

# アドバイス・レポート

令和 4 年 12 月 14 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和 4 年 9 月 16 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（特別養護老人ホームわらく）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><b>1. 常に利用者の思いに寄り添った支援を心がけ、利用者の生活の質の向上に取り組んでいます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦施設は運営方針の第一に「その人らしい生活の実現」を掲げており、利用者主体をモットーに運営されています。</li> <li>◦毎年、満足度調査を利用者、家族を対象に実施しており、利用者の情報の把握に努めています。調査によって得られたニーズをもとに、外出、外泊支援を試みるなど、万全の体制を取って、利用者の要望をかなえる努力をしています。</li> <li>◦コロナ禍にあっても、利用者の「家に帰りたい」という願いをかなえるよう、定期的に、一時帰宅の実現に取り組んでいます。たとえ短時間であっても、家族と会うことで、利用者は、家族とのつながりを実感でき、生きる意欲につながっています。</li> <li>◦利用者は、施設内菜園で野菜を育てることができ、自ら収穫した野菜を、料理をされる方もいます。そうした活動を通して、利用者は、自らの持っている能力を生かすことができ、また、利用者同士の交流にもつながります。施設の運営方針にある「自立支援」「生活リハビリ」にも役立っています。</li> <li>◦毎週、法人母体の病院から理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、交代で施設を訪問し、利用者一人一人の個別リハビリ計画をもとに、日常生活動作の維持・向上に、取り組んでいます。利用者が寝たきりにならないよう、また、残された能力を最大限生かすことができるように努めています。</li> </ul> <p><b>2. 地域との交流、地域への貢献に努めています。</b></p> <p>和束町唯一の老人福祉施設として、以下のような、大きな役割を發揮しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦和束町は、お茶(宇治茶)の一大産地であり、繁忙期には、介護に欠ける家庭が生じるので、在宅の要介護高齢者を、1か月単位での「ミドルステイ」で短期入所としての受け入れをしています。まさに、地域に根差した施設(社会資源)としての役割を果たしています。</li> </ul>
-----------------------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦和東町内に17か所ある「地域ふれあいサロン」へ、ケアマネジャーを中心に職員が交代で出向き、「出張レクリエーション」を行うなど、地域との交流と地域住民の健康維持に、積極的に取り組んでいます。</li> <li>◦和東町から委託された事業として「いきいき元気塾」を、毎週開催し、フレイル対策など地域住民の介護予防、認知症予防に取り組んでいます。</li> <li>◦一般住民向けの認知症サポーター養成講座だけでなく、小・中学生向けにも、同講座を開催して、認知症への正しい理解を、地域に広げる活動に取り組んでいます。</li> <li>◦今年度から広報委員会を立ち上げ、施設の情報(利用者の生き生きと生活する姿など)を、広報誌(季刊)で発信しています。地域への情報発信によって、ますます、地域住民に親しまれる施設となり、透明性を高めています。</li> </ul> <p><b>3. 看取り介護の更なる充実に取り組んでいます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦看取り介護については、以前から重点的に取り組んでおられますが、満足度調査から得た利用者・家族の要望をもとに「看取り冊子」を作成。看取りをされる家族へ参考資料として提供し、随時、丁寧に看取りの状態を説明するなど、家族への配慮・支援を行っています。</li> <li>◦ターミナル委員会は「偲ぶ会」を主宰し、遺族も参加し、看取り対応について振り返りを行い、今後のケアに活かすと同時に「グリーンケア」の実現に取り組んでいます。</li> </ul>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>1. 確実な引継ぎ(申し送り)方法の検討が求められます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦施設にとって利用者情報の伝達(申し送り)は重要です。特に利用者情報の職員間の引継ぎには「確実性」が求められます。現在、ユニットによって引継ぎ方法に違いがありますが、「ホワイトボード」を利用した引継ぎが行われているユニットもあります。試行錯誤の結果考えられた方法とのことで、効率においては評価されますが、伝達の確実性において一工夫必要です。</li> </ul> <p><b>2. 個人情報の扱いについて改善が求められます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦個人情報保護についての研修は行われていますが、施設の現場において、掲示物での掲載方法、PCの取扱いなどにおいて、個人情報の扱い方に改善が求められます。</li> </ul> <p><b>3. 情報公開について更なる検討が求められます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◦利用者の意見・要望・苦情については、現在、施設に掲示されていますが、公開としては十分とは言えません。事業運営の透明性を担保するためには、地域に向けた、よりオープンな公開の方法が求められます。</li> </ul>

具体的なアドバイス

### 1. 確実な引継ぎ(申し送り)方法の検討について

◦5つのユニットによって申し送り方法は異なりますが、あるユニットでは、ホワイトボードに引継ぎ(申し送り)事項を書き込み、変化があれば追記・修正するという方法を取っています。職員は、その情報をタブレットで写真に撮り、活用しています。タブレットを活用し、スピーディに対応するという点では、効率的な方法です。しかし、確実に情報が引き継がれたかどうかを確認することは出来ていません。

◦現在施設では、災害時の情報共有のためにラインワークス(業務用ライン)を活用していますが、引継ぎ方法としても活用しては如何でしょうか。ラインワークスには、既読、未読が分かるようになっており、確実に申し送りができたかを確認することができます。また、タブレットで撮った写真を共有する事も出来ます。さらにホワイトボードを使わなくても、ラインワークスで情報伝達が、十分にできると思います。5つのすべてのユニットでの導入を、是非ともご検討ください。

### 2. 個人情報の扱いについて

◦ユニット内の掲示板(ホワイトボード)に利用者の名前とともに、個人情報が記載されていました。職員しか見ないところとは言え、誰にでも見えるところに、個人情報が書かれている状態は好ましくありません。もし書かれるとすれば、意識的にしか見れないような位置や掲示方法を検討してください。

◦個人情報保護と情報共有の両立は難しいものです。したがって、すでにご提案したラインワークス等の仕組みで個人情報を扱われた方が、より無難かと思われれます。

### 3. 情報公開について

◦現在施設では、施設内に、利用者・家族の意見・要望・苦情等の情報を掲示されており、来園者は閲覧できます。しかし、地域に開かれた施設としてはよりオープンな情報公開が求められます。

◦一つは、現在発行している機関誌に掲載する方法です。意見・要望・苦情については、個人情報に配慮しつつ掲載してみたいかでしょうか。また、ヒヤリハットや事故についても、開示することをご提案します。

◦また、より広く公開するためには、ホームページで公開することも必要です。施設の情報を周辺地域だけでなく、より広く発信することで、施設の透明性の向上につながると思います。

◦施設のプラスの情報だけでなく、負の情報も開示することで、施設への信頼をより高められると思います。

※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。

《その他所感》

今回の調査時に良いお話を伺いました。認知症サポーター講座を受講した小学生が中学生になって同じ講座を再度受け、高校生になり施設でアルバイトをし、大学生になって施設で働いているという事例でした。人材確保に苦勞している昨今ではありますが、地道な地域貢献活動が結実した素晴らしい事例だと感銘を受けました。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

# 評価結果対比シート

事業所番号	2671400352
事業所名	特別養護老人ホームわらく
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)	通所介護、居宅介護支援事業所、短期入 所生活介護
訪問調査実施日	令和4年11月2日
評価機関名	NPO法人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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 法人は理念及び運営方針を定めて施設内に掲示し、パンフレット・ホームページにも掲載しています。また朝礼や会議の冒頭で理念を唱和し職員への理念の浸透を図っています。運営方針にも掲げている「利用者主体、利用者のニーズに向き合うサービスの提供」を実現するための取組(帰宅支援、外出支援など)によって理念に基づいたサービスの実現を心がけています。利用者家族会「わらく家族の会」でも理念を唱和し周知を図っています。 2. 法人の意思決定方法は定款、職務分掌規程により明確に定められています。職員が参加するユニット会議、委員会で取り上げられた課題は毎月の責任者会議で検討され施設の事業運営に反映されています。責任者会議には理事長、施設長のほか各部署(各ユニット、各委員会)のリーダーが参加しています。理事会は年に3回以上開催されています。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	事業計画等の策定	3		組織として介護サービス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設定	4		各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 法人の中・長期事業計画は、達成期間も定められ、具体的な内容になっています。施設の単年度事業計画は、中・長期計画に基づき、各部署、ユニット、各委員会が、現場の課題をもとに、年度目標を設定して立案しています。顧客満足度調査から得られた利用者のニーズも計画に反映されています。令和2年に、ISO9001を取得しており、ISOの品質管理に基づきサービスの質向上の取り組みが標準化されています。 4. 各部署(総務、介護、看護等)、5ユニット、各委員会(事故防止委員会、衛生委員会など12の委員会)において年間計画・目標を立て、それぞれの課題に取り組んでいます。ユニット会議、各委員会では、6ヶ月毎に、目標の振り返り評価を行っています。毎月開催される責任者会議でも、目標達成状況を把握し、必要に応じて、課題の修正を図っています。		

(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、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. 運営管理者である施設長は経営・運営に関する研修に参加しています。規則集は職員がいつでも閲覧できるよう各部署に常備しています。また関係する法令集はリスト化され多目的室に常設しており、職員が必要な法令をいつでも調べることができます。毎年法令順守の研修会を開催しています。</p> <p>6. 管理者の権限・責任は職務分掌規程で定められています。施設長は、責任者会議やリーダー会に出席し、法人の経営方針や施設の運営方針について、報告・説明を行い、意見を聞いています。また、各部署やユニット会議で出た意見は、リーダー会で検討され、責任者会議を経て、事業計画に反映される仕組みがあります。「責任者月報」という仕組みがあり、職員が上司に言いにくい事柄を直接理事長に申し入れることができ、上司の評価につながっています。</p> <p>7. 施設長は業務日誌で運営状況を把握しています。外出時は携帯電話により常時連絡が取れるようになっています。緊急事態が発生した場合は緊急時対応マニュアルに従い、施設長の指示を仰ぐことができる体制になっています。24時間対応にて各部署への連絡が可能となっています。</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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		質の高い人材の確保	8	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
		継続的な研修・OJTの実施	9	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
		実習生の受け入れ	10	実習生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. 施設は人材確保や人員体制についての基本計画を定めています。人員採用に関しては、有資格者を優先していますが、未経験者も意欲や人物重視で採用し、採用後の資格取得支援を行っています。また資格取得後には資格手当を支給しています。非常勤職員から正規職員への登用も行っており、人員体制の多角的整備を心がけています。京都福祉人材育成認証制度を取得しており、人材確保・育成に継続的に取り組んでいます。</p> <p>9. 研修委員会にて年間の研修計画を作成し、毎月施設内研修を実施しています。コロナ禍で外部研修に参加できないため、オンライン研修を導入し実施しています。各職員には研修委員会より外部研修の情報を提示し、受講を促しています。ユニット独自で月1回、事例を取り上げた研修会議を行い、個々の気付きを促す取り組みを行っています。</p> <p>10. 京都府福祉人材研修センターが行う「福祉業界ワンデイチャレンジ」の受入を積極的に実施しています。実習・インターンシップに関して、施設の立地条件から受入れが少ないですが、受け入れマニュアルの作成や、定期的な指導者研修の受講など、受け入れ態勢は確保しています。地域の中学生の職場体験、社協による社会福祉体験学習はコロナのため中止となっていますが、コロナ収束後は受入れを再開する予定です。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮	11	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	12	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、スタッフが充分にくつろげ、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	B
(評価機関コメント)		<p>11. 時間外労働や有給休暇については、総務課で管理を行っています。勤怠管理ソフトを導入し、毎月衛生委員会にて時間外労働、労働環境等の確認、対策を話し合っています。介助ベッドは全て電動になっており、利用者の状態に合わせて自動体位変換できる機器を使用しています。自立支援と介護負担の軽減を考慮し、移乗時のリフト導入やスライディングボードの使用、介助バーの取り付けなどを行っています。育児・介護休業等は就業規則に定められており、適正に取得できています。ユニット間で残業時間に差があり、課題となっています。業務の効率化を図るなど残業の削減と平準化を図ることが望まれます。</p> <p>12. 職員のストレスチェックは毎年行っており、結果は衛生委員会に報告されています。また医務主任、看護主任がメンタルヘルスの相談者になっています。毎年全職員を対象に所属長が個人面談を実施しており、職員の悩みも聞く機会にしています。休憩場所はスタッフルームの他各ユニットのサブリビングも活用していますが、将来的には専用の休憩場所を確保された方が良いと思います。宿直室は確保されていません。福利厚生制度は共済組合があります。各種ハラスメント規定は定められており、適切に対応し苦情を訴えたり相談ができる体制も整備されています。</p>		

(3) 地域との交流

地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>13. コロナ禍となり、ボランティアの援助や地域との交流が制限されたため、施設目標に地域貢献への取り組みを掲げて全部署が工夫して取り組んでいます。今年度から広報委員会を立ち上げ、広報紙(季刊)を発行し園での利用者のいきいきした生活などを発信しています。地域の情報は掲示板で利用者に案内しています。また地域の敬老会には利用者が参加できるように職員はサポートしています。</p> <p>14. 社協と協力して認知症サポーター養成講座を開催しています。小・中学生に向けても認知症講座を開催しています。町の委託を受けてフレイル予防、介護予防の体操や健康チェックの「いきいき元気塾」を老人福祉センターで開催し、町民の健康増進に貢献しています。また町内17か所の「ふれあいサロン」にはケアマネジャーを中心に職員が出向き、「出張レクリエーション」など施設が持つ機能を地域に還元しています。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	事業所情報等の提供	15	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)		15. 利用者等にはホームページや提供しているサービスが分かるパンフレット、料金表等を作成し情報提供をしています。また電話や事前予約のない訪問者に対しては「来訪者リスト」に記入し、目的（入所検討やデイサービス利用希望）に応じてサービス内容や提供時間等を説明をしています。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	内容・料金の明示と説明	16	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)		16. 利用契約時に重要事項説明書等を用いて説明し同意を得ています。保険外サービスについても別紙料金表にて説明しています。しかし入所時の説明だけでは不十分なため定期的に繰り返し説明することも必要です。2名の利用者が成年後見制度を活用しており、利用者の権利擁護のための仕組みがあります。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	アセスメントの実施	17	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	18	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	
	専門家等に対する意見照会	19	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・OT/PT・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	20	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>17. 所定のアセスメント様式を使用し、利用者の環境状況、課題やニーズを把握し、アセスメントを実施しています。状態の変化については、事前連絡や面会時などに家族と連携して状況を把握しています。6か月に1回の更新を行っており、利用者の心身の状況変化によっては適宜見直しが行われています。</p> <p>18. 個別援助計画の策定にあたり家族や本人の同意を得るため、可能な限りサービス担当者会議への出席を求め、それが難しい場合には電話で意向確認し事後承認を得ています。「家に帰りたい」という利用者の思いを叶えるため、嘱託医の意見を得て定期的に一時帰宅し、短時間でも孫やひ孫に囲まれて自宅で過ごせるようにするなど、利用者や家族の希望を尊重している姿勢が伺えます。</p> <p>19. 新規入居者には理学療法士が日常生活動作の評価を行い、個別の生活リハビリをケアプランに入れるなど、専門家の意見を聞いています。嘱託医は毎週往診し、系列病院の作業療法士・理学療法士・言語聴覚士はそれぞれが月に1回ずつ訪問しており、日頃から専門職に意見を聞くことができています。その結果を反映して個別援助計画を策定し、自立支援に繋げています。個別機能訓練計画書には、本人又は家族のサインを得ています。</p> <p>20. ユニットリーダー、看護師、管理栄養士、介護支援専門員などが出席するユニットカンファレンスが3か月に1回開催されています。また、状態に変化のあった場合や食事の変更が必要な場合、ターミナルのときなどはその都度個別にカンファレンスを開催し、見直しを行っています。</p>			



(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	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
(評価機関コメント)		21. 施設の嘱託医が入居者全員の主治医となっており、週1回来所して看護師と巡回診察しています。ユニットでは職員から利用者の状況変化等を聞いてから回診を実施しています。5ユニットの回診終了後に、内服などの変更があれば看護師に指示をして介護職員に伝えています。入院先は地域の基幹病院である山城総合医療センターが多いが、その都度救急隊による判断となっています。退院前には病院での退院前カンファレンスを依頼し、家族をはじめ、病院スタッフとわらくスタッフが参加して、ケアの方針を話し合っています。		

(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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	23	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	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	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>22. 介護業務マニュアルや手順書は職員が使いやすく、共通理解が得られるように作成され、ユニットごとに設置されています。年度末にマニュアル等の確認、見直しをしています。課題や是正項目が発生した際は、必要時に各部署にて改訂、見直しをしています。提供しているサービスが業務マニュアル、手引書等に基づいて実施されているかを事故防止委員会、感染予防委員会等の委員会において定期的に点検しています。</p> <p>23. 利用者一人ひとりの記録はパソコンで共有し、ケース記録・モニタリング評価表、ケアプランなどは個別のファイルに綴じられ、鍵付きロッカーに保管されています。利用者の状態は経過記録において具体的に記載されています。文書管理規定は定められており、個人情報保護や情報開示に関する研修は実施されています。</p> <p>24. サービス計画の内容や個人記録は、パソコンと個人ファイルで管理されており、職員間で共有されています。また、定期的にユニットミーティングが行われ、職員間の意見を確認・集約しています。あるユニットでは申し送り、引継ぎ方法としてホワイトボードに利用者の引継ぎ事項を記載し、そのホワイトボードを撮影しタブレットに保存する方法が取られていました。業務の効率化としては評価できますが、確実な引継ぎ方法としてはもうひと工夫必要ではと感じました。</p> <p>25. カンファレンスや面会時、季刊紙などを通してユニット内での日常生活の様子を伝えています。また、玄関前の掲示版の裏側に利用者の写真が個人情報に配慮した形で掲示され、ユニットに入れない時期でも家族等に状況を伝える機会を確保されました。さらにコロナ禍でも「わらく家族の会」が年2回開催され、利用者の状況を伝えています。</p>		

(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	26	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	27	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>26. 感染予防マニュアルが作成され、研修会及び食中毒・インフルエンザ流行期の勉強会や感染予防委員会からの注意喚起がされています。また、更衣室には手洗い方法が掲示され、全職員が検温や手洗い実施の有無を記録する用紙が配置されていました。二次感染やクラスター発生対策として、陰圧装置設置部屋が10床あり、その部屋を活用しています。</p> <p>27. 施設内は臭気がなく衛生的な環境となっています。清掃業者が毎日清掃し実施状況は記録され、職員による確認も行われています。居室内も清掃業者により清掃されています。また、衛生委員会では定期的に施設点検を実施し臭気チェックを行っています。</p>		

(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	28	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	29	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	30	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
(評価機関コメント)		<p>28. 事故や緊急時の対応マニュアルが整備され、緊急時通報判断表や緊急連絡網、指揮命令系統表も準備し、活用されています。消防防災計画を作成し、年3回の消防訓練（防災を含む）を実施しています。また、転倒・転落・窒息時の対応といった事故防止の施設内研修を行っています。</p> <p>29. 事故が発生した場合、適切に対応した上で、本人、家族や関係者に説明しています。事故等報告書が作成され、組織としての対応経過まで記録されています。骨折等による治療が必要な事故等が発生した際には、市町村に報告し、保険者、保健所には事故報告書を提出しています。ヒヤリハットの提出を促し気付きを増やし、インシデント・アクシデント報告書を記録しています。事故防止委員会にて原因の分析を行い、事故の再発防止に活用しています。毎月の責任者会議にて事故についての対策を検証しています。</p> <p>30. 災害発生時のマニュアルとして防災計画が作成され、定期的に改訂しています。年2回、役場と消防訓練を実施し、土砂崩れへの垂直移動訓練も行っています。緊急連絡網として各部署責任者には「LINEワークス」を整備し、緊急時には施設長から一斉発信することになっています。また、災害発生時の福祉避難所にも指定されており、ガイドラインに基づき備蓄一覧を作成し食料・飲料水・資材等の保存をしています。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	人権等の尊重	31	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	
	プライバシー等の保護	32	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	33	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>31. 法人の運営方針に、利用者本位のサービス提供についての5項目が詳しく示されており、人権や接遇に関する研修を定期的実施しています。虐待防止等の観点から身体拘束廃止指針に基づいて委員会を設置し、身体拘束廃止に向けた研修会や勉強会を行っています。特に高齢者虐待防止については、研修の参加と朝礼での伝達等でも周知し、意識の向上を図っています。</p> <p>32. 利用者のプライバシー保護や羞恥心への配慮については、接遇勉強会やウェブ研修を実施されていました。入浴・排泄介助マニュアルは全ての職員が半年に1回以上、再読するように指導されていました。浴室出入り口に衝立を立てるなどの配慮も必要かと感じました。</p> <p>33. 利用者の決定は、施設長・医務室主任・ケアマネジャー及び和束町・笠置町・南山城村各福祉課の職員が月に一度集まり、入所判定委員会を開催。原則、申し込み順ではありますが、様々な事情を多角的に検討し、入所順位を決定しています。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	意見・要望・苦情の受付	34	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ている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	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>34. 毎年「満足度調査」を実施し、結果を家族に郵送、施設玄関にも掲示しています。また「皆様の声」ボックスを1階・2階に設置し、意見・要望・苦情を引き出せるようにし、投函された内容は施設内で共有すると共に掲示板にも貼りだしています。コロナ禍でも、普段から利用者・家族へ積極的に声掛けを行い、相談しやすい関係作りに取り組んでいます。接遇の勉強会にて苦情対応について勉強する機会を設けています。</p> <p>35. 利用者の意見・要望・苦情については苦情処理マニュアルで対処方法を定めています。満足度調査の結果を基に、その要望に応える為の取り組みを各部署で検討し、リーダー会などで組織的に対応策を検討しています。意見・要望・苦情に対しては、連絡ノートに記載し、ケアスタッフ・相談員など多職種で共有し、施設内の掲示板にその内容を貼り出しています。今後さらに個人情報に配慮しながら地域への公開も検討ください。</p> <p>36. 第三者委員会を設立し委員の氏名・連絡先を事業所内に掲示すると共に、機関誌やホームページ等に掲載し周知しています。重要事項説明書に第三者委員、その他苦情受付の窓口としての公的機関(国民健康保険団体連合会や役場の介護保険担当課等)の所在地、電話番号等を記載しています。受け付けた苦情については苦情マニュアルに従って迅速に対応しています。</p>			

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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	39	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)		<p>37. 年に一度利用者満足度調査を実施しています。調査の結果はリーダー会で分析・評価し、対応策を検討した上で責任者会議に報告されています。責任者会議で討議された改善策は次年度の計画に反映され、サービスの質の向上に役立てています。また調査後の改善状況については、責任者会議において確認・再評価しています。</p> <p>38. 各種委員会(運営委員会・衛生委員会・身体拘束委員会など)が毎月開催され、サービスの質の向上について検討しています。また毎月のリーダー会・責任者会議ではそれぞれの委員会で検討された内容について評価・指導しています。山城南ブロック地区の介護サービス事業者で構成する代表者会議や栄養士部会・看護師部会、また関連法人の責任者会議等にも参加し、他施設との情報交換も行っています。</p> <p>39. 定期的に各委員会、部署ごとの自己評価と顧客満足度調査結果及び内部監査結果を基に、マネジメントレビューを作成して責任者会議及び理事長に報告しています。その報告内容に基づいて次年度の計画が立案される仕組みがあります。毎年ISO9001認証を受審しPDCAサイクルの実施に恒常的に取り組んでいます。3年に一度第三者評価を受診しています。</p>		