

アドバイス・レポート

2026年 3月 30日

令和7年9月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「社会福祉法人清和園鳥羽ホーム様」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

【施設の概要】

特別養護老人ホーム「鳥羽ホーム」は、京都市内において地域密着型特別養護老人ホームとして運営され、利用者一人ひとりの尊厳と生活リズムを大切にしたケアを実践しています。施設は6階建てで、地域密着型特別養護老人ホームのほか、ショートステイ、サービス付き高齢者向け住宅、デイサービス（一般型・認知症対応型）、訪問介護、居宅介護支援事業所を併設する複合施設となっています。これらの機能を活かし、職員間の連携とチームケアを重視しながら、利用者が安心して生活できる環境づくりに努めています。運営法人である社会福祉法人清和園は、1953年に創設され、理念「佛・法・僧」のもと、高齢者福祉および児童福祉事業を展開してきた福祉法人です。鳥羽ホームにおいても、この法人理念に基づいた運営が行われています。

また、厚生労働省が推進する地域包括ケアシステムの構築を踏まえ、法人が展開する訪問介護や通所系サービス等を利用者のニーズに応じて組み合わせることにより、特別養護老人ホームと同等の支援を在宅で提供する「在宅特養」の取組を行い、入所することなく住み慣れた地域での生活継続を支援しています。

さらに、看取り対応にも力を入れ、利用者ができる限り慣れ親しんだ環境で最期を迎えることができるよう、多職種連携のもと支援体制の充実に取り組んでいます。

特に良かった点とその理由
(※)

1. 新卒採用者の人材育成が計画的に推進されています

○法人として採用担当体制を整え、SNS発信や説明会、実習受入れ等を通じて、必要な人材の確保に取り組まれています。

○エルダー制度や新人研修体系、OJT、eラーニング等を組み合わせ、段階的に職員が学び成長できる仕組みを整備し、質の高い人材育成を目指しています。

○新卒職員が実際の介護現場に着任するまで、丁寧な指導や精神的ケアが行われており、安心して働ける職場環境となっています。

2. 地域との連携・交流・地域貢献が継続的に実践されています

○運営推進会議等を通じて、メンバーである自治会や地域包括支援センター等と情報交換を常に行い、地域課題の共有と連携が図られています。

○地域交流スペースの提供、介護相談会や介護予防教室、地域イベントへの参加等により、事業所の専門性と資源を、地域に還元しています。

○地域で開催する「上鳥羽マルシェ」や「夏祭り」では、会場設営等の準備段階からかわり、模擬店も出店しています。また、「夕日見守り隊」（小学生が安全に下校できるように横断歩道での旗振り）も行っています。

○地域との相互関係を基盤に、開かれた事業所としての姿勢が明確に示されています。

3. 前回（2024年11月）の第三者評価で課題となった点に改善が見られ、PDCAが機能しています

○前回の第三者評価の結果を踏まえ、理念をパンフレット等に明記することや、法人全体の事業計画に基づく鳥羽ホームの中・長期計画の策定が進められており、前回のアドバイスが適切に実施されています。

○独自の特養パンフレットの作成や業務マニュアルの毎年更新など、前回のアドバイスを受けての具体的な改善が実施されています。

○これらの取組を通じて、計画・実施・評価・改善のPDCAサイクルが、組織全体として定着し、機能している状況がうかがえます。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 家族等との情報交換について 今回の第三者評価にあたり実施したアンケート調査では、家族より「実際にどのような対応が行われているのか分かりにくい」「職員と話す機会が少なく、日常の様子把握が難しい」といった声が見られました。 家族の安心感と信頼を高めるためにも、日常の様子や支援内容を分かりやすく伝える工夫や、家族の思いを継続的に把握・共有する仕組みの充実が必要です。</p> <p>2. 評価・改善の仕組みの体系的な整備について ○各種委員会や会議、満足度調査等を通じてサービスの振り返りと改善は行われていますが、第三者評価の「定められた評価基準」に基づく評価ができていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 家族等との情報交換について ○今回の第三者評価のために実施したアンケート結果から、家族が利用者の日常の様子や支援内容を十分に把握できていない状況がうかがえました。 利用者の状態に応じて支援内容が変化することについて、職員から家族へ分かりやすく伝えてはいますが、より一層職員と家族が直接話し合える機会を意識的に設けることが重要です。 ○第三者評価調査時に、今後SNS等を充実させたいとの意向を確認しました。現在、定期的な近況報告や相談機会はありますが、より充実させるとともに、アンケート結果の共有やホームページでの取組事例の発信等を通じて、職員と家族とのコミュニケーションを深めることが、信頼関係の向上につながると考えます。</p> <p>2. 評価・改善の仕組みの体系的な整備について ○第三者評価で自己評価を行う場合に「定められた評価基準」に基づく定義があります。定義された評価基準（今回実施の第三者評価項目）に基づいて自己評価を実施されてはいかがでしょうか。 ○評価結果については、課題の明確化と改善計画の策定につなげ、職員間で共有することで、組織全体の質の向上につながると考えます。</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	2690500133
事業所名	社会福祉法人 清和園 鳥羽ホーム
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、通所介護、認知症対応型通所介護、訪問介護、定期巡回、随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	2025年12月12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. 法人の理念及び運営方針は明文化され、一階フロアの電子掲示板やパンフレット、ホームページで周知されています。理念については、常勤・非常勤を含む全職員に対し、研修会等で周知を行っており、理念に基づいたサービス提供が実践されています。また、利用者や家族に対しても、パンフレットの配布や契約時の説明を通じて丁寧に伝えています。 2. 理事会（年3回）や運営会議（月1回）、各部署での会議を定期的に開催し、議事録は情報共有システムを活用して全職員に周知しています。各会議において現場職員の意見を吸い上げる仕組みが整えられており、経営責任者が公正かつ適切なプロセスで意思決定を行うことで、組織運営の透明性が確保されています。		
(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. 法人が定める中・長期計画に基づき、鳥羽ホームの中・長期計画を策定しており、さらに各部署において毎年度の事業計画を策定しています。家族アンケート（満足度調査）の結果を事業計画に反映するとともに、計画内容は施設内掲示により家族等へ周知しています。職員には情報共有システムを通じて確実に伝達しています。 4. 毎年、各部署ごとに課題を整理し、目標を設定した事業計画を策定しています。毎月の定例会議やユニットリーダー会議を通じて、栄養・介護・看護等の多職種で達成状況を確認し、必要に応じて見直しを行っています。		

(3) 管理者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. 施設長および管理者は、各種研修や集団指導に参加し、必要な知識の習得に努めています。遵守すべき法令はリスト化され、情報共有システム等を活用して、職員がいつでも確認できる体制を整備しています。また、年1回の法令遵守研修を全職員を対象に実施し、法令理解の周知・徹底を図っています。</p> <p>6. 業務分担表により、管理者等の役割と責任が明確に示され、職員に表明されています。職員が施設長に直接メール等で相談できる体制があり、日常的に職員の意見を受け止めています。人事考課の「その他」欄に施設長の評価を記入する項目を設け、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握しています。施設長は、サービスの質の向上や経営課題の解決について、職員会議等に諮りながら、積極的に事業運営を行っています。</p> <p>7. 施設長は、日常的に業務の実施状況を「特養日誌」や情報共有システムを活用して把握しています。また、職員一人ひとりと連絡を取り合える体制があります。緊急時には情報を集約し、適切な指示を行うことができる仕組みを構築しています。</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. 理念・運営方針に基づき「期待する職員像」を明確にしています。就業規則等により人事に関する基準が示され、人事考課や昇級試験を通じて、職務能力や成果を評価する仕組みが整えられています。</p> <p>9. 法人内に採用担当チームを設置し、SNS発信や合同説明会、インターンシップの実施など、計画的な人材確保に取り組んでいます。また、多様な人材の採用を進めながら、介護福祉士の割合が70%以上を維持しており、質の高い介護サービスを支える人員体制が整えられています。</p> <p>10. 法人にはエルダー制度、キャリアパス制度があり、eラーニングやOJTを組み合わせた計画的な人材育成が行われています。新卒職員には、合同研修や定期面談を実施し、中途採用職員についても、個々の状況に応じたOJTが行われています。また、外部研修への参加支援や資格取得後の手当支給など、継続的な学びを支える体制があります。</p> <p>11. 実習の受け入れに関する基本姿勢を明確にし、実習生の手引きや一日の流れ等のマニュアルを整備しています。また、実習指導者講習を受講した職員を配置し、管理栄養士や社会福祉士等の実習受け入れ実績もあり、人材育成に向けた体制があります。</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>1 2. 勤怠管理ソフトを活用し、有給休暇の取得状況や時間外労働を把握するなど、労働環境の管理が行われています。また、育児・介護休業制度が整備され、取得実績があり、機器やICTの導入（眠りスキャン等）により、職員の心身の負担軽減にも配慮した取り組みが行われています。</p> <p>1 3. 法人内に産業医を配置し、掲示板等を通じて職員への周知が行われています。また、定期的なストレスチェックやハラスメントアンケートも実施しています。休憩場所は複数あり、職員がゆったりと休息できる環境があります。福利厚生や共済会の活用により、職員同士の交流や心身のリフレッシュにもつながっています。ハラスメントに関する規定が就業規則に明記されています。</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>1 4. 運営推進会議を2か月に1回開催し、メンバーである自治会長や地域包括支援センターとも情報交換を行い、地域課題の共有に取り組んでいます。また、介護相談会や介護予防教室を実施するとともに、事業所の情報をホームページやSNS等で発信し、地域との連携を図っています。</p> <p>1 5. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化し、マニュアルも作成しています。地域の行事や取り組み（夏祭り、清掃等）に積極的に参加し、交流を深めています。利用者は傾聴ボランティアとのかかわりもあります。障がい者の体験学習も行っています。</p> <p>1 6. 施設内にある地域交流スペースを地域の自治会、女性会の会合などに貸し出しています。また、介護相談会や体力測定の実施、運営推進会議での地域課題の共有などを通じて、事業所の専門性を地域に還元しています。地域で開催する「上鳥羽マルシェ」に参加し、地域団体と連携した地域貢献活動に積極的に取り組んでいます。「夕日見守り隊」（小学生が安全に下校できるように横断歩道での旗振り）も行っています。</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。	B	B
(評価機関コメント)		1 7. サービス選択に必要な情報は、ホームページや法人パンフレット・鳥羽ホームのパンフレット、特別養護老人ホームのパンフレットのそれぞれに、表記や内容が分かりやすく記載されています。見学希望は月1回程度あり、随時対応し、来館者カードで記録管理が行われています。一方、体験利用についてはショートステイで対応していますが、今後は映像やオンラインによる説明等を行うと、より分かりやすい情報提供につながると思います。		

(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. サービス内容や料金、保険外サービスについては、重要事項説明書に明記され、契約時に丁寧な説明と同意が行われています。また、重要事項説明書は施設入口のエントランスにも掲示されており、利用者や家族がいつでも確認できるよう配慮されています。利用者の権利擁護のため成年後見制度を活用しています。		
(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. アセスメント様式「包括式自立支援プログラム」を用い、利用者一人ひとりの心身の状況や生活課題を的確に把握しています。本人・家族の要望を丁寧に聞き取っています。ユニット会議において、3か月ごとに個別カンファレンスを実施し、アセスメントの確認を行うとともに、必要に応じて支援内容の変更を行っています。短期目標は6か月ごとに更新しています。</p> <p>20. 各専門職が集まり、基本的には3か月に1回、ユニット会議でカンファレンスを実施しています。ケアプランは6か月に1回更新しており、退院時や緊急時（看取り等著しく状態が変化した場合）には、必要に応じて臨時のカンファレンスを行っています。利用者からは聞き取りにより希望を確認し、家族にカンファレンスへの参加を呼びかけ、欠席の場合は電話や書面等で意向を確認したうえで、個別援助計画等に反映しています。また、看取り期にある利用者の「自宅に帰りたい」という希望を尊重し、数時間の帰宅を実現した事例もあり、利用者及び家族の希望を尊重した支援を行っています。</p> <p>21. 個別援助計画等の策定にあたり、必要に応じて主治医やリハビリ職等の専門職に意見照会を行っています。サービス担当者会議を実施し、利用者を含め、職種・部門を横断した関係職員（ユニットリーダー、看護師、栄養士、相談員、居室担当者等）により計画を作成しています。また、専門職等から得られた情報や意見を個別援助計画に反映しています。</p> <p>22. ケースカンファレンスを基本的に3か月に1回実施し、短期目標はモニタリング結果を踏まえて6か月ごとに更新しています。また、退院時や看取り時期等、利用者の心身状況に著しい変化が生じた場合には、必要に応じて臨時のカンファレンスを開催し、再アセスメントのうえ、個別援助計画の見直しを行っています。計画変更の内容は関係職員に共有され、見直した計画に基づく支援が適切に実施されています。24時間シートを3か月に1回更新し、全職員が確認しています。</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. ケアマネジャーを中心に、利用者の主治医や病院と健康状態や治療状況に関する情報共有を行っています。入退院時には関係機関から必要な情報の提供・入手が行われています。また、毎月の協力病院との会議や運営推進会議を通じて、自治会長や地域包括支援センター等と地域課題を共有し、解決に向けた意見交換を行っています。施設の連携医療機関のリストも作成されています。</p> <p>24. 利用者の心身状況や家族の意向を踏まえ、他サービスへの移行や施設変更が必要な場合には、関係機関と連携し、サービスの継続性に配慮した引継ぎを行っています。過去には施設から在宅へ移行した事例や、医療ニーズの高まりにより病院へ移行した事例があり、必要な情報の共有が適切に行われていました。また、サービス終了後も相談員を窓口として、利用者や家族からの相談に対応できる体制を整えています。</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. 各ユニットごとに業務マニュアルを整備し、職員間で共有・活用しています。業務マニュアルはユニット会議やリーダー会議で話し合われた内容等から見直しや修正が行われ、情報共有システムで職員に共有しています。それにより標準的な実施方法が実践に活かされ、事故防止や利用者の安全につながっています。</p> <p>26. 利用者一人ひとりのサービス提供内容や心身の状況について、統一した様式で適切に記録しています。個人情報の取扱いについては契約時に利用者・家族へ説明し、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄については文書規程に基づき、書面及びPCソフト内で適切に管理しています。個人情報保護法の研修も行われています。</p> <p>27. 利用者の状況や個別援助計画の内容について、情報共有システムや記録入力ソフトを活用し、職員間で確実に共有しています。3か月に1回カンファレンスを実施し、参加できない職員からは事前に書面で意見を収集するなど、全職員の意見集約が図られています。また、事故発生時や緊急性の高い事案については、申し送りや引継ぎを通じて速やかに情報伝達が行われています。</p> <p>28. 面会時に近況報告を行うほか、ケアプラン作成・更新時には計画書と「ご意向確認書」を送付し、家族との情報交換を行っています。感染症まん延等により面会が困難な場合には、電話連絡や希望に応じてビデオ通話で利用者の状況を伝えていきます。一方、家族アンケートでは情報の伝わり方に差があるとの声もあり、今後は家族との情報交換の方法や機会について工夫が必要です。</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、BCPを作成のうえ各フロアに整備するなど、責任と役割を明確にしています。年2回の感染予防研修を実施し、職員全員が感染症に関する知識を共有するとともに、最新情報を踏まえた対応を行っています。マニュアルを基本として感染予防策を講じ、感染症発生時には二次感染防止に配慮した対応が適切に実施されています。</p> <p>30. 事業所内の書類・介護用品・備品等は整理・整頓され、保管されています。居室やトイレは毎日担当職員が清掃し、エントランスやフロア、水回りについては外部業者に委託し、衛生的な環境が維持されています。各居室には空気清浄機を設置し、換気を行うことで臭気対策にも取り組んでいます。しかし、高い棚の上に大きな荷物があり、地震等の災害を考えると適切な対策が必要です。</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>3 1. 事故や緊急時における対応及び予防に関するマニュアルを整備し、各フロアに配置しています。マニュアルの内容について職員に周知するとともに、事故対応および緊急時対応に関する研修を毎年実施しています。また、消防署の協力を得て救急救命講習を受講し、緊急時に適切な対応ができる体制づくりに取り組んでいます。事故や緊急時における責任者および指揮命令系統についても明確で、職員が共通認識のもと対応できる体制があります。</p> <p>3 2. 事故が発生した場合には、速やかに適切な対応を行い、利用者・家族へ説明し、必要な事案については保険者へ報告しています。事故報告書およびヒヤリ・ハット報告書を作成し、月1回開催している事故防止委員会において内容を確認しています。委員会では、重大な事故や発生回数の多い事故・ヒヤリハット事例について原因分析を行い、再発防止策を検討しています。また、重大な事故については事故後早い段階で当該ユニット職員を中心にカンファレンスを開催し、再発防止策の共有を行っています。これらの検討結果は事故防止策やマニュアルの見直しに活用されており、転倒防止のための見守り支援システムの導入など、具体的な再発防止策につなげています。</p> <p>3 3. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、責任者および指揮命令系統を明確にしています。マニュアルの内容を職員に周知し、年2回、消防署立会いのもと日中および夜間想定避難訓練を行い、消火器の使用方法等、実践的な訓練も実施しています。また、利用者および職員の安否確認方法を定め、職員間で共有しています。食料・飲料水・衛生用品の備蓄を行い、災害時に備えた体制を整えています。地域との連携を明確に位置づけたマニュアルの整備については今後の課題としています。</p> <p>3 4. 大規模な自然災害や感染症まん延等に備え、BCPを作成し、各フロアに配置しています。BCPは事業運営の継続だけでなく、利用者に必要な介護サービスを継続して提供する視点で作成されています。また、中途採用職員に対しては入職初日にオリエンテーションの中でBCP研修を実施しています。新規採用職員には新人研修で取り上げています。鳥羽ホームは地域福祉避難所に指定されており、地域との連携体制もあります。</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. 利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持を重視し、理念・運営方針に基づいた支援を行っています。毎年、僧侶による研修を実施し、高齢者の尊厳や死生観について学ぶ機会を設けています。日々の支援については職員間で振り返りや検討を行い、利用者の尊厳に配慮したサービス向上に努めています。「不適切ケア（身体拘束）禁止」などの研修は年間研修計画に従って実施しています。</p> <p>36. 虐待防止及び身体拘束禁止について規程・マニュアルを整備し、職員への周知と研修を行っています。虐待防止委員会（3か月に1回）及び身体拘束廃止委員会（毎月）を開催し、不適切ケアを含めた事例の共有・検討を行い、早期発見と再発防止に取り組んでいます。また、「高齢者虐待防止法」に基づく研修を年2回実施し、具体的な対応方法や身体拘束に至らない支援方法について職員の理解を深めています。不適切な事案が生じた場合には対応方法に基づき速やかに確認・対応する体制があります。</p> <p>37. 利用者のプライバシーや羞恥心について規程・マニュアルを整備し、職員に周知するとともに、年1回プライバシー保護に関する研修を実施しています。排泄介助や入浴時の扉・カーテンの使用、相談援助時の配慮など、具体的な方策を講じ、職員一人ひとりが常に意識して対応しています。また、各居室に見守りカメラを設置していますが、設置目的や運用方法について家族へ説明し、事前に同意書を取得した上で運用するなど、プライバシーへの配慮を徹底しています。プライバシーに関する課題については職員間で共有し、組織として検討・改善を行っています。</p> <p>38. 利用者の決定にあたっては、毎月開催している入所判定委員会において、公平・公正な基準に基づき審査を行っています。基本的に利用申込を断ることはありませんが、夜間看護体制や医療的対応の可否など、事業所の体制上やむを得ない場合には理由を丁寧に説明しています。支援が困難なケースについても関係機関や専門職と連携し、適切な支援につなげています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>39. 利用者の意向については、本人や家族から直接確認するほか、意見箱の設置など複数の方法により把握しています。認知症等により本人からの確認が難しい場合には、家族の意向をもとに居室担当者やユニットリーダーが意見を聴取し、職員間で共有しています。利用者からの意見・要望・苦情はサービス改善の機会ととらえ、職員が理解し、対応しています。</p> <p>40. 利用者からの相談や苦情があった際は、速やかに部署長へ報告し、組織として対応しています。内容については記録を行い、苦情対応検討委員会で再度検討し、サービス改善に活かしています。苦情に至らない意見についてもユニットリーダー会議等で共有し、迅速に対応しています。対応の仕組みはマニュアルに定められており、職員間で共有され、苦情等は玄関に掲示しています。今後は、個人情報に配慮しつつ、ホームページ等を活用した第三者への公開方法の検討が望まれます。</p> <p>41. 契約時に、公的機関への相談方法について説明し、重要事項説明書等に連絡先を明記しています。事業所内には相談箱を設置するとともに、ホームページのメールフォームでも相談・苦情を受け付けています。正面玄関への掲示や重要事項説明書の配布により、利用者・家族への周知を図っています。第三者の相談窓口を設置し、外部の視点を取り入れた相談体制を整えています。今後は、重要事項説明書等にも記載し、より広く外部相談窓口の周知を進めることを望みます。</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	B	B
(評価機関コメント)		<p>42. 年1回、利用者（必要に応じて家族）を対象とした満足度調査を実施しています。調査結果は全職員に周知するとともに、フロアに掲示を行い、情報共有を図っています。ユニット会議やリーダー会議において結果を分析・検討し、改善策を協議しています。今後は、満足度調査を踏まえた具体的な改善内容や取組状況の発信を期待します。</p> <p>43. サービスの質の向上に向け、ユニット会議、リーダー会議、運営会議の順で検討する体制を整えています。検討内容や結果は情報共有ツールを活用して全職員に周知しています。会議に参加できない職員についても事前に意見を聴取する仕組みがあります。検討結果は具体的なサービス改善につなげ、継続的な質の向上に取り組んでいます。</p> <p>44. 各委員会やユニット会議、リーダー会議、運営会議においてサービス提供状況の振り返りと評価を行っています。評価結果については分析・検討を行い、サービス内容に関する課題の明確化に努めています。検討した内容は部署長が整理し、翌年度の事業計画に反映させています。第三者評価を3年に1回受診し、改善に向けた取り組みを継続しています。今後は、内部監査の再開を含め、より体系的な評価体制の充実を期待します。</p>		