

アドバイス・レポート

令和8年4月24日

令和7年7月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（あじさいガーデン伏見様）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>【事業所概要】 あじさいガーデン伏見は、京都府京都市伏見区向島にある社会福祉法人「浩照会」が運営する、介護老人保健施設です（定員276名、職員数230名）。2001年1月に開設され、入所サービス、短期入所療養介護（ショートステイ）、通所リハビリテーション及び訪問リハビリテーションを提供しており、看護・介護管理の下で、利用者の自立した日常生活を支援しています。</p> <p>1. 多職種協働により在宅復帰に向け取り組んでいます ○施設は、充実した医療・看護・介護体制（特に医師は専従3名、非常勤6名）のもと、「超強化型老健」として高い在宅復帰率(60%)を目指しています。各職種（介護、看護、栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士など）が密に協働しながら、それぞれの専門性を発揮して、利用者一人ひとりが、自立した日常生活を営むことができるよう、在宅復帰の道筋を明確にし、取り組んでいます。 ○在宅復帰前には、利用者や家族に対して退所指導をするとともに、多職種によるカンファレンスを頻回に実施し、退所後の生活を見据えて必要なサービスの継続をきめ細かく調整し、支援しています。 ○配置基準にはない「歯科衛生士」を新たに配置し、栄養、口腔、リハビリの一体化という独自の取り組みを行っています。 ○利用者のほとんどが認知症自立度Ⅱa以上という施設の特性をふまえ、全職種の職員が認知症ケアの研修を受講し、ケアの質の向上に取り組んでいます。</p> <p>※超強化型老健とは、5つある老健（介護老人保健施設）の施設区分の中で「在宅復帰・在宅療養支援機能」が最も高い（最上位の）施設で、在宅復帰率50%超、ベッド回転率10%以上など、厳しい要件を満たす必要があります。</p> <p>2. 在宅復帰後も、地域の中で切れ目のないサービスを提供しています ○施設は入所施設の他に、通所、訪問リハ等の事業も併設しており、退所後も利用者に対して切れ目のないサービスを提供しています。 ○入所施設のケアマネジャーは、通所、訪問のケアマネジャーと同施設内で密に連携し、利用者の在宅生活に不安がないように、きめ細かなサービスを提供しています。 ○施設は、施設を「大規模多機能」施設と位置づけ、利用者がどのような状態に置かれていても、その状態にあった最善のサービスを提供できる、多機能な施設として取り組んでいます。 ○施設は、高い在宅復帰率を目指す一方で、入所施設としての高い居住性も兼ね備えています。施設内には、理髪店もあり、様々なレクリエーションも活発に行っています。 ○施設は、自ら持つ機能を地域の中で発揮することで、地域包括ケアシステムの実現に取り組んでいます。</p> <p>3. 積極的に地域と交流し、地域に開かれた施設を目指しています ○施設は、去年から地元のパン屋やカフェに、場所を定期的に提供し、多くの市民が来られ、施設利用者との交流の場にもなっています。 ○施設1階に大きな多目的ホールがあり、施設全体の合同会議やイベントに使用されるだけでなく、地域の様々な活動のために開放しています。 ○施設は福祉避難所に指定されており、水、食料、簡易トイレなどの災害備蓄を十分に確保しています。 ○地域の祭り（向島まつり）に積極的に参加し、介護相談会を開催しています。また、毎年「あじさい祭」を主催し、地域住民との交流をはかっています。</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 ○2025年4月1日付で、中・長期計画を策定されましたが、2040年までのビジョンを示すにとどまり、ビジョンの達成に向けた具体策が示されていません。</p> <p>2. 施設関係者以外による第三者相談窓口の設置について ○施設職員以外の第三者（個人）による相談窓口が設置されていません。</p> <p>3. 事業所による自己評価の仕組みについて ○施設では、部署ごと、個人ごと（管理職を含む全職員）に「目標管理シート」を作成し、毎年評価する仕組みがありますが、事業所業務全体を自己評価する仕組みがありません。</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 ○2025年4月1日に「中・長期計画」を策定され、2040年までを3期に分けて、経営上のビジョンを示しています。しかしながら、それらのビジョン実現に至る道筋が示されていませんでした。今後、介護保険を取り巻く社会環境の変化はあると思われませんが、法人が法人としてのガバナンスを発揮し、それに従って一人ひとりの職員が希望をもって働けるように、さらなる具体的で詳細な「計画」の作成が求められます。 ○具体的には、職員の意見を広く求める形で、法人や個々の施設の3年後、5年後、10年後の姿が具体的に目に浮かぶ言葉で表現され、数量的、年次的に目標や取組内容を丁寧に示すことが必要と思われる。 ○目標や取組み内容を策定した後は、その実施・実現状況等について、不断に検証していくことが必要になります。そのような進行管理を行うことで、法人、施設の未来像を明確に具体化することができ、そこで働く職員の希望や将来像も育まれるものと思われます。</p> <p>2. 施設関係者以外の第三者による相談窓口の設置について ○施設では第三者相談窓口として、関係機関の窓口は紹介していますが、施設職員以外の第三者（個人）による相談窓口を、設置していません。 ○通番41の説明に「事業所関係者以外の第三者とは、利用者と事業所とは別の第三者として、利用者からの相談や苦情を聴き、日常的な状況把握と意見傾聴を行い、苦情等に対する意見を苦情受付担当者や苦情解決責任者に通知し、助言を行う役割を担う者を言う」とあります。 ○相談窓口として、地域の自治会役員、民生委員、開業医（精神科医が望ましい）等に、依頼してみてもいいでしょうか。</p> <p>3. 事業所による自己評価の仕組みについて ○施設では、個人ごと、部署ごとに「目標管理シート」を作成し、毎年（年度半ばと期末の2回）目標の確認と、目標に対する達成状況を評価しています。 ○しかし、三評で言う「自己評価」とは、人事考課などの自己評価のことではなく、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質などについて、事業所自らがチェックして評価を行うこととあります。（通番44の説明文より） ○目標管理シートによる個人ごと、部署ごとの目標管理は必要な作業ですが、事業所としてサービスの質の向上を確保するためには、「定められた基準」（支援機構による第三者評価の項目等）にもとづく自己評価を実施するようにしてください。</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	2650980069
事業所名	介護老人保健施設 あじさいガーデン伏見
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)	短期入所療養介護(介護予防)、通所リハビリ テーション(介護予防)、訪問リハビリテ ーション(介護予防)
訪問調査実施日	令和8年2月17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. 理念及び運営方針は、施設内に掲示され、毎月の全体朝礼で理念を唱和するなど、職員への浸透を図っています。また、ホームページ等で利用者や家族に周知しています。 2. 理事会や評議委員会は定期的開催され、理事会には、施設長が出席しています。各種委員会が出された職員の意見は、毎月の運営連絡会議(施設長他各部署の代表者が出席)で検討され、施設運営に反映されています。職務権限規程を定め、職員の権限や責任を明確にしています。			
(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	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)		3. 単年度の事業計画は策定されていますが、具体的に詳細な中・長期計画の策定には至っていませんでした。事業計画の策定に際しては、諸課題についての職員の意見を反映しています。策定された計画は施設に掲示されていますが、利用者・家族への周知はできていませんでした。 4. 職種別、部門別の会議及び委員会がそれぞれの課題を明確にし、課題解決に取り組んでいます。部門別目標管理シートを用い、計画の達成状況を把握しています。各職種、部門の計画は、運営連絡会議で検討され、組織全体で目標の達成に取り組んでいます。			
(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. 施設長は、経営や法令改正等に関する研修に参加しています。事務長は、施設の運営に関する法令等をリスト化し、職員は、いつでもPCで確認できます。法令に関する研修は、定期的開催され、外部研修を受講した際には報告書を提出し、職員間で情報共有しています。</p> <p>6. 職務分掌規程を定め、施設長及び各部門長は自らの役割と責任を明確にしています。施設の運営方針を決定する際には、施設長及び各部門長は、全体会議に出席し意見を述べています。職員面談を定期的実施し、目標管理シートに上司や組織に対する意見を書く欄を設けるなど、管理者が自らの信頼度を評価する仕組みができています。</p> <p>7. 施設長及び各部門長は、日常的に現場において業務の状況を把握し、必要な指示をするとともに、各部門の日報等でも事業の実施状況を把握しています。他の用務等で事業所を離れる場合は、携帯電話により、常に連絡がつくようにしています。事故等緊急事態が発生した場合には、緊急連絡網により職員に指示できる体制があります。</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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 法人は5S（責任・速度・整理整頓・誠意・正確）の規範を定め、「期待する職員像」として明文化しています。昇任、昇格については、キャリアパスに基づいて上司が評価、判断しています。キャリアサポート委員会では、昇任の段階に応じた試験制度を検討しています。法人は、職員が自らの将来の姿を描けるように「ステップアップ制度」を設けています。</p> <p>9. 法人本部にて必要な人材や人員配置について管理し、人材確保について協議をしています。人材確保と同時に、業務負担の軽減や法人独自の時短制度を導入するなど労働環境を整備し、離職を減らしています。外国人の採用も積極的に行っています（現在13名在籍）。また、広報委員会で日常の取り組みをInstagramで発信するなど、事業所の魅力発信に努めています。</p> <p>10. キャリアサポート委員会で、階層別研修を含めた年間研修計画を作成し、実施状況の見直しもしています。また、同委員会を中心に外部研修の情報を職員に伝え、受講を促し、伝達研修も行っています。研修受講費用は法人が負担し、職員のキャリアアップのため資格取得支援も行っています。個別面談シートで個人ごとの目標を設定し、個別研修計画を作成しています。</p> <p>11. 実習受け入れマニュアルを作成し、介護職、看護職、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士等の実習生を受け入れています。各実習生に応じた実習内容となっています。職員の母校（養成校）からの実習の申し込みがあり、実習生が増えています。実習指導者研修を受講しています。</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. 法人本部（事務部）にて有給休暇取得状況や残業時間数を管理し、労働環境に配慮しています。有給休暇の取得率は平均で86%、時間外労働時間は、1か月平均1.4時間となっています。毎年の職員面談時に職員の就業状況や意向を確認しています。育児・介護休業については就業規則で定められ、適切に取得されています。ICT機器やインカムの活用により、業務負担の軽減に取り組んでいます。</p> <p>13. 法人は産業医を配置し、メンタルヘルスの相談に応じる仕組みがあります。各種ハラスメント規定を定め、相談体制については、法人事務局の局長を全体責任者として、各施設に責任者を男女1名ずつ置いています。相談があった場合は、ハラスメント委員会を立ち上げて対応しています。職員の互助・親睦を目的とした「あじさい会」があり、親睦会や職員旅行を企画しています。休憩室、仮眠室は十分な広さがあり、リラックスできる環境になっています。</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. 「医療・介護を通じて人と地域に貢献する」との法人理念に基づき、地域との関わりを大切にしています。インスタグラムを活用して、地域に取り組みを発信しています。施設は、去年から地元のパン屋やカフェに場所を提供しており、多くの市民が利用し、施設利用者との交流の場にもなっています。管理者は、地域ケア会議に参加し、地域ニーズを把握しています。</p> <p>15. 現在ボランティアの受け入れはしていませんが、受け入れマニュアルを整備しています。地域の中学校から職場体験(車椅子体験など)を受け入れています。施設1階の多目的ホールを地域の様々な活動の場として提供しており、利用者と地域住民との交流を図っています。</p> <p>16. 法人の協力病院と連携して定期的に地域公開講座を開催し、地域住民に介護情報を提供しています。「むかいま健康クラブ」に参加し、健康チェックを実施しています。また、地域の方のレクリエーション(大正琴や社交ダンス)の場として、施設のレクリエーションルームを開放しています。</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。	A	A
		(評価機関コメント)		17. ホームページ、広報紙、インスタグラムを活用し、施設情報を発信していません。インスタグラムでは、施設の各フロアが持ち回りで、利用者の日常の様子を写真や動画で発信しています。ホームページやインスタグラムは、定期的に更新し情報を見直しています。施設見学の際には、必ず各フロアや理髪室などを案内し、利用後の生活が具体的にイメージできるよう工夫しています。体験入所も受け入れています。		

(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. 利用契約時には、重要事項説明書や料金表を用いて、サービス内容や料金について説明し、利用者・家族の同意を得ています。保険外サービスについては、一覧表で説明しています。判断能力に支障がある利用者の場合には、後見人等正当な代理人の同意を得ています。利用者の権利擁護のために、成年後見制度の活用を推進しています。		
(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. 各専門職（介護、看護、リハ、栄養等）がケアチェック表を用いて、利用者の心身の状況や生活状況を詳細に記録し、課題を明確にした上で所定の様式でアセスメントを実施しています。アセスメントに際しては、利用者及び家族の希望やニーズを聞き取り、医師や専門家と連携しています。定期的（3か月ごと）にアセスメントの見直しを行っています。</p> <p>20. アセスメントに基づき、在宅復帰に向けての個別援助計画（介護計画、リハビリ計画、栄養ケア計画等）を策定しています。計画策定に際しては、家族面談を行った上で利用者本人及び家族の希望を反映しており、計画内容を決定する際には、利用者及び家族の同意を得ています。サービス担当者会議には、利用者及び家族が参加しています。</p> <p>21. 個別援助計画の策定にあたり、サービス担当者会議（カンファレンス）を開催しています。サービス担当者会議には、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士などの多職種が参加し、意見交換をしています。専門家等から得られた情報又は意見を反映し、在宅復帰に向けた包括的な個別援助計画を策定しています。</p> <p>22. 個別援助計画通りにサービスが実施されているかどうか、日々の記録（介護ソフト）をもとに、3か月ごとにモニタリングを実施しています。また、利用者の状態に変化があった時には、計画の見直しをしています。計画の見直しの際には、看護・リハビリ・栄養等の多職種によるカンファレンスを開催し、意見を集約しています。見直しにより変更した個別援助計画の内容は、関係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. 利用者の主治医から診療情報を得るほか、入退院時には退院時カンファレンスに出席するなどして、医療機関との連携体制が確保されています。退院時カンファレンスには、ケアマネジャーを中心に、支援相談員、理学療法士、栄養士等、多職種が参加し、必要な情報を得ています。また、在宅復帰時には、地域包括支援センターと連絡を取り合い、居宅介護支援事業所と連携しています。</p> <p>24. 在宅復帰時などサービス移行時には、サマリーや診療情報提供書等にて、利用者情報の引継ぎを行っています。退所時には、地域の居宅介護支援事業所と連携しています。また、退所後には、入所中に関わったリハビリ職員が訪問指導を行うなど、継続支援を心がけています。</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. 各委員会で、部門ごとにマニュアル及び手順書を作成しています。施設では「遂行基準表」を設け、マニュアルに従い業務を遂行しているか、確認しています。マニュアルは、実践的な内容になっており、事故・ヒヤリハットの分析結果や顧客満足度調査の結果も反映しています。年度末に各委員会で見直しをしています。</p> <p>26. 施設が定めた統一した様式で、利用者へのサービス提供状況を、詳細に記録しています。記録の書き方について、職員全員が記録管理研修を修了しています。文書管理規程により、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄等について定めています。個人情報保護についての研修を、毎年実施しています。個人情報の取扱いについて重要事項説明書で利用者・家族に説明しています。</p> <p>27. 個別援助計画等の内容や利用者の状況等に関する情報は、PCやタブレットにより支援を担当する職員全員が共有しています。日々の朝礼・夕礼時に、申し送りノート、日誌等を用いて利用者に変化があった場合の情報を共有しています。定期的（3か月ごと）に、また、在宅復帰時には、看護・リハビリ・栄養等の多職種でカンファレンスを開催し、関係職員で意見を集約しています。</p> <p>28. 3か月ごとに実施しているサービス担当者会議の際に家族と面談し、モニタリングの結果や入所中の利用者の様子等を伝えています。また、施設では、Instagramや広報誌等を通じて、利用者の生活状況を、家族に継続的に伝えています。</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. 感染症委員会を中心に、施設内の感染症対策を行っています。感染症対策マニュアルを定め、感染症予防の研修や個人防護具の取り扱い研修（PPE研修）などを行っています。研修内容は、動画（YouTube視聴等）により、全職員がいつでも受講できるように工夫しています。また、研修時に、施設内で利用者が感染症に罹患した場合を想定した訓練も、実施しています。マニュアルは、定期的に見直しています。</p> <p>30. 事業所内の書類・介護材料・備品等は、整理・整頓され、安全に保管されています。事務所、利用者居室、浴室、トイレ等は、職員が毎日清掃しています。施設フロアのワックスがけ、害虫駆除、カーテンクリーニング等は、外部業者に委託し、清掃後の記録表により管理しています。24時間換気、臭気対策を実施しています。</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. 事故対応マニュアルを作成し、定期的に事故・緊急時対応のための研修を行っています。施設安全推進委員会により、利用者の緊急時を想定した訓練を実施しています。緊急連絡網を作成し、事故や緊急時における指揮命令系統を明らかにしています。</p> <p>32. 事故発生時の利用者・家族への対応や記録方法についてマニュアルで定めています。重大事故が発生した場合には、速やかに保険者に報告しています。事故、ヒヤリハットの報告書を作成し、事故再発防止に向けて多職種によるカンファレンスを開催しています。カンファレンスの結果は、運営連絡会議に報告するとともに、マニュアルの見直しなど事故予防の取り組みに活用しています。</p> <p>33. 災害発生時対策マニュアルを作成し、責任者や指揮命令系統を明らかにしています。夜間と昼間を想定した消防訓練を年2回行っています。地域包括支援センターと連携した防災訓練も実施しています。施設は福祉避難所の指定を受けており、水・食料等の備蓄も、管理者を決めて整備しています。地元の消防署と連携した訓練を実施しています。</p> <p>34. 自然災害、感染症まん延等事業継続に不測の事態が生じた場合に備えてBCPを作成し、BCPに伴う研修及び訓練を実施しています。施設は、福祉避難所としての機能を高めるために、災害備蓄の充実を図るために、備蓄スペースを拡大しています。</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

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. 施設運営方針に「利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った施設サービスの提供に努める」と明記しており、全部門が連携して、利用者の在宅復帰(自立支援)に向けて取り組んでいます。全職員が認知症ケアの研修を受講し、利用者の意思決定を支援しています。毎年、人権研修を実施し、研修の中でセルフチェックを行い、日常の支援を振り返っています。</p> <p>36. 身体拘束廃止・虐待防止委員会を毎月開催し、虐待防止及び身体拘束廃止の規程・マニュアルについて、職員に周知しています。年2回、虐待防止・身体拘束廃止に関する研修会を開催し、その中で「虐待の芽チェックリスト」を利用して「虐待の芽」への気付きを促す取り組みをしています。不適切な事案が生じた場合の組織としての対応方法について、マニュアルで定めています。</p>		

		<p>37. プライバシー保護についてマニュアルで定め、毎年の人権研修の中でプライバシー保護についての研修を行い、職員の理解を深めています。入浴時や排泄介助の際には、細心の注意を払っています。見守りカメラの設置の際にも、利用者・家族への説明と同意、使用目的の明確化(限定的な使用)等、利用者のプライバシー保護に十分な配慮を払っています。</p> <p>38. 入所判定会議を週1回の頻度で開催し、常時待機者がいる中で、適切かつ公平な入所判定を行っています。介護老人保健施設として受け入れることができないケース(病院レベルの褥瘡、経管栄養など)については、他施設の情報提供をしています。</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>39. 利用者の意見・要望・苦情についての窓口を設置し、重要事項説明書や施設内の掲示で、利用者・家族に周知しています。また、意見箱を複数箇所設置し、広く意見をくみ取るようにしています。毎年、利用者への接し方についての研修会を開催しています。定期的なモニタリングの際に、利用者とは面談しています。</p> <p>40. 利用者の意向への対応方法は、マニュアルで定め、苦情解決の仕組みを重要事項説明書や施設内掲示で利用者に周知しています。利用者からの苦情・要望等は、すべて運営連絡会議に報告され、担当委員会で改善策を検討しています。利用者からの意見・要望・苦情は報告書に記録され、改善状況を個人情報に配慮しながら掲示等で公開しています。</p> <p>41. 公的機関の相談窓口は重要事項説明書に記載し、施設内に掲示しています。しかし、施設関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。第三者または公的機関を経由して利用者から寄せられた苦情については、施設内に苦情解決責任者を置き、組織として対応する仕組みがあります。相談員の受け入れについては、現在未実施ですが、京都市の介護サービス相談員派遣事業に申し込んでいます。</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. 利用者満足度調査を年1回行い、調査の結果はサービス向上委員会で分析・検討し、運営連絡会議に報告しています。調査の分析・検討結果及び改善策は、施設1階ホールで掲示しています。</p> <p>43. 接遇委員会を毎月開催し、利用者の意向や事故等の分析を踏まえ、サービスの質の向上に向けて取り組んでいます。同委員会は、各部門の代表が参加しており、全職種の職員の意見を反映しています。他の事業所との情報交換については、相談員が得た他施設の情報を自施設の取り組みと比較し、検討しています。</p> <p>44. 施設では目標管理シートを用いて、部署ごと及び個人ごとに定めた年間目標に対する達成状況を評価しています。しかし、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質などについて事業所自らが行う事業評価ができていませんでした。施設は、第三者評価を3年ごとに受審し、改善に向けて取り組んでいます。</p>		