

アドバイス・レポート

令和7年12月9日

令和7年4月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「久美浜苑くまのの里様」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】 「久美浜苑くまのの里」は、京丹後市久美浜町にある社会福祉法人北丹後福祉会が運営する「地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護」「短期入所生活介護」「介護予防短期入所生活介護」の事業所で、平成24年4月に設立された施設です。定員29名で短期入所は空床型です。施設がある京丹後市は、平成16年4月に、久美浜町、丹後町、網野町、弥栄町、峰山町、大宮町の6町の合併により誕生した市ですが、人口は46,335人（令和7年10月推計）で、令和2年の国勢調査からここ5年で約4,000人ほど減少しています。高齢化率は50%程度になっており、人口減少と高齢化が進んでいます。道路を挟んで向かいには、京丹後市立久美浜病院が、その西側には、同じ法人の特別養護老人ホームと久美浜デイサービスセンターがあり、久美浜町の「介護と医療」の中心地域となっています。</p> <p>1. 利用者・家族の言葉から施設へ寄せる信頼感が伝わってきます ○今回の第三者評価における利用者・家族へのアンケート調査から、職員、施設の対応に信頼を寄せる回答が多くみられています。利用者への細かな配慮に対する感謝の言葉から、家族が施設をよく訪問し、職員とも意見を交換していることが伺えました。また、サービスに寄せる信頼感が強く感じられました。 ○職員全員が丁寧な言葉遣いで、笑顔で対応し、立ち居振る舞いがよく、面会時に顔を会わず職員全員が声掛けをしてくれるなどの記述がありました。 ○入所時と比べて、今では、笑顔も増えて反応も良くなったことや入院時よりずっと元気になったこと、身体や服装をいつもきれいにしてもらっていて、家族としてうれしいとの感想もありました。 ○認知症の利用者に対しては、家での介護が困難であったのに、どんな時でも本人の立場や人格を尊重して、とても親切にもらうことで、「本人が安心して生活できる居場所を提供してもらっている」との感想がありました。 ○利用者・家族からの信頼のもと、職員は、自信を持って生き生きと業務に励んでいることが分かりました。</p> <p>2. 利用者・家族を第一に考えた関係づくりに努めています ○家族が事業所に来られた時には、必ず玄関で出迎え、家族との情報交換を心掛けています。 ○利用者と家族が参加できる行事を増やすことで、家族に施設に来てもらう機会を作り、職員とのなじみの関係を築けるようにしています。 ○家族の訪問が施設や職員への評価の機会と考え、家族・利用者の意見や要望を直接聞き、日頃、職員が気づかないところの改善に繋げ、利用者・家族が満足できる施設づくりに努めています。 ○職員の多くが近隣地域出身であることから、どこかで利用者との繋がりがあり、そうした関係を大切にすることで、利用者・家族に安心感が生まれています。</p> <p>3. 地域の一員として地域に根差した施設となるよう取組んでいます ○施設内で定期的に地域カフェ（コミュニティカフェ「ともに」）を開催し、気軽に立ち寄れるきっかけづくりとしています。 ○久美浜地域では、多くの高齢者は、最期まで在宅で過ごしたいという希望を持っています。最期の看取りについては、本人や家族の意向、状況を確認しながら、施設、病院、在宅介護のいずれかを選択し、切れ目のないケアを提供しています。 ○施設は、久美浜町地域の欠かせない施設として、隣接する病院と緊密に医療・介護の連携することで、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいます。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 組織活性化プログラムについて ○管理者自らを評価する仕組みについては、日頃のミーティングや意見交換を、管理者評価に置き換えられておられますが、直接評価する仕組みを取り入れることを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 「期待される職員像」の明示について ○今回から新しく作られた評価項目であり、事業所としての対応がまだできていないところもあります。貴事業所ではすでに職員像を研修計画の中で作成されています。それをもとに見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 定期的な自己評価基準の検討について ○第三者評価を3年に1回受診されていますが、定期的な自己評価の基準が定まっていないようです。自己評価の基準について検討をお願いします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 組織活性化プログラムについて ○定期的に管理者自らを評価する方法として、京都府福祉職場「組織活性化プログラム」があります。このプログラムは、ウェブ上のアンケートで、匿名で回答するものです。職員の意見を職場に反映でき、事業者にとっては、組織内の問題点や状況を把握できます。また、アンケート結果を福祉業界の平均と比較し、自組織の強味・弱点を、客観的に把握できます。こうした、プログラムの活用を一度検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 「期待される職員像」の明示について ○「期待される職員像」は、第三者評価に新しく追加された項目で、総合的人事管理をするうえで、理念・運営方針等に基づいた「期待される職員像」を明確にすることが求められるようになりました。すでに法人の職員研修計画の中では、「期待される職員」という項目があり、そこで職員像が記載されていますが、それを理念・運営方針等に基づいた職員像として検討し、明示されることを提案します。</p> <p>3. 定期的自己評価基準の検討について ○第三者評価では、定期的に自己評価を行うことが求められています。自己評価を行うための定められた評価基準については、第三者評価や病院機能評価等が提案されています。例えば、第三者評価の中項目程度の内容を基に評価項目を作成され、自己評価に取組まれるのも一つの方法かと考えます。</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	2693300143
事業所名	久美浜苑くまのの里
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和 7年 10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)		<p>1. 組織の理念及び運営方針は、事業計画、重要事項説明書、広報紙、ホームページ等で明文化され、運営方針の内容は理念を反映しています。理念等が職員に浸透するように、朝礼時に法人理念を唱和し、各リーダーや委員会からは、理念に沿った事例、考え方をミーティング時に伝えています。また、施設内の掲示板に掲示することで、日々のサービス時に活かされるだけでなく、利用者、家族の理解にも繋がっています。</p> <p>2. 組織の役割分担等は、事務分掌規程で定められており、職務に応じた権限を委譲し、各責任を明確にすることで、組織の運営が適切に行われています。 毎月の事業所連絡会議、主任会議、ユニットリーダーと部署リーダー会議、ユニット会議、各種委員会会議など、体系的に現場の声を吸い上げる仕組みができており、事業経営を取り巻く環境と経営状況等を把握・分析し、適切な運営に取り組んでいます。</p>		
(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	A
		(評価機関コメント)		<p>3. 理念・運営方針の実現に向けた中・長期計画がありますが、前回策定の中・長期計画と同一の文章で、内容も抽象的になっています。単年度計画においても目標が不明確で、理念に掲げる自立支援に関する具体的な目標が示されていませんでした。計画策定に当たっては、中・長期の課題を解決するための具体的な取組み課題を、単年度計画に記載することで、より分かりやすい計画になるのではないかと考えます。SDGSに関係した取組みでは、CR委員会（コスト削減委員会）を設置しています。利用者等へは、重要事項説明などの機会を利用して周知しています。</p> <p>4. 事業所全体で、課題の把握や計画立案を行い、今年度から新たにユニットリーダーを加えた部署会議を月1回開催し、中間見直しと達成状況の確認も行っています。昨年度は、見直しの結果、計画をより具体的に分かりやすくするため見出しの書き換え等を行いました。</p>		

(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、京都府集団指導に参加しています。法令等に関し、常に最新情報を入手し、必要に応じ職員に回覧し、随時指導しています。また、必要法令をファイリングし、常に参照できるようにしています。職員に向けた法令研修を法人内で開催しています。法令改正時には、総務課が、その内容をガーベラ通信で職員に周知しています。</p> <p>6. 組織図、職能資格等級表に職務と権限を明示しています。月1回の事業所連絡会議に理事長、施設長が参加し、各事業所の課題が話し合われています。主任会議、ユニットリーダーと各部署リーダーの会議を開催し、業務課題を検討しています。年1回、主任による職員ヒアリングや育成面談を実施して意見を聞いていますが、「組織活性化プログラム」の活用等管理者を評価する仕組みをさらに検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>7. 管理者は施設内で業務を行っている、常に連絡がつく体制が取れています。事業の実施状況は、介護課業務日誌でも、随時、状況を把握しています。事故発生対応マニュアルは、報告指示のフローチャート等があり、直ちに指示を行う体制ができています。昨年のコロナ禍対応では、当初の記録を詳細に残しており、職員全員が役割を認識していたため、BCP計画の内容を上回る速やかな対応ができました。</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	B
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. きょうと福祉人材育成認証事業所であり、職務分掌規程、人事基準、給与規程等が整備されています。キャリアパス制度の中で、職員自らが将来の姿を描く仕組みができています。職員ごとの「能力開発シート」に基づき上司が面談し、1年間の成果を評価しています。研修計画書の中に「期待する職員像」が記載されていますが、事業計画、運営方針等の中での明示についてご検討ください。</p> <p>9. 法人で、人材・人員体制等についての方策を定めており、総務課と副施設長等が採用担当として、幅広い分野からの人材確保に取り組んでいます。就職フェアに参加し、ハローワークでも求人を行っています。職員の紹介も積極的に活用し、職員採用に効果を上げています。また、HP、SNS等でも、事業所の魅力を発信しています。</p> <p>10. 年間の研修計画を策定し、研修計画に基づき階層別研修、法例研修、接遇研修等を実施しています。外部研修については、総務から随時研修情報が発信され、参加を希望する職員には、勤務調整や参加費負担等を行っています。資格取得支援にも力を入れています。ユニット会議や各種委員会に参加することで、職員間の学び合いが生まれています。職員個別の目標管理シートを導入し、業務目標の達成や研修受講の支援を行っています。</p> <p>11. 法人全体の介護実習マニュアルがあり、実習生受け入れに対する基本的姿勢を明確にしています。マニュアルに基づき、近隣中学の福祉体験実習や高校の実習生の受け入れなどを行っています。実習指導者に対する研修は、OJTリーダー研修のなかで実施しています。</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、職員が充分に休む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データを組織として管理し、法人全体の事業所連絡会議で、職員の就業状況や意向等、労働環境について把握しています。主任が年1回職員ヒアリングを行うだけでなく、副施設長も、年2回面談を行うなど、相談しやすい関係づくりに配慮しています。育児休業、介護休暇が就業規則に規定され、職員に周知・活用されています。職員の身体的負担が軽減されるようスライディングボード、スライディングシートを導入しています。</p> <p>13. 産業医に相談できる体制があり、メンタルヘルスケアや共済会の相談窓口について、法人内広報紙「ガーベラ通信」で職員に周知しています。年1回職員ヒアリングを実施するとともに、組織や上司に対する要望、不満等についても、その都度聞き取り、解決しています。職員親睦会の活動に参加することで、リフレッシュしています。就業規則でハラスメントに関する規定を設けています。休憩室を畳にして、くつろぎやすい環境にしています。</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。	A	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. 法人全体の事業計画の中で地域との連携を掲げており、法人事業所の情報等をホームページ、Facebook、Instagramで紹介しています。また、地域独自の電話を使った有線放送で、毎年、全事業所の紹介を行っています。玄関にパンフレット、求人案内を置き、面会者、見学者にいつでも見て貰えるようにしています。地域の祭りやイベントに参加できるように、外出活動にも取り組んでいます。施設の納涼祭には、地域住民も参加しています。</p> <p>15. 法人のボランティア受け入れマニュアルがあり、目的・意義及び内容について明文化しています。週に1回程度、2名の傾聴ボランティアが来所しています。また、自分史づくりのボランティア（看取り士）の訪問も受入れています。中学校で認知症サポーター養成講座の開催や介護技術の指導、高齢者疑似体験なども行っています</p> <p>16. 介護者を対象に「ゆうゆう介護元気塾」や「認知症サポーター養成講座」を開催しています。地域のサロン活動にも参加し、「介護体操のサポーター」や「心も体も元気UP!塾」を開催しています。介護者教室も、現在、開催を予定しています。「認知症安心サポート窓口」、「介護よろず相談窓口」を開設し、毎週木曜日に事業所内で開かれる認知症カフェを支援しています。</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

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. ホームページやパンフレット（玄関にも配置）、Facebook、Instagramを利用して、サービス内容や料金等事業所情報を分かりやすく提供しています。問い合わせや見学希望には、その都度最新情報を提供して、適宜対応し、記録を付けています。また、遠方の方には、リモートでの施設見学に対応しています。体験入所等にも、空き室があれば対応しています。		

(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. 契約時に重要事項説明書（大きな文字で見やすい）等の資料で、利用内容や料金等について丁寧に説明し、同意を得ています。「看取りに関する指針」についても記載しています。保険外サービスや成年後見制度、地域福祉権利擁護の利用について説明しています。			
(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)	<p>19. フェイスシートで利用者の状況を把握し、介護、看護、管理栄養士、生活相談員、介護支援専門員が面談を行い、記録を共有しています。本人、家族に聞き取りを行い、主治医とも連携し、情報は、PCで共有しています。アセスメントは年1回行い、状態に変化があった時には、随時、実施しています。</p> <p>20. アセスメントに基づき個別具体的な目標を設定し、利用者、家族の希望を確認した上で、個別援助計画を作成しています。内容を決定する際には、利用者、家族の同意を得ています。家族がサービス担当者会議に参加できない場合は、面談や電話で希望を聞いています。</p> <p>21. 個別援助計画の策定に当たっては、主治医の情報提供票を基に、施設の嘱託医や看護職員の意見等を聞いています。サービス担当者会議には、ケアマネジャー、主治医、嘱託医、看護師、管理栄養士、調理士、介護職員、生活相談員が参加し、各職員会議により個別援助計画を作成しています。</p> <p>22. 利用者ごとのサービス実施状況は、ケース記録や機能訓練・栄養計画で把握しており、管理者は、PCで確認しています。モニタリングは3か月ごとに実施し、必要に応じて主治医等から意見を聞いています。計画期間ごとの変更に加えて、利用者の心身の状態が変化があったときは計画を変更し、その内容は、会議やPCで職員に周知しています。</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. 病院が施設の対面にあることから、医師との連携、支援体制が確保されています。入退院時においては、情報提供書をもとに、事業所の嘱託医、看護職員と情報交換を行っています。関係機関・団体のリスト、資料等は、PC内で整理され、情報共有ができています。地域団体オレンジクローバ（認知症対策ボランティアグループ）と30年近く協働して、地域課題に取り組んでいます。また、地域ケア会議、地域ケアスタッフ会議に、施設長や生活相談員が出席し、地域の課題である人口減少、高齢化問題、認知症、入所待機者、入浴困難者など共通の課題にも取り組んでおり、行政や各種団体との有機的連携ができています。</p> <p>24. サービスの移行をする場合等の手順として、情報提供書を作成し、手続等を確認しています。利用者の看取りについては、施設、病院、在宅と三つの選択肢があり、家族の意向を確認しながら、切れ目のない対応をしています。サービスが終了した場合や施設退所後の対応については、相談体制ができています。</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	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. 法人において、各種業務マニュアルを整備し、年1回、定期的に見直しを行うとともに、必要に応じて、適宜、見直しを行っています。今年度は、くまの里独自の介護業務マニュアルも作成する予定です。また、利用者・家族に対して業務内容に関するアンケートを実施し、その内容をマニュアルにも反映したいと考えています。変更内容は、利用者・家族にも公表する予定です。</p> <p>26. 利用者一人ひとりの記録は、介護ソフトで適切に管理されており、利用者の状態の推移も、具体的に記載されています。記録管理の責任者が設置され、個人情報保護規程、文書管理規程が整備されています。職員には、記録管理に関する研修を実施し、利用者・家族には、入所時に重要事項説明書で説明しています。</p> <p>27. 各部署がPCで、利用者やユニットごとの連絡事項を共有し、活用しています。また、申し送りノートや朝、夕の引き継ぎで、利用者に変化があった場合についても、確実に共有しています。ユニット会議を定期的に行うことで、職員の意見集約ができています。ネットワークは、法人ホルダーと共有ホルダーに分けてアクセスに制限をかけ、セキュリティにも配慮しています。</p> <p>28. 個別援助計画等を家族に説明し、同意を得るために、来苑を促し、家族との面会の機会を増やしています。面会時に、利用者の状況やサービスの提供内容を伝え、家族の意見等を参考にして計画を立案しています。施設内行事（運動会・納涼祭・文化祭・餅つき大会）に家族の参加を促しています。ホームページ、ブログ、Facebook、Instagramでの情報を発信だけでなく、わくわく献立、誕生日等のスナップ写真を定期的に郵送しています。</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. 感染症対策マニュアルを整備し、施設内研修を行い、意識の向上を図っています。朝礼時の手指消毒を模したエアークロス洗いや吐しゃ物処理の実践訓練を行っています。二次感染を防ぐため、感染の疑いがある場合には個室対応しています。</p> <p>30. 事業所内の書類・備品等は整理整頓し、適切に管理しています。事業所内の清掃は職員が毎日清掃しています。汚物は、屋外で管理し、決められた時間に倉庫に移しています。臭気対策のために24時間換気扇を使用し、適宜、窓開け換気も行っていきます。今年度は、施設内全ての換気扇の清掃を実施し、適切な換気ができているという評価を保健所からもらっています。</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. 「緊急時・事故発生時対応マニュアル」を作成しています。KYT（危険予防訓練）委員会が中心となって、リスクマネジメント研修、危険予知トレーニングを、実施しています。マニュアルには、責任者及び指揮命令系統を明らかにしています。</p> <p>32. 事故が発生した場合、適切に対応した上で、利用者・家族等に説明しています。事故報告書を作成し、対応経過を記載しています。各事業所職員が参画する事故防止委員会では、「損害の大きさ」や「発生頻度」等の項目を設け、内容を分析、検証し、職員に周知することで、再発予防に努めています。</p> <p>33. 非常災害対応マニュアルには、指揮命令系統等が明記され、安否確認等の方法も含め、職員に周知されています。地域との連携では、災害応援協定を、京丹後市と締結しています。夜間を想定した消防避難訓練を年2回実施し、食料、水、介護用品等の備蓄もしています。</p> <p>34. BCPは、法人全体で整備しており、BCP計画に沿って研修や訓練を、各事業所ごとに実施しています。自然災害としては、浸水を想定した計画を策定しています。感染症については、令和5年に施設内感染が発生したことから、改めて改善すべき点や課題の検討を行い、マニュアルの見直しを行いました。今年度はさらに研修内容も見直し、マニュアルの改訂を行う予定です。</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. 法人理念に「個人の尊厳を重んじ、利用者の立場に立ったより質の高いサービスの提供」が明記され、事業計画や業務マニュアルにも反映されています。利用者には、丁寧な声掛けを心掛け、一人ひとりの状況に寄り添ったサービス提供を行っていることが、利用者アンケートからも伺えます。法人内研修や各事業所職員が参画する委員会で、利用者の人権や意思の尊重について学習しています。</p> <p>36. 虐待防止マニュアル、身体拘束マニュアル、事故防止マニュアルを、整備しています。委員会を設置し、事例検討や課題、対策について会議で話し合い、適切な対応に努めています。「不適切ケア」を含む研修を実施し、委員会活動としても、朝礼時に啓発しています。</p> <p>37. プライバシー保護について、朝夕の送りの中で常に意識付けを行っています。入浴介助では、同性介助に心掛け、プライバシーに配慮しながら、マンツーマンで対応しています。全職員を対象に接遇研修を実施し、OJTでは「職員の言葉掛け」等について細かく指導し、プライバシー保護に取り組んでいます。</p> <p>38. 2か月に1回開催する入所判定会議で、生活相談員やケアマネージャーによるヒヤリング並びに主治医の意見書を参考に、公平公正なルールに従い、優先順位に応じて決定しています。看取りを含む利用者や家族の意向を尊重して、受け入れを行っています。申込みが受けられない場合は、その理由を説明し、医療機関等に紹介しています。費用を理由に、他の施設利用を選択される場合があります。支援困難ケースについては、関係機関と連携して支援しています。</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。	A	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>39. 利用者、家族から意向を引き出す取組みとして、利用者向けに「ご利用者サービスアンケート」、家族向けには「サービス向上アンケート」を行い、アンケート結果をフィードバックしています。面会時などに匿名で意見・要望を投書できる「うさぎさんボックス」を、入口に設置しています。日頃から利用者、家族との信頼関係を築き、相談しやすい環境を作っています。個人面談も行っています。</p> <p>40. 利用者の意向を聞いたときには、対応マニュアル等に基づき、速やかに報告され、迅速に、組織内で対応策を検討しています。相談内容や意見・要望等の改善状況は、PCに記録し、情報共有ができています。改善状況は、文化祭で公開する予定にしています。</p> <p>41. 市役所、京都府国民健康保険団体連合会を相談窓口にしており、重要事項説明時に、記載内容を、利用者等に周知しています。苦情等については、マニュアルに沿って迅速に対応しています。京丹後市には、市民オンブズマンや介護相談員等の配置はありませんが、事業所運営会議に家族が参加することで、透明性の確保に繋がっています。</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	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	A	B
(評価機関コメント)		<p>42. 利用者、家族に対してアンケート調査（今年度第1回目）を行いました。アンケートは、事業所職員が参画した法人内のスキルアップ推進チーム（SUPT）が作成し、集計結果を分析・検討し、フィードバックしています。</p> <p>43. ユニットリーダー会議、各部署リーダー会議を、毎月、開催しており、サービス改善のための取組みに繋がっています。法人内の各事業所の連絡会議の中で情報交換を行い、取組み方法等についての比較検討を行っています。新たな取組みとして、SUPTを発足させ、サービスの質の向上に向けた検討体制を整備しています。</p> <p>44. 単年度事業計画の達成状況は、リーダー会議で評価、確認されていますが、年に1回以上行うことが求められている自己評価の「定められた基準」に合致するような内容での評価は行われていませんでした。定められた評価基準で評価を実施することで、組織的に、PDCAサイクルの実施にも取り組みやすくなるのではないかと考えます。3年に1回、第三者評価を受診しています。</p>		