが整備されていますが、見直しができていませんでした。また、接遇マニュアルが、確認できませんでした。</p> |

| | |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1. 中・長期計画の策定について ○事業計画を策定するうえで、理念や基本方針の実現に向けた目標を、中・長期計画の中で明確にすることが必要です。それらを踏まえ、具体的で実現可能な単年度目標（事業計画）を設定することで、実施状況や達成度の評価がしやすくなります。 ○単年度で達成できない事業についても、中・長期計画に位置づけることで、単年度ごとに取組むべき課題を明確にすることができ、業務目標の設定につながります。中・長期計画を策定されることを提案いたします。</p> <p>2. 職員の意見が反映される仕組みについて ○職員間での意見交換や情報交換は、チャットワーク等で行われていますが、チャットワークはあくまでも業務上の効率を高めるための連絡手段です。職員の意見を組織に反映するためには、個別ではなく、職員全体が一堂に会して他の職員の思いや意見を聞く場を持つことが重要です。また、施設の考えを伝える時も同様に、様々な反応を確かめることができます。職員が参加する会議の設置を提案いたします</p> <p>3. マニュアルの見直しと接遇マニュアルの整備について ○マニュアルは、「見直し基準」を定めて、最低1年に1回以上見直すことが求められています。また、見直しをしたことが分かるように日付を記録することが必要です。マニュアル見直しを事業計画に組み込んで、実施してください。 ○感染症や事故、プライバシー保護等のマニュアルが整備されていますが、サービスの基礎となる接遇マニュアルがありませんでした。接遇マニュアルを作成されることを提案いたします</p> |
|------------------|---|

(様式 6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| 事業所番号 | 2670500020 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム吉祥ホーム |
| 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) | 居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、訪問看護事業所、通所介護事業所 |
| 訪問調査実施日 | 令和7年3月25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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | 1. 法人の理念及び運営方針は明文化され、施設内に掲示されています。ホームページや事業計画書に掲載し、利用者、家族には重要事項説明時などに説明しています。年2回の全職員（パート職員含む）を対象にした全体会議で、周知しています。 2. 理事会、経営会議、吉祥ホーム部署会議を、毎月開催しています。案件別の意思決定方法が明確になっており、必要な会議に、施設長、部署長等が出席しています。施設内では、副主任、フロアリーダー、課長、施設長が出席するリーダー会議を開催し、その内容は、チャットワークで職員と共有していますが、職員が参加する会議が確認できませんでした。 | | | |
| (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 | 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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | 3. 単年度事業計画を策定していますが、理念・運営方針の実現に向け目標を明確にした中・長期計画がありませんでした。単年度事業計画は、ホーム全体の計画を基に特別養護老人ホームの事業計画を策定しています。進捗状況は各種会議等で確認していますが、職員の意見が直接反映する機会がありませんでした。計画策定に当たっては、日頃の業務の課題や問題点を分析し、職員の意見を反映させることも必要です。次回の計画策定に活かされることを期待します。 4. 部署ごとの計画を部署長が作成し、職員に説明しています。計画の進捗状況は、各種会議の中で確認していますが、事業計画との関連が、確認できませんでした。また、フロア会議等職員が参加する会議がないため、職員の意見を反映する具体的なプロセスが確認できませんでした。 | | | |

| (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. 法人の理事長が法令遵守責任者となり、職員に対して遵守すべき法令の周知に努めています。集団指導には、施設を代表して、施設統括責任者（コーディネイト課長）が参加しています。施設長は、統括責任者とともに、必要な情報を収集しています。リスト化した関係法令は、コーディネイト課で管理し、職員がいつでも閲覧できるように整備されています。職業倫理、各種法令を厳守した事業運営を行うため、eラーニングを活用した法令研修を実施しています。勤務の関係で出席できない職員には、研修書面を回覧しています。</p> <p>6. 職務分掌表は、職務規程の中で定められています。部署会議に施設長、管理者が出席しています。管理者は、パートも含めた全職員の意見を聞くため、年2回のヒアリングを行っています。管理者自らの評価については、ストレスチェックの結果で確認できていますが、より詳細な評価ができる組織活性化プログラムの活用も、検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>7. 施設長は施設内で勤務しており、各部署、事業の実態を把握しています。外出時、帰宅時は、携帯電話で連絡ができ、緊急時などいつでも指示を出すことができます。事業の状況は、日報等でも把握しています。</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 | B |
| | | 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. 法人の理念としての「明るく・正しく・仲良く」を、期待する職員像として明確にしています。人事管理に関する規程があり、人事考課制度により、職務に関する成果、貢献度を評価しています。職員のキャリア形成においては、キャリアパス制度があり、面接、OJTを通じて本人の意思を確認しながら、将来像の実現に向けてサポートをしています。</p> <p>9. 必要な人材や人員の確保については、法人人材採用チームで行っており、月ごとに、各施設の必要な人員を把握しています。必要とする職種や賃金形態などの採用情報をホームページに掲載し、就職フェアにも参加して、人材確保に努めています。また、派遣職員も活用し、一時的な人材不足に対応しています。</p> <p>10. 施設全体の研修計画は、テーマ別研修を中心に策定され、階層別研修等については、eラーニングを活用しています。外部研修は、希望する研修を職員が選択し、施設は、勤務調整や参加費の負担等の配慮を行っています。キャリアアップのための資格取得支援も行っていきます。入職時には、総合コース、専門コースと2種類のコースを設け、職員自身でキャリアを選べるように、目標管理を行っています。2年目以降は実施されていませんが、個別の研修実績を管理していくためにも、継続した目標管理シートの作成を行う事が求められます。</p> <p>11. 法人で実習生の受け入れに対する方針を明確にし、介護実習に関する受入れマニュアルには、受入れ窓口や実施方法が記載されています。これまで、実習生の受け入れを法人で行ってききましたが、現在実習の受入れ要請はありません。</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. 職員の有給休暇消化率や時間外労働の状況は、施設長がデータを管理、分析し、有給休暇取得率が70%以上になるよう、勤務表作成時に有休休暇の取得を促しています。リーダー、副主任が直接の相談窓口として、職員の就業状況を把握し、それを基に、施設長は、職員との個別面談を行っています。施設内のコーディネート課が、育児休業、介護休業を管理し、職員が休暇を取得しやすいように、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みを行っています。、ねむりスキャン、センサーマット、インカム等を導入することで、職員の負担軽減に繋がるとともに、見守りへの安心感にも繋がっています。</p> <p>13. 年に1回、ストレスチェックを行っており、産業医による相談体制があります。ストレスを軽減するために、福利厚生制度も活用されています。各フロアに職員休憩スペースや宿直室を設け、休憩を取りやすいように配慮しています。ハラスメントに関する規程が整備され、法人内に、ハラスメント担当を設け、職員が相談できる体制があります。利用者、家族にも周知していますが、ハラスメントに関する内容については、カスタマーハラスメント等の対応についても、整備する必要があります。</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 | 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. 事業計画に地域との関わりを掲げ、地域との連携を明確にしています。事業所理念や事業所情報は、ホームページ、広報紙等で開示しています。毎月、地域社会福祉協議会と共催し、地域の高齢者を対象にした食事会を開催しています。また、近隣の複合商業施設で介護相談会を、20年近く実施し、近隣地域の情報収集を行っています。</p> <p>15. ボランティア受け入れマニュアルがあり、第2・第4木曜日に、生け花ボランティアの訪問があり、利用者との交流を行っていますが、ボランティアに必要な研修や支援体制が十分ではありませんでした。学校等教育機関が実施する職場体験等への協力を行っており、今年度は、大学生を受け入れました。</p> <p>16. 学区内の「ふれあい祭り」「運動会」に10年近く継続して参加しており、職員が準備段階から積極的に関わっています。地域の高齢者を対象にした食事会や「元気塾（介護予防教室）」を開催し、併せて福祉相談会を行っています。また、地域のニーズに対応して車いすの貸し出しを行っています。</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 |
| 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、パンフレットで事業所情報を提供しており、絵や写真を使いサービス内容等を分かりやすく説明しています。記載内容に変更があるたびに、情報の公表も含め更新しています。利用者の問い合わせ、見学、体験入所等の希望にも、個別の状況に合わせて対応しています。 | | |

| (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. サービス利用の開始の際には、パンフレット、重要事項説明書でサービス内容等について説明し、利用者、家族の同意を得ています。判断能力に障害がある利用者には、後見人等と契約を結んでいます。利用者の権利擁護のために、成年後見制度・権利擁護事業を活用する仕組みがあります。 | | |
| (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う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. 所定の様式に基づいてアセスメントを行っています。アセスメントの実施に当たっては、利用者ファイルで心身の状況や生活状況を確認し、主治医や看護師、リハビリ専門職との連携により、利用者の生活上の課題を明確にしています。状態に変化があった場合には、再アセスメントを実施しています。</p> <p>20. 個別援助計画を作成する際には、アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに対する具体的な目標を設定して、作成しています。意思表示が困難な利用者が多いことから、家族等、利用者の代弁者となる関係者から意見を聞いています。サービス担当者会議に参加できない家族には、その内容を照会して、同意を得ています。、</p> <p>21. 個別援助計画の作成にあたり、サービス担当者会議を実施しています。会議には、理学療法士をはじめ各担当の職員が参加し、合議により計画を作成しています。医師等、専門職からの意見を個別援助計画に反映しています。</p> <p>22. ケアマネジャーが毎月モニタリングを行い、進捗管理簿をつけて、目標達成に取り組んでいます。多職種（看護師、栄養士、理学療法士）が連携して、計画を見直しています。目標はモニタリングシートに反映するようになっており、それを基に進捗状況等を確認しています。</p> | | |
| 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. 利用者の主治医やかかりつけ医、嘱託医の意見を聴き、関係機関と連携に努めています。関係機関リストを作成し、生活相談員を中心に連携しています。救急の病院リストがあり、施設内にある居宅介護支援事業所、包括支援センターとともに、緊急入所、措置入所等について、行政と有機的に連携し対応しています。</p> <p>24. 「在宅特養」に取り組む中で、重要事項説明書にサービス移行時（施設から在宅へ）の手順を記載しています。また、サービス移行後も利用者・家族の相談に対応しています。</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 | 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 | 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. 必要な業務マニュアルが整備されていますが、更新履歴が確認できませんでした。感染症対応マニュアルは、クラスターが2回発生したことから、委員会の中で見直しを行っていますが、更新日の記載がありませんでした。マニュアルの見直しは、処遇改善会議やサービス会議等各委員会で行っていますが、事業所全体で見直す仕組みが必要ではないでしょうか。</p> <p>26. 利用者に関するすべての情報や状態を、介護ソフトで記録しており、サービスごとに必要な事項が記載できるようになっています。個人ファイルは、鍵つき棚に保管し、保存、持ち出し、廃棄等に関する文書規程があります。個人情報保護について、研修を毎年実施しており、個人情報保護の取扱いについて、利用者・家族にも説明しています。</p> <p>27. 利用者情報は、チャットワーク・介護ソフト・確認ノートで情報を共有し、活用しています。1日4回送送りを行い、利用者に変化があった場合の情報を、職員間で確実に共有しています。パソコンのネットワークシステムについては、各職員にIDを付与しており、部外者が閲覧できないようにしています。</p> <p>28. モニタリング時や家族の面会時に、利用者の近況について報告を行っています。毎年、施設開園記念行事に合わせて家族会を開催し、家族との交流を行っています。連絡の取れない家族には、手紙等で情報提供に努めています。</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. 感染症対応マニュアルに基づいて、感染症委員会が感染症研修、感染症対策訓練を実施しています。最新情報の入手とマニュアルの更新は、看護師と課長が担当し、速やかに職員に周知することで、感染症に対する知識の向上を図っています。クラスターが2回発生し、マニュアルを基に対応が行われ、職員全員が感染症に対する具体的知識を習得する機会になりました。</p> <p>30. 事業所内の書類・備品等は整理・整頓され、安全に保管されています。フロア等の清掃は、清掃業者に委託し、居室内は、清掃専門担当職員が行っています。施設は、サービス開始から20年以上経過していますが、丁寧に管理され、臭気もありませんでした。</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. 事故及び緊急時の対応マニュアルが作成されており、毎年、研修及び訓練を実施しています。また、緊急時における責任者及び指揮命令系統は、マニュアルに記載され、事務所内に掲示することで、職員に周知されています。</p> <p>32. 事故が発生した場合、適切に対応し、利用者・家族、関係者に説明しています。事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成し、事故検討委員会で事故分析を行っています。発生要因等の分析結果を、介護方法などの業務見直しに繋げています。</p> <p>33. 災害マニュアルが作成され、責任者・指揮命令系統が明示されています。マニュアルの内容は職員に周知され、消防訓練、災害時対応訓練を行っています。年2回の消防訓練のうち1回は、地域の消防署と連携して行っています。入所者リスト、備蓄リストを作成し、PCで管理しています。</p> <p>34. BCP（事業継続計画）を作成し、災害時等にも事業を維持・継続するための体制ができています。定期的に研修や訓練を実施しています。地域の福祉避難所としてサービス提供が継続できるよう、備蓄品や設備類の整備に努めています。</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. 利用者の人権等を尊重したサービス提供を行うことを、理念・運営方針・業務マニュアル・事業計画で、明確にしています。日常業務での振り返りや日報・各種打合せ等を基に、利用者の認知能力を適切に評価し、意思決定支援を行っています。年間研修計画の中で、認知症ケア等、個人の尊厳に関する研修を実施しています。</p> <p>36. 虐待防止、権利擁護に関する研修を、全職員を対象に毎年実施しています。虐待防止担当者が配置され、虐待防止検討委員会を開催しています。身体拘束廃止マニュアルを作成し、ヒヤリハット記録から介護ソフトに内容を集約して、不適切事案を抽出、処遇改善会議、身体拘束会議で報告しています。見守りセンサー等の使用については、ケアプランで位置づけ、介護認定更新時に検証しています。</p> <p>37. プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、職員の理解を深めるための研修を、毎年、実施しています。利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供が行えるように、排泄介助や入浴の際の具体的対応を明示し、職員に意識づけを行っています。</p> <p>38. サービス利用者の決定については、医療的な処置があることを理由に申し込みを断ることはなく、外部委員も交えた入所検討委員会で、公正に判断しています。また、入所希望者の状況に配慮した緊急対応や他の施設を紹介したりもしています。支援困難ケース等、特に配慮を要するケースに関しては、行政等関係機関と連携して対応しています。</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。 | 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。 | B | 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 |
| (評価機関コメント) | | <p>39. 利用者・家族からの意向を引き出すため、独自の書式で要望の聞き取りや満足度調査を行っています。また、個別相談時に、ケアマネジャーと機能訓練士と一緒に聞き取りを行っています。日常的には、居室担当者やケアマネジャーが、利用者のつぶやき等の声を拾っています。意思を表明できない利用者には、カンファレンス時に、専門職が同席するようにしています。</p> <p>40. 苦情対応マニュアルがあり、苦情解決方法について重要事項説明書で説明しています。利用者等からの意向は、組織として適切・迅速に対応しています。利用者からの苦情は、苦情解決委員会で取り上げられ、会議研修等でサービスの改善に役立っています。苦情等改善状況については、公開できていませんでした。</p> <p>41. 第三者委員を相談窓口に移植し、重要事項説明書に受付窓口、第三者委員の連絡先などを掲載しています。寄せられた苦情について、迅速に対応する仕組みができています。傾聴ボランティアは受け入れていますが、利用者の相談機会の確保としての、介護サービス相談員の受け入れはできていません。</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. 毎年、利用者満足度調査の実施をしていますが、調査に関する担当部署、検討会議の設置はできていませんでした。調査の分析・検討を行うための部署等の設置が望まれます。</p> <p>43. 法人のCFT（職種横断チーム）会議で、サービスの質の向上に関する検討を行っています。法人内各施設での検討内容を報告し合い、自身の施設のサービス改善の取組みに活かしています。</p> <p>44. 処遇改善委員会を設け、利用者サービスの見直しや改善点について検討していますが、定められた評価基準などを策定しておらず、評価を行う委員会、担当部署等の設置ができていませんでした。第三者評価を3年に1回受診しています。</p> | | |