

アドバイス・レポート

令和8年5月30日

令和7年10月8日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（城南ホーム様）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

施設概要	特別養護老人ホーム城南ホームは、社会福祉法人清和園が昭和44年6月（1969年）初めて設立した特別養護老人ホーム（京都市内でも2番目の特養）で、京都市伏見区竹田地域において、定員50名の従来型施設として開設されました。以来、平成12年（2000年）の介護保険法施行時から居宅介護支援事業所、翌年にデイサービス事業を開始し、令和5年（2023年）には法人が提唱する「在宅特養」という介護の形を実践しています。現在では、24時間対応訪問介護看護事業や訪問看護ステーション事業がある総合的な施設となっています。 現在、施設の定員は80名（77名利用）で、平均年齢86歳、利用者の75%以上（約60名）が要介護4、5です。「明るく、正しく、仲良く」の法人理念を基本としたホーム全体の運営方針「利用者の心情や生活に寄り添った利用者本位のサービス提供」をすることで、在宅復帰も含めた介護の可能性を追求しています。利用者、職員、事業所の3つが常に満足度の高い状態であること「三方良し」をモットーに、介護サービスの質の向上に施設全体で取り組んでいます。
特に良かった点とその理由（※）	1. 利用者本位のサービスの提供と尊厳の保持に配慮した取り組みができています。 ○居室担当者が決められ、利用者とのコミュニケーションが緊密にできていることから、意思疎通に不安のある利用者も含めて、なんでも話せる環境ができています。 ○毎月の利用者との「お話し会」では、日常生活のなかで困った事やしたい事などの希望を聞き取り、また、隔月に開催する「給食会議」では、食事内容や食事場所などの希望を聞いています。また、生花教室、買い物イベントを実施するなど個性を大切にしながら、楽しみの機会の提供に努め、利用者の「したい」という思いの実現に取り組んでいます。 ○今回の第三者評価で実施したアンケート調査の回答では、「本人とのコミュニケーションが難しいため本人から確認はとれませんが、面会時の様子や毎日の報告から本人の好みや気持ちに配慮していただけていることがわかります」との後見人からのコメントや「ベッドサイドに好きな車のポスターを貼ったりして、面会時にその話題をすると表情が和らぎ、本人が今まで大切にしてきたことや趣味などを最大限に尊重して下さっている」とのコメントがありました。 2. 働きやすく、明るい雰囲気職場ができています ○三方良し（利用者、職員、事業所）をモットーに施設が運営されており、働きやすい、働きがいのある職場づくりができています。 ○20～30代の若手職員が主体となって、介護士・看護師・栄養士・機能訓練士と職種の壁を超えて職員同士の仲が良く、快活で明るい雰囲気を伺うことができました。 ○管理者の権限委譲ができており、フラットな組織で、職員が意見を出しやすく、意見が取り上げられることで自信ができ、自律的行動に結びついています。チームケアという一つの目標に向かってチームワークができています。また、多職種が活発に連携し、利用者へのサービス課題を解決することで、職員のモチベーション向上に繋がっています。 ○職務兼務制度の導入により、各部署からの応援体制が構築され、感染症発生時等の不測の事態にも、一部の職員に負担が偏ることなく、迅速に対応できる体制ができています。これにより、職員は交代制で5連続有給休暇を取得することが可能になりました。 ○職員の負担が増えることがないように、業務の工夫・改善を行い、機能訓練や褥瘡予防（移乗の研修）など職員のスキルを強化する時間を作り出すことができています。 ○職員の要望を聞いて、共用スペースにハイデスクと充電用コンセント、Wi-Fi環境並びに無料の飲料販売機を設置し、職員間の自然なコミュニケーションを生み出す工夫がされています。これらの取り組みが、風通しの良い職場環境の醸成にも繋がっています。

	3. 情報を積極的に発信し、透明性と信頼性が確立されています ○外部に開かれた施設を目指し、外から見られる事を意識することで、施設全体のサービスの質の向上を目指しています。SNSの動画等で積極的に施設の様子を発信し、書道教室や行事を通して地域住民との交流機会を作っています。 ○職員は、外部との接触により言葉遣いや身だしなみなど接遇が向上し、自信と誇りを持って利用者へのサービス提供を行っています。 ○京都府が提供する「介護サービス情報公表システム」のページには、自施設を紹介する「事業所の特色欄」に数ページにわたって、具体的な労働環境改善への取組みを記載して積極的に施設の様子を発信しています。人材育成の方針、キャリアアップの支援、多様な働き方や有給休暇取得の方法などを分かりやすく説明するなど、積極的な情報公開を行い透明性と信頼性の確立した事業所になっています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	1. マニュアルや規定の更新等の記載方法について マニュアルは、図解を取り入れわかりやすく作成され、原則、年度が変わるタイミングで見直しをされていますが、マニュアル更新の際の表記方法（改訂、更新）が各部署で違っていました。特に、見直しが実施された時の記載方法にばらつきがみられました。事業所全体で統一した様式が必要かと思われます。
具体的なアドバイス	1. マニュアルや規程の更新等の記載方法について 各マニュアルや規程の表紙または裏に、改定・見直しを実施した日付や改定責任者の記載欄を設けることで、最新版であることを明確にすることが出来ます。また、表記場所や方法を統一することで、誰もが更新内容を直ぐに確認することができ、業務の効率化に繋がります。検討をお願いします。
所 感	前回の第三者評価では、中・長期計画がありませんでしたが、中・長期計画として3年から5年の計画が策定されていました。内容においても理念、ビジョンが明記され、それに対応した単年度事業計画が事業所ごとに策定されていました。また、業務課題に対する具体的取組も明記されており、利用者満足度調査結果についても、家族に対して公表されており、前回の改善点すべての見直しがされていました。真摯に取り組まれる姿勢を評価したいと思います。

(様式 6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670900261
事業所名	特別養護老人ホーム 城南ホーム
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)	短期入所（予防）・居宅介護支援・通所介護・ 訪問介護（夜間・定期巡回）・訪問看護（予 防）
訪問調査実施日	令和8年3月24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を事業計画等で明確にし、施設内各所に掲示しています。サービス提供は理念に沿った内容となっており、職員全員に年度初めの全体会議の中で、理念の浸透を図っています。また、利用者や家族の理解が深まるように、ホームページ、パンフレット、SNS、広報紙を利用して広く周知しています。 2. 理事会、管理者会議、部署会議は定期的に開催され、理事長、施設長が出席しています。地域の介護保険事業計画等を把握し、施設全体の協議事項や各部署ごとの決議事項は、案件別の委員会や部署会議で決定しています。各職務ごとの意思決定方法が職務権限規程で規定され、各種会議には関係職員が参画し、意見を述べています。権限委譲は就業規則の管理規程で定めています。			
(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. 法人理念の実現に向け、達成期間を明確にした中・長期計画を策定し、それに基づいた単年度の事業計画を作成しています。事業内容は、実現可能な目標設定を行い、年度末に達成度の評価を行っています。職員の意向や利用者、家族の意向は部署の代表者がとりまとめ、計画作成に反映しています。利用者、家族には、毎月開催する「お話し会」で説明し、施設内にも掲示して周知しています。 4. 計画策定にあたり、職員が参加するフロア会議、リーダー以上が参加する特養会議の中で課題の把握や解決に向けた目標設定を行い、計画を策定しています。目標の達成状況について毎月モニタリングを行い、アクションプランを作成しています。また、四半期ごとに行うモニタリングでの評価結果に基づき、取組み内容を確認しています。			

(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)		5. 施設長は法令遵守に関する研修や勉強会に参加し、関係法令等の理解を深めています。各部門の現場責任者は、保健・医療・福祉関連法令、労働基準関係法令などの情報を常に収集し、事業運営に必要な関連法規をリスト化すると共に職員に配布・周知し、常に確認出来るようにしています。定例の法令遵守の研修や回覧、チャットワークなどで、必要な法令を職員に周知しています。 6. 管理者の役割と責任は事務分掌規程に明記され、円滑な組織運営をリードしています。管理者は部署長会議や全体会議などの重要な会議に参加して職員の意見を聞くとともに、各種書類を確認し、チャットワークなどでこまめに職員とコミュニケーションを取り、常時事業の進捗状況を把握しています。職員会議や面談の機会を利用して、定期的に現場職員の意見や提案を聞き、運営方針やマニュアル改定に反映させています。管理者を評価する仕組みとして、毎年の人事異動の希望調査やストレスチェックがあります。 7. 管理者は、事業の実施状況を随時確認できる場所で業務に従事しており、事業所を離れる場合には携帯電話等で、現場職員と連絡がつく体制ができています。事業の実施状況はPC等で管理し、随時状況を把握しています。事故や急変等の緊急事態が発生した際の連絡フローを明確にし、迅速に具体的な指示を出せる体制ができています。BCPIに基づいた研修や緊急時を想定したシミュレーションを実施し、有事の際にも組織として迷いなく行動できるよう職員の習熟を図っています。		

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)		8. 法人理念および運営方針に基づき、期待する職員像を明確にし、人材育成・人事評価・処遇改善を連動させた人事管理体制を構築しています。職員自らが将来を描くことができる仕組みとして、「きょうと福祉人材育成認証」事業所としてキャリアパス制度が整備されています。		
		9. 法人全体で、新卒及び第二新卒の採用や中途採用等随時入職の受け入れを行っています。また、職員の希望に沿った効果的な人事異動を行うことで、必要な人材の確保や人員体制の整備に努めています。効果的な人材確保のため、求人広告の配布やInstagram等SNSを積極的に活用し、事業所の情報発信に努めています。		
		10. 事業所の年間研修計画に基づく研修会※（毎月開催）と、中途採用者に対する入職時・入職後研修を実施しています。職員が希望する外部研修会には、オンデマンドの仕組みを利用して受講する仕組みができています。法人本部によるキャリアパス制度に応じた階層別研修や、新規採用職員に対する身体拘束研修、BCP研修を実施しています。資格取得のための助成制度や資格取得者の手当の見直しを行い、採用後のキャリアアップを支援しています。また、エルダー制度とアセッサー制度で職員の気づきや介護技術のキャリアアップを支援しています。OJTで職員個別の目標管理シートを使用し、研修目標の達成度を評価しています。		
		11. 実習受入れマニュアルが整備され、実習受入れに関する基本姿勢を明記しています。マニュアルには、事前説明やオリエンテーションの実施方法等を記載しています。介護福祉士や栄養士の学生実習を受入れており、各専門職の特性に合った実習プログラムを基に実習を行っています。実習受入担当者として、介護福祉士実習指導者講習会の修了者を配置しています。		

(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)		12. 職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは部署ごとに管理しており、残業が特定の職員に偏らないように調整しています。事務作業の役割分担を定期的に見直すなど仕事量のバランスに配慮しています。管理者は年2回の職員ヒアリングで、就業状況における悩み等を把握しています。育児休業・介護休業は就業規則に定められており、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮し、取得しやすい環境ができています。職員の負担軽減を図るため、腰痛ベルトの配布や移乗の際のスライディングボードの活用、機械浴（ミスト浴・特殊寝台浴）を導入しています。職務兼務制度を新たに導入し、各部署から応援に行ける体制を整えることで、交代制での5連続有給休暇が実現できています。 13. 職員のストレスチェックを毎年実施しており、結果に基づいて必要があれば産業医が指導を行う体制ができています。管理者は年2回ヒアリングを行ない、業務上の悩み等を把握するように努めています。また、毎年異動希望調査を実施し、直接法人本部に希望を伝える事ができる仕組みがあります。福利厚生制度として共済会に加入しています。業務外での職員の交流活動があり、ストレスを発散できる機会となっています。ハラスメントやメンタルヘルスの相談窓口を法人内に設置しています。休憩室は、休息しやすい環境が作られています。		

(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)		14. 法人及び事業所の事業計画に地域との関わり方についての方針を明文化し、事業所のイベント情報を掲載した広報紙を2か月に1度発行しています。またInstagramを通して、事業ごとの運営方針や事業内容を発信しています。地域ケア会議、地域包括支援センター主催の地域行事に参画し、地域作りのサポートを行っています。収集した地域のニーズはサービス提供に役立てています。また、施設の秋祭りでは女性会や民生委員と連携し、情報の収集や事業所の事業内容を伝えています。 15. ボランティア受入れに関する基本姿勢を基本方針に記載しており、利用者、事業所への理解を得るためにボランティアに必要な知識等を説明しています。ボランティア受入れ時には、外部からのボランティアと利用者と地域ボランティアが交流できる機会が設けられています。大学生や支援学校の職業体験、管理栄養士、介護福祉士、訪問看護師の実習生を受入れ、交流を図っています。 16. 施設が主催するお祭りで介護予防教室やバザーを開催しており、地域の女性会や民生委員の協力を得て、住民へ参加を呼びかけています。地域の中で認知症についての理解が深まるよう認知症サポーターキャラバンに参加しています。地域包括支援センターが主催するネットワークに入り、介護予防体操やこども向けイベントに協力し、地域のニーズの把握に努めています。		

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. ホームページやパンフレット、Instagramで事業所情報の提供を行っています。施設見学・体験の希望や利用申込み者及びケアマネジャーからの問い合わせに随時丁寧に対応しています。利用者・家族に分かりやすい情報が提供できるようにパンフレットやHPを更新し、より見やすい内容に改善しています。また、玄関先に契約書や重要事項説明書を掲示し、来所した人が自由に閲覧できるようにしています。			
(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. サービス開始前に契約書を交わし、重要事項説明書で料金等必要事項を説明をしています。介護保険以外の料金（食事代・喫茶代）等の実費負担の説明を行い、本人の判断能力に支障のある場合は代理人に説明し、契約を結んでいます。毎月、権利擁護に関する専門委員会で利用者の状況や適切な取り組みについて、協議・検討しています。			
(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)		19. アセスメントは、所定のアセスメント様式に利用者の心身状況や生活状況等を把握し記録しています。ケアマネジャーを中心に、介護士、看護師、栄養士、機能訓練士、相談員等と連携してアセスメントを実施しています。必要に応じて関係事業所と担当者会議を開催しています。利用者との「お話し会」「給食会議」でニーズの把握を行い、フロア会議、特養会議（リーダー以上が参加）で意見を集約し課題を明らかにしています。モニタリングを定期的実施しています。アセスメントは3か月に1回、また状態の変化に応じて適宜実施しています。 20. 自立支援に向け定期的に本人、家族の希望を聞き取り「施設サービス計画」を作成しています。「計画書」には利用者の率直な思いが目標として設定されており、家族に対しては相談員が面会時や電話で意向の聞き取りを行っています。ケアマネジャーが生活、食事に関する要望を利用者から聞き取っています。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。 21. 個別援助計画の策定にあたり医師、看護師、理学療法士、管理栄養士等からの意見や助言を事前に集約し、3か月毎にカンファレンスを開催し、ケアプランの評価を行っています。リハビリテーションやポジショニング、褥瘡予防等専門的な視点を入れた個別援助計画が作成されています。 22. サービス実施状況は管理者含め全員がチャットツールで情報共有しています。モニタリングを毎月実施し、見直しが必要な時はサービス担当者会議を開催しています。カンファレンスを毎月2回開催し、ケアマネジャー、医師・看護師・機能訓練士・管理栄養士・介護士・相談員等が参加しています。医師とは「主治医連絡票」で意見照会をしています。見直しによって変更した計画と内容はチャットツールで全職員が共有しています。			

(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)		23. 利用者の主治医をはじめ、関係機関との間で医療連携ツール（MCS）や電話、FAXを活用し、円滑な連携体制および支援体制の確保に取り組んでいます。利用者が入院した際には、入院時情報提供書を作成し、入院先医療機関との連携を図っています。協力医療機関は伏見区内に2か所あり、病院の地域連携室と生活相談員が適宜情報を共有しています。地域ケア会議への参加や医療機関、地域包括支援センター、行政との連携が取れています。 24. サービス移行が必要になった場合には、本人、家族、各事業所とのカンファレンスを行い情報の共有を図っています。在宅移行時にはサービス担当者会議に参加し、家族が不安を感じないよう情報提供を行っています。利用終了後も生活相談員が、相談窓口となっています。在宅復帰後も地域包括支援センターと居宅介護支援事業所が連携し、情報共有しています。特養から完全在宅復帰した実績があります。		

(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)		25. 業務の標準化のためのマニュアルは、図解を取り入れわかりやすく作成されています。自立支援を基本とし、事故防止、安全確保の観点を踏まえた内容になっています。マニュアルの更新、見直しは行われていますが、部署ごとにバラつきがあり、改訂履歴が確認できないものもありました。統一した記載方法を検討されることを提案します。 26. 利用者の施設生活全般を項目ごとに分け、文書記録と介護ソフトの両方を使ってサービス提供状況を記録しています。記録の保管、廃棄等個人情報保護に関する「規定マニュアル」があり、適切に管理しています。PCの閲覧権限を管理し、個人情報保護に配慮しています。また、個人情報の取扱いについては、職員の入職時に、利用者には重要事項説明書で説明を行っています。 27. 職員は常にPCで利用者情報を共有しています。利用者に変化があった場合、就業前後の送りやPCにより職員間で確実に共有化しています。ケアカンファレンスを3か月に1回開催し、フロア会議、特養会議（不参加者には議事録等で共有）で職員の意見を聞いています。タレ報告やサービス担当者会議の内容を情報共有ツールで共有しています。 28. コロナ禍以降、家族の面会を再開しており、現在は時間の制限もなく実施できています。利用者の心身状態の変化時は、相談員が対面で様子を伝え、今後の支援を共有しています。遠方の家族や訪問の時間がとれない家族には、SNSを使って近況報告をしています。定期的に開催するカンファレンスやサービス担当者会議には、家族の参加を呼び掛けています。季節毎に手紙を送付（利用者の写真を添付）しており、第三者評価のアンケートでは、家族から感謝のコメントがありました。		

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)		29. 感染症の対策及び予防に関するマニュアルを作成し、職員全員が感染症に対する知識を持ってサービスの提供を行っています。年4回内部研修と毎月感染症対策委員会を開催し、参加できなかった職員には議事録等で周知しています。定期的を実施する感染症シミュレーションでは、看護師を中心としてあらゆる視点で感染症対策の共有・実践指導教育を行っています。感染症ごとのマニュアルを各フロアに配備し、常に職員が閲覧できることで共通認識を持てるようにしています。研修では、嘔吐処理等の具体的対応を学び、感染症拡大に繋がらないよう対策を講じています。 30. 事務所内の書類や備品は整理整頓されています。物品は、使用後の整理整頓を毎日行い、必要な物がすぐに取り出せるよう管理しています。フロア、トイレの清掃は、外部委託しており、清掃チェック表で管理しています。週1回、職員が居室の清掃や車いすなど利用者が使用している物品の清掃、メンテナンスを行っています。事業所内には空気清浄機とオゾン脱臭装置を設置し、換気は30分ごとに行っています。汚物処理は二重袋にして、利用者や外部の人の目に触れないよう工夫しています。訪問調査時において、明るく清潔な環境が維持されていました。		

(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)		31. 事故や緊急時における対応マニュアルが作成されています。年1回内容の見直しを行い、緊急連絡網等抜粋したマニュアルの重要部分をフロア内に掲示し、緊急発生時にすぐに対応できるようにしています。年2回の消防訓練、年1回の心肺蘇生AED訓練を消防署の指導で実施しています。 32. 事故発生後は適切に対応した上で、本人や利用者、家族、各関係機関に報告、説明を行っています。事故の内容は、法人統一の事故報告書に記載し、各部署に回覧しています。また、緊急受診を伴う事故が発生した場合は、京都市指定様式の「行政提出用事故報告書」を作成し、最終的対応までの記録を行政に報告しています。ヒヤリハットと事故の集計を行い、毎月開催する事故発生防止委員会で報告し、対策を協議しています。また、毎月のリスクマネジメント委員会で対策後の経過をモニタリングしています。 33. 災害発生時対応マニュアル・組織図を各フロアに配備し、いつでも閲覧できるようにしています。毎月、事故発生防止委員会を開催し、その内容を各フロアの職員に周知しています。大規模災害発生時における地域協定を地元自主防災会と締結し、施設を福祉避難所として登録しています。利用者及び職員の安否確認は、情報共有ツールを使用して行っています。食料や備品類等は備蓄倉庫で保管し、管理栄養士が管理しています。 34. 感染症および自然災害発生時においても必要な介護サービスを継続的に提供できるよう、業務継続計画（BCP）を策定しています。全職員の動きも細かく記載され、デイサービス事業とも連携しています。二次災害や経時的な状況変化に対応できるように、最大72時間の変化を想定して策定されています。サービスを継続提供するための具体的対策として、自家発電装置を購入しています。自然災害・感染症まん延が発生した際に対応できるようBCP訓練・感染症まん延シミュレーションを年2回実施しています。		

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)	35. 施設全体方針に「法人理念の認識と実践」を掲げ、「接遇、言葉遣い、職場マナー」について、管理職が現場で直接指導を行っています。利用者の認知能力の評価は、居室担当者を置いて、継続的に利用者の状態を把握して行っています。利用者の人権や自尊心を尊重したサービス提供については、フロア会議で日常業務を振り返り検討しています。利用者の「したい」を実現する取り組みとして、第三者評価で実施した利用者アンケートには、「本人の好みや気持ちに配慮してもらっている」「本人がいままで大切にしてきたことを最大限尊重してもらっている」との家族の記載がありました。組織での勉強会・研修は、内部研修計画に従って実施しています。 36. 虐待防止および身体拘束禁止を権利擁護の基本姿勢として、規程・マニュアルを整備し、虐待防止委員会や身体拘束に関する委員会を毎月開催しています。権利擁護等に関する研修を毎年行い、職員間で共通理解を図っています。全部署の職員をメンバーとする虐待防止委員会において、事例検討を通じて不適切ケアの予防と見直しを行っています。 37. プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供について、規程・マニュアルを整備し、独自のテキストを用いた研修を毎年実施しています。新規職員研修やエルダーによる指導を通じて、具体的な介護場面での配慮を職員に意識付けています。特に入浴や排泄等羞恥心への配慮が必要な場面については、職員間で対応方法を共有し、個人任せにならないよう工夫しています。具体的取組として、排泄にかかわる声掛けの言葉に配慮するよう、独自のテキストを用いた研修を実施しています。 38. サービス利用者の決定については、第三者委員を含む「入所検討会」を毎月開催し、公平・公正な視点で協議・判断しています。入所にあたって特定の受け入れ不可条件は設けておらず、利用者の状況や支援内容を総合的に検討し、利用申込を受け入れられない場合には、その理由や待機状況等を申込者やケアマネジャーに説明するとともに、希望に応じて法人内他施設のほか、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、医療機関（もの忘れクリニック等）の紹介を行っています。				

(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	A
(評価機関コメント)		39. 満足度調査の実施だけでなく、事業所独自の苦情受付窓口や担当者以外の職員への相談、匿名での意見提出など意向を引き出す取組みが複数あり、利用者が自由に選択できることを説明しています。また、毎月の給食会やお話会でも聞き取りを行っています。参加が難しい利用者については、居室担当者が表情や生活状況を踏まえて意向を汲み取るよう努めています。		
		40. 苦情対応マニュアルを整備し、苦情対応窓口を設置しています。苦情対応の行政報告のマニュアルもあります。利用者、家族には契約時に苦情対応の仕組みを説明しています。苦情や要望を受けた際は、速やかに管理者に報告し、迅速に対応しています。利用者の意向は情報共有ツールで共有し、フロア会議で検討、対応を行っています。利用者からの意見等に対する対応・改善内容は、季刊誌やホームページで公表しています。		
		41. 重要事項説明書に、事業所外の第三者委員の連絡先を記載するとともに、利用者がいつでも確認できるよう、連絡袋やファイルに綴じて配布しています。各フロアに苦情対応窓口を掲示し、入所時にも全家+族に説明を行っています。また、月に1度、苦情解決委員会を開催し改善策の検討を行っています。傾聴ボランティア等の外部人材の受け入れをコロナ禍以前は行っており、現在再開に向けて調整しています。		

(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	A
(評価機関コメント)		42. 毎年、利用者満足度調査を実施しています。質問内容は、社会情勢や施設の取り組み内容に併せて変更しており、今年度はSNS（InstagramやLINE）を活用する機会が増えているため、家族にとって情報収集を行う上で、SNSの利用が円滑にできているかを把握するための項目を追加しています。集約した意見は、権利擁護委員会で職員と共有し、改善できることから対応しています。現在は、対応結果を施設内だけでなく家族に配布する「じょうなんナビ」にも掲載し、面会に来られない家族にも公表できています。		
		43. サービスの質の向上に係る検討は、全職種の職員が参画する業務改善委員会で毎月行っています。検討内容（例：車椅子の清掃、配薬管理の効率化、利用者ごとの食事のラベル貼り等）は各部署にフィードバックされ、改善された内容はチャットワークで全職員に共有されています。他事業所の情報は、部署会議等でケアマネジャーやデイサービスの他事業所との交流報告から、収集しています。		
		44. 毎年、業務適正化委員と業務監査員による内部監査を実施しています。部署ごとに第三者評価項目とも対比しながら監査結果の分析・検討を行い、事業計画を四半期ごとに見直しています。第三者評価を3年ごとに受診しています。		