

アドバイス・レポート

令和8年1月23日

令和7年11月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **介護老人保健施設 京都綾部さくらホーム** 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>京都綾部さくらホームは平成18年4月開設されました。事業所理念「人と人のふれあい」人と人のふれあいを大切に、愛され選ばれる施設を目指します」と、掲げています。療養室（居室）は個室と4人部屋を有し80名の定数を満たし、常に待機者がおられます。利用者は、利用者間の交流や日々のリハビリテーションに励んでおられます。今回の第三者評価に先立ちおこなった顧客満足度調査では、利用者（家族）から沢山の感謝の言葉が届いています。</p> <p>事業所では、多くの職種の職員が働いていますが、その職種ごとにキャリアパスを作成しています。階層別に研修や資格取得の時期を明記し、キャリアアップに応じた目標も明確にして職業人としての成長を支援しています。</p> <p>○多職種協働 多職種協働で利用者一人ひとりの状態を目標ごとに毎日記録し、3か月に1度モニタリング、アセスメント、サービス担当者会議を開催し、専門職（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、管理栄養士、介護福祉士）の意見を反映し個性を持った「リハビリテーション実施計画書」を作成して実施しています。毎日のリハビリテーションを理学療法士のみで実施するには限界があり、看護師や介護士も理学療法士などから指導や助言を得て、利用者が毎日機能訓練や生活リハビリテーションができるように補助しています。また、体調管理にも重点を置き、栄養士の視点からアセスメントをおこない「栄養ケア・経口移行・経口維持計画書」を作成して、ケアに取り組んでいます。日々、専門職がそれぞれに細やかに情報を記載することで、状態の推移も明確になり、職員間で情報を共有しての個別支援がおこなわれています。</p> <p>○退所時カンファレンス 自宅への退所が決定する段階で介護支援専門員とリハビリテーション担当者が自宅を訪問し、生活環境の確認をおこない、カンファレンスで伝えると共に「退所前訪問指導書・退所後の在宅生活に関する情報提供」を作成し助言をおこなっています。また退所後の生活についてリハビリテーション職員は「退所後の在宅生活に関する情報提供のお願い」の書類を、担当の居宅介護支援専門員に依頼し、退所後の生活や状態把握に努め、退所後も必要に応じて助言をするなど手厚い対応をしています。</p> <p>○職員ハンドブック 職員に配布されているハンドブックは全体を通して丁寧にとまとめられており、業務や制度の流れが分かりやすく整理されています。ヒアリング時には職員が携行し、説明の中で自然に活用されていました。日常業務の中でも実際に使い、必要に応じて見直しや更新をおこなっています。また、連携関係団体に関する情報や法人全体の仕組み、さらには報酬単価に関する内容まで盛り込まれており、職員が自らの業務を法人運営の一部として理解しやすい構成となっています。これらの工夫は、職員の理解を深めるだけでなく、日々の業務に安心感を与え実用性の高いハンドブックとして、現場職員をしっかりと支えていると評価できます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中・長期計画 事業所としての中・長期計画が策定されていませんでした。</p> <p>○苦情解決のための第三者委員の設置. 対応過程の明確化 第三者委員の設置ができていませんでした。また、重要事項説明書内の「サービス内容に関する苦情・相談」での説明の充実が望まれます。</p> <p>○各種マニュアル見直しについて 現在、各種マニュアルの見直しをおこなっている過程だとお聞きしました。業務マニュアルは基本姿勢を明確にし、図や写真も盛り込み、分かりやすく作成をされています。しかし、見直し日時の記載がないものがあります。見直し日の確実な記載を期待します。</p>

具体的なアドバイス

○中・長期計画

法人で中・長期計画として作成されているビジョンで、夢を描き情熱をもって挑戦しようと呼びかけられていますが「京都綾部さくらホーム」としての未来像はイメージしにくいように思います。法人の想いを受け、事業所の中期目標を掲げられてはいかがでしょうか。単年度事業計画の中にも目標達成に期間を要するものもあるように思います。事業所の未来像の意見を職員からも募り、全職員が同じイメージが描ける中期計画の期間を決めての作成を期待します。

○苦情解決のための第三者委員の設置. 対応過程の明確化

苦情解決のための第三者委員の設置は、厚生労働省から出されている「福祉サービスに関する苦情解決取扱規程」の中で「複数の第三者委員の設置、苦情内容及び解決結果を公表する（一部抜粋）」と記されています。第三者委員の設置が必要です。重要事項説明書内の「サービス内容に関する苦情」の記述に対して、苦情受付窓口（担当者）の数名の職名と名前、苦情解決責任者、第三者委員（了解があれば名前と連絡先）、受け付けた苦情が解決するまでの過程、申し出られた方への返答の時期や公表までがわかる記述があれば、利用者（家族）にとって大きな安心と信頼につながると期待します。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2651880029
事業所名	介護老人保健施設 京都綾部さくらホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所リハビリテーション、短期入所療養介護、訪問リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護、介護予防訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和 7年12月16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)		<p>通番1. 施設理念「人と人とのふれあい」を大切にし、ご利用者・ご家族・そして地域の皆様から『愛され、選ばれる施設』をめざします」と掲げている。各部署に掲示している。各職員に渡す「職員ハンドブック」にも掲載し自覚を促している。利用者、家族には契約時にパンフレット内の理念を説明している。利用者の行事を中心に日常の様子を載せた広報紙（月間さくら）を毎月家族に送付している。各部署では課題を月目標にして日々の業務を努めている。</p> <p>通番2. 諸会議は、ケア棟会議→療養部会（施設長、係長、主任）→運営会議（施設の経営者、責任者）→理事会→評議員会と道筋は明確になっている。職員からの提案事項は、療養部会で検討するが運営会議でほぼ決定する。決定した内容を、連絡ノートに書き返答している。</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。	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を設定され、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>通番3. 法人で中・長期計画を立案している。目指すべき姿と約束事「夢と生きる」、グループ理念「世界にまだない体験で楽しさ、驚き、感動を想像する」7つの判断基準で7-ACTIONを示しているが、法人の将来像を具体的に可視化できる内容が乏しく、期間も定めていない。単年度事業計画は各部署から各職員の意見をあつめ、最後は運営会議で作成している。京都綾部さくらホーム（介護老人保健施設、ショートステイ、通所リハビリテーション、訪問リハビリテーションそれぞれに単年度事業計画があり、稼働目標もある。</p> <p>通番4. 各業務レベルでも月目標（接遇目標）を立案して、毎月の課題に取り組んでいるが、目標を達成できていない時は同じ目標で進むこともある。2階ユニットの目標「適切な距離感を保ち利用者様と職員に対して敬意を持って接する」事務部では「にっこり笑顔で接客する」相談員たちは「連携を密にとりサービス向上に努める」などがある。毎月の部署会議で振り返り、まとめて「サービス向上委員会」に提出している。サービス向上委員会で分析し張り出している。</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>通番5. 法令については京都府の集団指導や法人内施設長会議でも報告がある。綾部市サービス事業者連絡会に参加しており、情報を得る機会はある。職員は多くの委員会活動をしており、関係委員会で法令に関する内部研修を実施している。今期は回覧で研修している。内容によっては職員専用玄関にも貼り出している。各棟でファイリングして、いつでも職員が見れるようにしている。</p> <p>通番6. 管理者は自らの役割と責任を組織図、職務分掌で明確にしている。職員用の意見箱も設置しており、内容は毎月の運営会議で検討している。職員から課長への面談の申し込みもあり対応している。虐待アンケートを職員全体で年2回おこない、その際、他部署との関係性や上司との関係性を聞く項目がある。</p> <p>通番7. 管理者は常に業務の実施状況を確認できる場所におき、常に報告も得ている。施設用携帯電話を常に持ち、携帯からグループチャットで管理日誌も見ることができる。「緊急連絡網」「事故防止緊急時対応マニュアル」が作成してある。外出時も常に携帯で連絡がとれる。感染、事故発生時、緊急受診など各種マニュアルを整備し、対応体制を整えている。</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

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。	B	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。	B	A
で		<p>通番8. 求人は綾部や福知山での就職フェアやハローワークでおこなっているが、本人が直接来られ就職を希望する場合もある。職員は人事考課制度で「目標設定シート」に目標を定め毎月自己評価をおこなっている。それに基づき1次評価（5～6月に主任が実施）2次評価（11～12月に係長が実施）をしている。総合評価後に所属長、課長、係長で話し合い、規律性、責任制、積極性、協調性について、最終5段階評価（A, B, C, D, E）を課長がおこなっている。キャリアパスがリハビリテーション科職員、栄養科スタッフ、事務職員、ケアスタッフと職種別で作成してあり、研修過程、資格取得過程が明確になっている。キャリアパスで「期待する職員像」を示している。</p> <p>通番9施設運営規程や重要事項説明書内で「職員の職種、員数、及び職務」を示し、必要な人材や人員体制を明確にしている。職員の採用に関して「以前のキャリアや資格条件は考慮しているが、やさしい人、面接時の質問に回答があること、質問があること、コミュニケーションがスムーズにできることなどをみています」と、管理者は述べている。多くの職種が働く施設であり、働きながらの資格の取得も支援している。採用後の資格取得を制度化し、資格取得後2年または4年間勤務をすることで、資格取得費用が全額免除になっている。</p> <p>通番10. 新人職員はプリセプター制度で、先輩職員が付き3か月間学んでいる。月ごとの目標があり、課題の業務がある。研修は教育委員会が施設内研修計画を作成している。主催は各委員会や教育委員会が担当している。研修は法令に沿った必須研修や事例検討があり、研修受講後は報告書を作成し、それを回覧して参加できなかった職員も学んでいる。階層別の継続研修はキャリアパス表で示し、中級、上級に受ける研修項目や取得資格を明確にしている。外部研修は上司の推薦や本人が希望を申し出て了解を得ることもできる。</p> <p>通番11. 「実習の手引き」を作成し、実習生の受け入れについての基本姿勢を示している。職員は社会福祉士実習指導者研修を終了している。専門学校介護福祉学科の学生や看護師の資格取得、管理栄養士の施設実習も受け入れている。オリエンテーションや実習指導は指導者がおこなうが、最後の反省会に課長の出席がある。</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。	B	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>通番12. 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを事務部が管理している。係長が職員から希望休3日間を聞き、勤務表を組んでいる。看護、介護、育児休業が設定してある。誕生日休暇、親孝行休暇、子ども育休があり、年間で1日、どれかを選んで使用できる。現在、介護休業を利用している職員がいる。職員の負担軽減につながる器機の導入はリフト、ラクラックス、トランスファーボード、センサーマットなどがある。</p> <p>通番13. 職員の心身の健康管理は産業医が担当して、健康診断やストレスチェックを受け健康管理をしている。法人本部が「心の相談窓口」を設置し守秘義務を明記している。掲示板にも心の相談室の掲示がある。就業規則にハラスメント防止に対し懲戒処分の記事もある。福利厚生は互助会「さくら会」がある。休憩場所は和室で足を延ばすことができる。ベッドは医務室に準備している。また、大会議室も開放しており、個々の好みで利用している。</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>通番14. 事業所の情報は、パンフレットやホームページ、広報紙(月間さくら)などで発信している。公民館での農林文化祭にはブースを設置し、来場者に車椅子の乗り方を指導している。地域の方から希望があれば施設見学会を実施したり、自宅に伺いリハビリテーションの体験、相談にも理学療法士が当たっている。「高津八幡宮子ども神輿」の来訪もある。</p> <p>通番15. ボランティアの受け入れに対するマニュアルを整備している。近隣の中学生や高校生を受け入れ行事での手伝いがある。また、綾部中学校から職場体験の生徒も受け入れている。春と秋におこなわれる地域の美化活動に職員が参加している。施設の納涼祭には職員3名による大太鼓の演奏があった。</p> <p>通番16. 地域の方の要望に合わせ、理学療法士が出張相談をおこなっている。綾部市サービス事業者連絡会での活動や福祉即戦力人材養成科にリハビリテーション科職員を講師として派遣している。</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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>通番17. 事業所の必要な情報はホームページや施設パンフレット、広報紙「月刊さくら」に写真入り提供をしている。ホームページは状況の変化に応じて随時更新をしている。見学、問い合わせに対してはパンフレットを用いて1日の流れなどを説明し、毎日職員が確認する「施設日報」に記録している。</p>		

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)	<p>通番18. 必要な内容、料金などの情報は、重要事項説明書に詳しく記載している。介護保険外サービスの内容、料金、個人情報保護についても、それぞれに詳細に説明し同意を得ている。成年後見制度による代理人契約もある。成年後見制度、日常生活権利擁護事業の必要性がある場合は、相談員が地域包括支援センターに連絡し権利擁護推進に取り組んでいる。</p>			
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>通番19. 担当の居宅介護支援専門員からの情報や入所時に、利用者、家族から生活歴や心身の状態、望む生活、意向などの聞き取りをおこない、所定の様式「ほのぼの」に記載している。担当者会議を開催し、各専門職（医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、栄養士、介護士）から意見を聴取し、アセスメントを実施している。アセスメントは3か月ごとと急な状態変化時、専門職からの意見などにより実施し、そのつどサービス担当者会議を開催して計画の見直しをおこなっている。</p> <p>通番20. 計画の策定においては担当者会議に参加の利用者、家族の希望を尊重し目標を設定している。計画は専門職からの意見を反映し、自立支援のための具体的な内容を検討記録し、利用者、家族の同意を得ている。リハビリテーション職員による「個別リハビリテーション」、看護職員、介護職員による「生活向上訓練」「自主トレーニング」など、各専門職もそれぞれに個別介護計画を作成している。</p> <p>通番21. サービス担当者会議（医師、利用者、家族、介護士、リハビリテーション担当者、栄養科職員、介護支援専門員）で専門職から意見を聴取し、得られた意見を個別計画に反映している。必要に応じて医師や専門職に直接意見を求める事もある。情報は共通のソフトを活用し常に共有を図っている。</p> <p>通番22. 介護支援専門員は計画の実施状況、目標の達成状況、満足度などのモニタリングをおこない、計画の続行や見直し強化などの判断をしている。各専門職、介護職員も、毎月のケアカンファレンスでモニタリングをおこない、全職種が確認できる共通のソフトに記入している。見直しが必要な際には介護支援専門員が利用者、家族に説明しサービス担当者会議を開催している。共通のソフト使用により、全職種が見直しや会議の開催の必要性を理解し、会議に臨んでいる。</p>			
多職種協働	23	利用者のかかっている医師をはじめ、関係期間との間で、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>通番23. 入院時には、看護師が所定のサマリーに記入し情報提供をおこない、退院時には、退院前カンファレンスへの参加、退院時サマリー、医師からの診療情報提供書などで情報収集をおこなっている。他事業所や地域の関係機関との連携には「緊急時連絡表」「医療機関連絡先」「事業所連絡先」のリストを作成し、各フロアのサービスステーションや相談員室に設置している。地域ケア会議にはリハビリテーション職員が代表で出席し、地域が抱える「高齢化」「独居問題」など、さまざまな課題に意見を述べ取り組んでいる。</p> <p>通番24. 自宅へ退所の場合には介護支援専門員とリハビリテーション職員が自宅を訪問し生活環境などを確認している。退所時にカンファレンスを開催し「退所前訪問指導報告書」「退所後の在宅生活に関する情報提供」に必要事項を記載し説明、指導をおこなっている。医師からの紹介状や看護サマリーも提供している。また退所後にリハビリ職員は担当の居宅介護支援専門員に「退所後の在宅生活に関する情報提供のお願い」用紙への記入を依頼し、退所後の状態把握にも努めている。利用中止後の相談支援窓口（担当は相談員）を設け、いつでも相談が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>通番25. 業務マニュアルは基本姿勢を明確にし、プライバシーへの配慮、事故防止、自立支援につながるなどの内容で、図や写真を盛り込み、分かりやすく作成している。マニュアルの見直しは、最低でも年に1回苦情や要望、ヒヤリハット事例などを基準に各委員会でおこなっているが、見直し日の記載がないものが多くあった。見直し日を確実に記載されたい。日々の業務においては各自が、職員としての義務と責任、プライバシーを守る事などの記載がある「職員ハンドブック」を携帯し、確認し実践すると共に、年2回「介助の心構え・知識・実際におこなう技術」などの自己評価をおこない振り返りを行っている。ヒヤリ・ハットなどの案件があれば直ぐに臨時の会議を開催し協議している。</p> <p>通番26. 利用者の状況及びサービスの提供状況は、毎日目標に即して適切に記録している。帳票類の保管、管理、持ち出し、廃棄方法などの取り扱いは「個人情報の保護・開示に関する施設内規則」に定め、全職員が周知している。個人情報保護のため全職員を対象に「人権・プライバシー研修」を実施している。本人、家族には、契約時に「個人情報取り扱いについて」の説明をおこない、同意と署名を得ている。ICT機器管理はパスワードで管理している。</p> <p>通番27. 利用者の日々の情報は、共通のソフトで全職種が確認できる。月1回おこなうケアカンファレンスで出た意見は、会議録に記入し「個別ケア表」の更新もおこなっている。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。就業前の確認や申し送りで情報共有を図り、その内容は「申し送りノート」にも記載している。状態に変化があった場合には臨時のカンファレンスを開催し、ソフトに記載すると共に「連絡ノート」にも記入している。</p> <p>通番28. 家族との情報交換や希望、要望の確認は、電話や面会の機会を利用すると共に、3か月に1度のケアプラン更新時におこない日常の様子も伝えている。状態に変化があった時や、急を要する時には電話で報告している。写真付きの施設便り「月刊さくら」を毎月発行し家族に郵送している。職員とは申し送りノートや毎月のケアカンファレンスで情報を共有している。</p>		
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>通番29. 「感染褥瘡対策委員会」が活動している。感染症対策マニュアルは最新の情報を入手し随時改正をおこない、全職員を対象に「夏期感染症研修会」「冬期感染症研修会」を開催している。職員に研修希望のアンケートをとっている。ノロウイルス対策には実施訓練を行ない、必要物品を常備している。感染力の強い感染症に対する事業継続計画（BCP）を策定し、計画に沿った対応が出来るシステムを整えている。常に検温、手洗い、消毒、マスク着用などの感染防止対策を実施している。</p> <p>通番30. 施設内の備品、物品は整理整頓している。「労働安全衛生委員会」が週1回見回りをおこない、あぶない所、水漏れ、電気系統に不都合はないかなど調べて運営会議に報告している。清掃は、毎日介護助手がおこない、管理者がチェック表で確認し助言をしている。ワックスがけを年1回、外部業者に委託している。マニフェストも作成している。行き届いた清掃、24時間換気などにより不快な臭気も感じない。</p>		

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	B
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>通番31.「事故発生時対応マニュアル」は各部署のステーションに設置し、職員がいつでも確認できる。全職員を対象に事故対策委員会主催の研修を年1回実施し、参加困難な職員には回覧形式で周知している。また、転倒、転落などを想定した訓練を含め、年間研修計画に基づき内容に応じた研修方法で事故対応力の向上に努めている。</p> <p>通番32.「事故発生防止委員会」が設置されている。事故報告書およびヒヤリ・ハット報告書の項目には事故レベルに応じた対応方法を記載する仕組みがあり、事故の内容により、レベルに応じた対応をしている。事故発生当初の経過は記載しているが、その後の経過、対応が記載されていない例も多く見られた。分析、再発防止などのためにも検討を期待する。</p> <p>通番33.「防災委員会」が設置されている。また、事業継続計画（BCP）に、責任者の役割および指揮命令系統を明確に定めている。「災害発生時マニュアル」に対応や具体的手順を分かりやすく記載し、年2回の防災訓練およびBCP研修時に活用している。訓練時に備蓄非常食の試食なども実施し、職員の意見を踏まえた見直しで、実用性を意識した取り組みをおこなっている。緊急時には一斉メール配信などによる安否確認ができ、情報発信体制を整備している。綾部市の消防訓練に参加している。</p> <p>通番34.事業継続計画（BCP）には、災害時の対応方針や事業継続に関する判断基準が明確に示されており、フローチャートを用いることで職員が的確に行動できるよう工夫している。また、災害福祉ネットワークへの参画を通じて、行政や関係機関との連携体制を構築している。</p> <p>さらに、断水時に備えた貯水槽設備や、停電時に対応可能な自家発電設備が整備されており、災害時においても最低限の事業継続を想定した備えがある。</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

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>通番35.利用者の意思決定支援については、日々の関わりの中で表情、言動、状態を多職種で共有し、個別性に配慮した支援をおこなっている。意思確認が困難な場合も、多職種での協議や家族からの情報提供を通じて、可能な限り本人の意思を尊重している。また「虐待の芽チェックリスト」を年2回おこなう自己点検や、ラウンドチェックを実施するなど、組織的に人権への配慮を確認する体制が整っている。</p> <p>通番36.「苦情虐待等対策検討委員会」「身体拘束委員会」が毎月活動している。「虐待防止に関する規程・マニュアル」を整備し、虐待防止研修を年2回実施するなど、職員への周知と理解促進を図っている。不適切なケアが生じた場合には、責任者を中心に原因分析および再発防止策の検討をおこない、その結果を職員と共有している。また、検証結果などを掲示することで、組織全体で権利擁護意識の向上と再発防止に取り組む体制が整っている。</p> <p>通番37.プライバシーに配慮したサービス提供については、虐待関係の委員がラウンドチェックを通じた他部署職員による相互確認と、指摘事項の共有をおこなっている。日常のケアなどを会議に挙げ、プライバシーへの配慮を含めたケア内容の振り返りや検討を継続的に実施している。これらの取り組みにより、組織として利用者の尊厳やプライバシーを守るサービス提供に努めている体制が確認できた。</p> <p>通番38.事前面談により利用者の心身、生活状況を確認したうえで判定会議をおこない、組織的に入所判断をしている。利用困難や待機となる場合には、その理由や見通しを分かりやすく説明している。また、待機が長期化する場合には、他施設などの情報提供をおこない、状況に応じた相談対応をおこなっている。</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。	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てている。	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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>通番39. 入所時の面談では、利用者からの意見や要望を丁寧に聞き取っている。日常生活では、飲み物や活動内容などについて複数の選択肢を用意し、利用者が自ら選べるように工夫している。利用者や家族から寄せられた意見、要望、苦情については「苦情対策委員会」で内容を検討し、緊急性や重要性に応じて管理者や関係職員が協議のうえ対応している。対応結果や改善内容については、職員間で共有していることが確認できた。</p> <p>通番40. 「苦情対応マニュアル」の作成、見直しをおこなっている。苦情や要望に対して、対応責任者を中心に委員会で原因分析、再発防止策の検討をおこない、運営会議へ報告するなど、検討体制を定めている。寄せられた意見、苦情の公表には至っていない。今後は透明性の確保に向けた取り組みの一環として、個人情報に配慮して公開されたい。</p> <p>通番41. 公的機関の相談窓口情報は重要事項に明記している。介護相談員が毎月来所し、利用者の声を聞き取っている。事業所と直節の利害関係を持たない、第三者委員を設置できていない。</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	A	B
(評価機関コメント)		<p>通番42. 利用者満足度の把握については、日常的な関わりや苦情、意見をサービス向上委員会を中心に共有し、サービス改善に活かそうとする姿勢が確認できる。今年度は第三者評価の実施により満足度調査は未実施であるが、次年度は、満足度調査の実施と結果の公表を予定している。</p> <p>通番43. 各部門の職員が参加し、サービス向上委員会を月1回開催している。委員会での課題や意見は運営会議でも共有している。京都府老人保健施設協議会や看護、介護交流会への参加、同一法人内の施設間ラウンドチェックなどを通じて、他事業所の取り組みなどを積極的に収集、分析、協議し、サービス向上に活かしている。</p> <p>通番44. 法人独自のチェック表を用いて毎年評価をおこない、結果を分析、検討しサービスの向上に努めているが、次年度の事業計画、目標設定に反映する内容、仕組みには至っていない。評価項目を含めた検討、見直しを期待したい。</p>		