

2021

通番 2021-0127 号

京都介護・福祉サービス

# 第三者評価認定証

法人名 社会福祉法人 和光会

事業所名 特別養護老人ホーム 梅林園

評価機関名 きょうと介護保険にかかわる会

貴事業所は、介護・福祉サービスの質の向上を積極的に図るため、本支援機構が定める評価項目に基づく第三者評価を受け、その結果を公表したことを証します

令和4年 7月 20日

京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構

会 長 櫛 田



様式 7

# ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

2022 年 4 月 27 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 3 年 9 月 30 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梅林園様）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<br/>(※)</p> | <p><b>1. 利用者と家族の繋がりを大切に考えている事業所です</b></p> <p>○コロナ禍においては、家族との面会や他者の入室を中断している事業所が多い中、面会、通話、LINE、ブログなど工夫しながら利用者と家族とのつながりを図り、特に、面会の機会をできる限り設けて、利用者、家族の両方から喜ばれています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設と家族の自宅をオンラインでつなぎ、対話を図っています。</li> <li>・車いすやベッド上のまま施設玄関に移動し、ガラス越しの面会が出来るようにしています。</li> <li>・施設内でタブレットを用いて面会をしています。</li> </ul> <p>いずれにおいても、家族には利用者の現状をそのまま伝えることを心掛けてしていると伺いました。</p> <p>○コロナが猛威を振るう中、当初は面会を中断していた時期もあったそうですが、何とかして利用者と家族の面会ができないかという職員の強い要望もあり、直接の接触を避けつつ面会を行っています。</p> <p><b>2. 働きやすい職場環境です</b></p> <p>○施設内に託児所があり、子育て世代の職員にとって大変働き続けやすい職場環境があります。また、入居者にとっても、子供と接する機会があることで笑顔が増え昔を思い出す機会となっています。</p> <p>○男性職員が育児休業を取得しやすい風土づくりにも取り組まれています。</p> <p>○1年間に内部・外部研修（オンライン研修や ZOOM 研修も含む）合わせて 180 回ある研修に、それぞれの職種職員（約 120 名）が参加しています。研修に参加する際は、職員同士がカバーし合いながら参加しやすい状況を作っており、知識や技能を習得できる、働きやすい環境があります。</p> |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                    | <p><b>3. 次世代の育成に熱心に取り組まれています</b></p> <p>○理事長、施設長、部長は、次世代の人材を大事に育てたいという考えがあり、実際、経験の浅い職員や若い職員を見守り助けています。</p> <p>○職員の基本的なスキルである「報・連・相」の徹底を目標として掲げ、職員間の意思疎通と情報共有に取り組まれています。</p> <p>○新人研修、主任研修、部長研修等の階層別研修や職能研修があり、資格取得の支援もあります。昨年春に研修センターが新設され、今後は部署を独立させ職員がより学びやすい職場環境をつくると伺いました。そのことが更に職員のスキルアップやモチベーションの向上につながり、利用者や家族に喜ばれる施設になるのではと考えます。</p>                                                                                                                                                                                                     |
| 特に改善が望まれる点とその理由（※） | <p><b>1. 利用者の個別状況に応じた計画策定が必要です</b></p> <p>○利用者が施設で生活するにあたり、ケアマネジャー、生活相談員、介護職、医師、看護師、機能訓練士、栄養士等さまざまな職種が関り、ケアプラン作成後にも情報交換しながら利用者を支えています。しかし、現状では職種間の情報共有が不十分です。サービス担当者会議の持ち方を検討してください。</p> <p>○また、定期的なアセスメントやモニタリングが必要です。</p> <p><b>2. 利用者情報の一元化が望まれます</b></p> <p>○利用者情報は、それぞれの部署にファイルで保管しています。一人の利用者の記録は、関わる職務の数だけファイルがあります。直近の利用者情報が欲しい場合は、各部署に行って情報を収集していますが、ケアの質を高めるためにも、効率の良いシステムづくりが必要ではないでしょうか。</p> <p><b>3. ホームページの充実と改善が必要です</b></p> <p>○ホームページは、見た目もきれいで情報量もたくさんありますが、利用者、家族等が知りたい情報が不足しているように思われます。入居や見学を希望する際に必要な情報についても、検討してください。</p> |

## 具体的なアドバイス

## 1. 利用者の個別状況に応じた計画策定について

## (1) サービス担当者会議の持ち方について

○サービス担当者会議やケース会議が、随時行われていますが、利用者の状態変化に伴い、開催されていることが多いようです。まずは、入居時のケアプラン作成時に、全職種が一同に会して、サービス担当者会議を開催されてはいかがでしょうか。

○サービス担当者会議に、利用者、家族が参加できるよう工夫が必要です。利用者、家族が参加することで、利用者や家族の生の思いや意見が、その場で伝わり、全体像を把握したケアプラン作成ができます。本人・家族の信頼度も高まり、全職種が、ケアプランに沿った利用者支援を行えると考えます。

## (2) アセスメントやモニタリングについて

○各職種が定期的にモニタリングすることが必要です。実際には、状態変化の少ない利用者について現状把握は行っているものの、モニタリングができていませんでした。モニタリングチェック表等を用いて、利用者の状態変化時のみではなく、常態的に行うことが望まれます。

○定期的にあセスメントを行うことで、利用者の現状に即したケアプランの作成につながると考えます。

○各職種から聴取した利用者情報は、記録に残すことが必要です。

## 2. 利用者情報の一元化について

○利用者情報の管理は、紙ベースで行っているとのことでした。また、かわる職種の分だけケース記録があり、多くは利用者一人につき5、6冊の記録が分かれて存在します。ケアマネジャーがケアプラン作成時や更新時に、各担当者からそれぞれの情報を確認していますが、多職種の支援記録を、関係職員が、一元的に確認できるシステムの構築が必要と考えます。そのことにより、サービスの質の向上と業務の効率化につながるのではないのでしょうか。

○また、多職種間の連携もスムーズにいくと思います。中・長期的事業計画として、パソコンを活用した利用者情報の一元化を考えてみてください。

## 3. ホームページの充実と改善について

○ホームページは、今や高齢者もスマホやタブレットなどで、気軽に見ることができるため、とても身近なツールの1つです。

○利用者、家族が特別養護老人ホーム「梅林園」と検索した場合、知りたい情報が分かりやすく掲載され、安心して信頼できる施設の説明内容となっているか、職員間で話し合われてはいかがでしょうか。

○トップページに見出しや項目を設け、必要な情報（事業所の理念や運営方

針、事業計画と施設の設備、利用料金、アクセス方法等）がすぐに取り出せるよう、利用者・家族・学生や求職者・その他関係者などの読み手を考えた工夫が必要と考えます。

#### 最後に

経験のある職員が、若い職員や経験年数の浅い職員を育てようとしている様子がひしひしと伝わりました。今後は、よいと思われる活動や行動は継承され、改善が必要なところは若い世代の意見も参考に皆さんで取り組まれることを期待いたします。

※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。

(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                    | 2672800071                  |
| 事業所名                     | 社会福祉法人 和光会<br>特別養護老人ホーム 梅林園 |
| 受診メインサービス<br>(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<br>(複数記入可) | 地域密着型通所介護サービス               |
| 訪問調査実施日                  | 令和 4年 3月 30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 |
| 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志決定を行い、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. 理念は、事業所入口や各棟フロア等に掲示し、ホームページやパンフレットにも掲載しています。毎年4月の新人研修時と中途採用者にはその都度に、施設長から理念の説明をしています。朝礼時に理念の唱和を行い、職員に浸透するよう取り組んでいます。運営の基本方針は、文書で職員全員に配布し周知しています。利用者・家族には契約時に理念等の説明を行い、行事の際にも伝えています。<br><br>2. 案件別の意志決定方法は、職務権限規程に記載され適切に運用されています。評議員会年2回、理事会年3回が開催され、事業所の運営等に関する事項を決定しています。各種委員会で職員の意見交換が行われ、部課長会議等（施設長が参加）でその内容が報告され、施設長会議等を経て、職員の意見が事業所運営に反映されています。職員ヒアリングでも「職員の意見が言いやすい環境である」と伺いました。 |      |      |       |
| (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. 事業所の事業計画は、法人の中・長期計画をもとに作成されています。事業計画の進捗状況は、各棟のリーダーが毎月確認を行い、部課長会議で報告・検討しており、職員の意向が反映される仕組みがあります。必要時は修正も行っています。また、各棟ごとに事業計画の達成に向けて具体的な「目標」を設定して取り組んでいます。<br><br>4. 全部署統一の月間目標「接遇向上」「誤薬防止」「虐待防止」「暴言防止」等の内容を設定し、サービス向上に取り組んでいます。進捗状況は、部署ごとの「管理点検表」でチェックし振り返りをしています。                                                                                                                         |      |      |       |

### (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、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、法令遵守に関する研修会等に参加し、受講内容を部課長会議で伝達して、部署ごとに職員に周知しています。必要な法令等の情報資料は、職員がすぐに確認できるよう最新のものが事務所に配置されています。コンプライアンス委員会（理事長、園長、部課長が参加）が設置され、業務執行において法令違反になっている事項がないかどうかを適宜、確認しています。</p> <p>6. 運営規程や職務分掌表に管理者の役割を明記しています。施設長は、各種委員会・部課長会議へ参画して職員の意見を聞き、また、意見を述べています。毎年、職員に「快適職場業務改善調査」を行い、管理者に対する職員からの信頼度を把握し、自己の振り返りとしています。職員の意見等を投かんする「職員ポスト」を設置し、定期的に投書内容を確認して、全体に周知し、部課長会で協議・検討して必要時は改善につなげています。</p> <p>7. 施設長は、事務所で、事業の実施状況を確認できる状態で執務しており、業務日誌でも確認しています。事業所を離れる場合や休日には、携帯電話やメール等で連絡できる体制になっています。職員は、事故等の緊急事態発生時には、緊急対応マニュアルに従い行動しています。最近の緊急事態事例は、ほとんどがコロナ関係でした。</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

|               |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |   |   |
|---------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 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. 職員の採用、人事体制に関する基本的な考え方や方針は、法人総務部で管理しています。派遣職員から正規職員に採用となるケースも多く、採用後の資格取得手当や研修費用の助成をしています。無資格求職者の採用も行い、入職後資格取得の支援をしています。経験年数の長い職員が多く、今後、職員の高齢化対応が課題と考えています。</p> <p>9. 職員に対する研修計画が、職務や経験、職階に応じて体系的に定められ、法人内に「研修センター」を設立して積極的に人材育成に取り組んでいます。定められた研修計画に基づき、年間の個別研修計画が作成されており、新人研修・主任研修・係長研修・全体研修等、職務や職責に合った研修を行っています。更に、外部研修情報も積極的に入手して職員に受講を促すとともに、参加後は、報告書をもとにして伝達研修を行い、職員の「気づき」や互いに学びあう機会としています。内部研修と外部研修の両輪で教育の充実を図っています。</p> <p>10. 実習生受け入れに関するマニュアルが整備され、近隣の府立支援学校から毎年職業教育の実習生を受け入れています。実習指導者研修にも参加しており、介護部部長が実習指導を行っています。コロナが終息すれば、介護実習や教育実習等も受け入れる予定です。</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、スタッフが充分に休むことができ、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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | <p>11. 常勤職員の勤怠管理、就業状況は、法人の総務部で、管理・分析をしています。有給休暇は、できる限り希望に沿うよう管理者が調整し、取得率は7～8割です。育児・介護休業法が就業規則に定められ、現在育児休業中の職員が1名いますが、もうすぐ復帰予定です。職員の業務負担軽減のため、車いすやストレッチャー、機械浴等を必要に応じて使用しています。施設内に託児所を設けており、子育て中の職員が働き続けやすい環境です。</p> <p>12. 産業医が月1回施設を訪問して、職員のストレス解消やメンタルヘルス維持の相談に応じています。しかし、産業医の来所日時等が、全職員に周知できていませんでした。職員のための福利厚生制度があり、誕生日プレゼントや入職時の花束プレゼント等があります。就業規則の中に各種ハラスメント規定が整備され、法人内にコンプライアンス委員会も設置されています。職員の休憩場所はありませんが、各部署によって利用に格差があり、現在「休憩の方法について」検討中とのことです。</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。 | B | B |
| 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. ホームページで事業所概要の発信や、京都府の情報公表制度、第三者評価受診結果などを情報公開しています。広報紙「こもごも」を家族、地域の教育関係機関や居宅介護支援事業所等に配布し、施設の情報を開示しています。利用者は、近隣の小学校のマラソン大会の応援や運動会練習の見学に参加し、地域との交流の機会を大切にしています。しかし、コロナ禍ということもあり、活用できる社会資源や地域の情報を、掲示板等で利用者に提供することはできていませんでした。ホームページの情報は多々あるのですが、見出しや区分を工夫されると更に良くなると思います。</p> <p>14. 法人の在宅介護支援センターから地域の情報やニーズを収集し、事業所が有する機能を地域に還元しています。広報紙「こもごも」の紙上で「家族介護者教室」の案内を掲載して介護教室を実施（コロナによる緊急事態宣言発令中は中止）、理学療法士による「自宅でする体操」を紹介、フレイル予防や運動不足の解消に取り組んでいます。</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    | 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. 京都府の情報公表制度やホームページを活用して、事業所情報を提供しています。法人パンフレットの裏面に、新規入所の問い合わせについての説明があり、随時、施設見学に対応して、記録にも残しています。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |       |
| (2) 利用契約         |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |       |
|                  | 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. 介護サービスの利用開始にあたり、利用者と家族（判断能力に支障がある場合は、その正当な代理人）に、重要事項説明書等の資料で、サービス内容や料金、保険外サービス等について説明し、同意を得ています。既入居者にも、必要に応じて、成年後見制度などの活用を紹介し、現在10名ほど制度利用者がいます。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |      |       |
| (3) 個別状況に応じた計画策定 |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      |       |
|                  | アセスメントの実施    | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      | B    | B     |
|                  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |      | B    | B     |
|                  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      | B    | B     |
|                  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | B    | B     |
|                  | (評価機関コメント)   |     | 17. 施設独自のアセスメント様式を用いて、利用者、家族、医療関係者等から心身状況や生活状況を確認して、アセスメントを行っています。アセスメントは、介護保険の更新時、利用者の状態に変化があった時に行っていますが、利用者のニーズや課題を明らかにする方法が記録からは不十分に思いました。<br>18. 個別援助計画は、利用者・家族個々の希望等を確認し、アセスメントから目標を設定して策定します。入居直後は利用者の全体像は見えず、入居後、各専門職から情報を収集することが多くなっていますが、その内容の記録が十分ではありませんでした。サービス担当者会議は必要時に行っていますが、利用者本人・家族、主治医が参加しやすくするための工夫が必要です。<br>19. 個別援助計画は、主治医の意見書も参考にして作成しています。ケアマネジャーは、相談員、看護師、介護士、機能訓練士、栄養士等から情報収集して支援計画書を作成し、必要時はカンファレンスを開催していますが、各専門職間の情報共有が十分ではありませんでした。<br>20. 個別援助計画等の見直しは、利用者の状況に変化があった時、入退院時、介護保険更新時に行っています。利用者の状態が安定している場合、個別援助計画の見直しが先送りされている傾向にあるため、見直し基準（定期的に見直す時期）を明確にする必要があります。状態変化の少ない利用者について現状把握は行っているものの、適切なモニタリングができていませんでした。 |      |      |       |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      | B    | B     |
|                  | (評価機関コメント)   |     | 21. 週数回、主治医の往診があり、看護師や多職種との連携は図れ、他の事業所や関係機関との連絡等もスムーズに行えています。しかし、利用者の個別ファイルが、ケアマネジャー、相談員、看護師、栄養士、介護士、機能訓練士の6冊に分かれており、それぞれの部署で保管しています。施設内での情報共有に時間を要するため、今後、利用者情報の一元化について検討が必要です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |      |       |

# (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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | B | B |
| 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. 業務に必要なマニュアルが整備され、職員がいつでも見ることができるよう事務所内に配置されています。マニュアルの見直しを毎年定期的に行うとともに、感染症等については適宜見直しを行い、最新の情報を追記しています。変更箇所を赤字で示したり、各種会議等で周知しています。</p> <p>23. 利用者記録の保管等については、鍵付きのロッカーや書庫があり、保存・保管・持ち出し・廃棄規定も整備され遵守されています。入職時に個人情報保護についての研修を行い、全職員が誓約書を提出しています。毎年、個人情報保護の研修を全職員に実施しています。しかし、サービス提供結果や利用者状況の推移等について記録に不十分な点が見受けられ、改善の必要があると思われます。</p> <p>24. 利用者の状況変化等については、毎日、朝夕の申し送り会議で報告しています。職員に確実に周知する場合は、文書で回覧して情報共有を図っています。職員には、出勤時に連絡ノート、回覧板の確認を行うように周知徹底しています。利用者の支援について、ケアカンファレンスを必要に応じて実施していますが、定期的（3か月に1回は必要）にも開催するようにして下さい。利用者情報は、各部署ごとに記録は紙ベースで保管されていますが、それぞれの利用者情報を職種間で確実に共有はできていませんでした。</p> <p>25. 毎月発行の広報紙「こもごも」や施設ブログを通して利用者の日々の状況を、個人情報に配慮して家族等に伝えていきます。必要時は電話連絡もしています。誕生日月には、写真や手紙で利用者の様子を伝えていきます。コロナ禍においても、可能な範囲で家族との面会を実施し、利用者家族が面会に来た際は職員から家族に近況を伝えていきます。座位姿勢が不十分な利用者は、ベッドに寝たままでも玄関に移動し、ガラス越しで面会をしているケースや、タブレットを利用して面会するケース、オンラインで施設と自宅をつないで対話しているケース等、家族の状況に合わせた方法で行っており、利用者の日常をありのまま見てもらいたいという思いを持っておられました。</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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | B | A |
| (評価機関コメント) |    | <p>26. 新型コロナウイルス感染症対策として、毎日（第三者評価時）対策委員会を開催し、利用者一人ひとりの状況把握や職員及び家族の体調変化などの情報を確認し、注意喚起をしています。職員には、出勤時の検温と毎週1回PCR検査を行い、感染予防を徹底しています。感染レベルにおける対応方法については、クリアファイルにて示し、すぐに対応できるようにしています。ガウンテクニックや汚物・廃棄物処理の実地訓練を行い、2次感染予防をしています。</p> <p>27. 施設内や施設周辺の清掃は、職員が分担して行っています。トイレ・食堂・風呂は、掃除チェック表に記録して環境美化に努めています。事務所内の書類・備品等は、整理・整頓されています。施設内の臭気対策は、換気や消臭を徹底しています。</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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B | 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あり、指揮命令系統が揭示されています。年1回、消防署員の指導で、AEDの使用方法や心肺蘇生の実地訓練をしています。</p> <p>29. 事故が発生した場合は、適切に対応した上で本人や家族、関係者に説明し、必要時には保険者等に報告しています。事故報告書には、原因、対応の経過、家族への報告内容、今後の対応について記録しています。事故防止対策委員会で事故やヒヤリハットのデータ分析を行い再発防止に役立てるとともに、マニュアルの改訂や手順書の改定に繋がっています。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアルがあり、研修・訓練も行っています。今年度は、年4回（3、6、9、12月）、夜間・昼間・地震の避難訓練を実施し、記録もしています。また、非常用発電機の使用方法を訓練し、停電時にも、吸引機等の医療機器が使用できるように備えています。施設が地域の福祉避難所の指定を受け、食品、水、薬品等の備蓄を行うとともに、地域との連携を意識した利用者カードも準備しています。</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     | 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. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供は、理念や事業所運営方針に明記しています。人権、身体拘束禁止・高齢者虐待防止について、毎年研修を行い、徹底しています。人権に配慮したサービスの提供や援助方法について、身体拘束廃止委員会で対応方法を検討し、業務手順書などで、職員に周知しています。</p> <p>32. プライバシー保護や羞恥心への配慮は、毎年研修を行い、職員に周知しています。「風呂場のカーテンは閉める」「排泄介助等は、できるだけ速やかにする」等を心掛け、常に問題意識をもってサービスの提供を行っています。</p> <p>33. 新規の申し込みは、原則、全て受け入れています。入居を受けられない場合（中心静脈栄養等の特別な医療措置が必要なケース）は、理由を本人・家族・ケアマネジャーに丁寧に説明し、記録に残すようにしています。毎月1回、入園準備委員会を開催し、入居者判定を、公平公正に行っています。</p> |   |   |

## (2) 意見・要望・苦情への対応

|                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |   |
|-----------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 意見・要望・苦情の受付           | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | B | B |
| 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. 苦情等対応マニュアルがあり、適切に対応されていることが、記録からも確認できました。各棟に意見箱「ポスト」を設置し、利用者や家族の意見・要望・苦情を収集する仕組みがあります。利用者の個別相談面接や利用者懇談会は、実施できていませんでした。</p> <p>35. 意見・要望・苦情内容については、毎月の部課長会議等で報告・検討しており、結果や回答は、施設内のボードで公開し、氏名が記載されている場合は、本人・家族に検討した結果を、直接伝えています。施設内では公開できていましたが、外部にはできていないため、今後は個人情報に配慮した上で、広報紙「こもごも」やホームページでの公表を検討してください。より信頼される施設につながると考えます。</p> <p>36. 利用者からの、公的機関を通じての苦情に対しては、迅速に対応する仕組みがあります。重要事項説明書に、苦情受付窓口を記載し、契約時に説明を行っています。第三者相談窓口の氏名はありましたが、連絡方法の記載がありませんでした。今後はホームページや広報紙「こもごも」を通して周知することも、検討してください。コロナ禍で介護相談員の受入れは休止中ですが、終息すれば受け入れを再開する意向でした。</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っている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | B | B |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | B | B |
| (評価機関コメント)    |    | <p>37. 事業計画には「利用者満足度調査を行う」とありましたが、コロナ禍の影響もあり実施できていませんでした。栄養課の嗜好調査は、年に1回実施し、結果を部課長会議等で報告、検討し、職員には回覧で周知しています。</p> <p>38. サービスの質の向上について、部課長会議で、定期的に議題として話し合われています。山城北ブロックの施設長会議等で、他の事業所の取組みについて情報交換をおこない、部課長会議で報告の共有をしています。各職種の職員一人ひとりに周知したことが記録から確認できました。</p> <p>39. 年度目標の進捗状況の把握が年3回、所属部長以下全職員参加のもと、棟や部署ごとに行われ、課題と改善策、次期目標について話し合われています。コロナの影響で、直近においては、第三者評価を3年に1回、受診できていませんが、今後は、次世代の育成のためにも、定期的な受診を考えています。</p> |   |   |