

## アドバイス・レポート

平成28年4月21日

平成28年2月10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 長生園 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>(通番 12) ストレス管理</b><br/>メンタルヘルス委員会を組織し、業務環境整備の取り組みが行われ、産業医や精神科医に相談できる体制が整備されています。ハラスメントに関する規定やストレスチェック規定が整備されています。福利厚生として、年2回の職員親睦会費用や成人病検診費用等の補助制度等が整備されています。職員専用食堂や休憩室、喫煙ルーム等、職員がリラックスできる環境も整備されていました。</p> <p><b>(通番 21) 多職種協働</b><br/>行政や関係機関が開催する会議等に参加し、連携を図っています。生活相談員や看護職員を中心に、協力医療機関の地域連携室と連携しています。利用者の入退院時に診療情報提供書や看護サマリーで情報提供し合っています。主治医、看護職員、生活相談員、介護職員等が協力して、施設での看取りケアの実践を行っています。看護職員も毎日1名夜勤配置し、夜間の看取りや緊急時対応に備える職員全体で協力する体制整備されています。</p> <p><b>(通番 30) 災害発生時の対応</b><br/>火災発生時や土砂災害避難マニュアルが整備され、緊急連絡網で指揮命令系統が明示されています。地震や夜間の想定も含めた総合訓練が年2回実施され、非常食も備蓄されています。水害等の災害時には地域の業者と連携を取っています。地域の消防団との協力関係があり、福祉避難所に指定されています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p><b>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮</b><br/>組織図があり、運営規程等で管理者の役割や責任が明確に定められています。年1回の職員面談を実施し、職員の意見を聞く機会を持っていますが、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを評価する仕組みはありませんでした。</p> <p><b>(通番36) 第三者への相談機会の確保</b><br/>第三者委員を3名設置して、「苦情解決の体制」という文書を作成して重要事項説明書と一緒に利用者や家族に配布しています。南丹市には介護相談員の制度がないため、介護相談員等の外部人材の受入れは出来ていませんでした。</p>  |

社会福祉法人長生園は、旧船井郡仏教会の手により昭和28年に設立された養老院「光華園」の高齢者支援を引き継ぎ、昭和31年に社会福祉法人として設立認可されました。法人設立60周年の節目を迎えられた現在では、時代のニーズに合わせて各事業所の定員を見直し、特別養護老人ホーム（定員258名）・ショートステイ（定員32名）、養護老人ホーム（定員32名）、グループホーム（定員9名）・ケアハウス（定員50名）という施設サービスと、デイサービス（定員33名）・ヘルパーステーション・居宅介護支援事業所等の在宅サービスを併設する大規模事業所として、地域高齢者へのサービス提供を実施しています。

近隣に救急病院が少ないことから、施設内にある診療所では月～土曜日まで内科・整形外科・皮膚科・精神科等の診察を受けられる体制があり、歯科医師や緩和ケア医師との連携を図る等、医療体制の充実が利用者の安心に繋がっていました。

近年、特別養護老人ホームでは看取りケアに熱心に取組まれ、年間約40名の利用者の看取りを実施されています。家族が利用者と一緒に泊まれる部屋を準備し、2ヶ月以上も利用者との最後の時間を共にされた事例がありました。そして、施設内で看取りを実施した後は、湯灌やエンジェルケアを実施する等、最後まで丁寧にお見送りをされていました。こうした実践は、利用者や家族の立場にたったものであり、高く評価されます。また、夜勤の職員体制では、特別養護老人ホームには配置基準がない看護職員が、毎日必ず1名夜勤に入り、体調の急変時にも対応できる体制を整備していました。こうした事例も、他の施設では見られない特筆すべきことであると感じました。

職員のための環境整備としては、「職場風土改革促進事業実施事業主」指定や、京都府「京の子育て応援企業」認証を受ける等、働く職員が支えあえる職場となるよう取り組んでいました。職員が仕事と家庭を両立できる職場として、働き続けられることが、ベテラン人材の確保や安定したサービスの継続に繋がり、そのことで利用者も安心できていると考えます。

今後も施設職員が力を合わせ、より良いサービスを追求されることを期待します。

以下に、今回の評価で気づいたこととアドバイスを記載します。

## 具体的なアドバイス

- ・ 管理者によるリーダーシップの発揮の中で、職員から信頼を得ているかを把握・評価する方法が明確にされていませんでした。法人総務部や他施設の管理者が、代わりに職員からアンケートや面談などで聞き取り、管理者の行動が職員からどのように評価を得ているかを確認する取組みをされては如何でしょうか。
- ・ 利用者別に記録が整備されていましたが、記録の持ち出しや廃棄に関する規程はありませんでした。文書管理規程等の持ち出し・廃棄に関する規程を作成されては如何でしょうか。パソコン機器やUSBメモリ等についての情報管理も含めた規程を作成されることが、重要であると考えます。
- ・ 第三者への相談機会の確保では、公的機関や事業所以外の第三者相談窓口の連絡先を利用者・家族に周知していましたが、施設内に介護相談員や市民オンブズマン等の外部人材の受入れが出来ていませんでした。南丹市には介護相談員の制度がないということなので、地域の人やボランティア等、外部人材を活用して、利用者との対話や相談ができる機会をつくられては如何でしょうか。
- ・ 質の向上に係る取組みとして、事業所の自主点検を除く年1回以上の自己評価の実施が出来ていませんでした。運営面やサービス内容などの視点からの自主点検表を作成し、毎年の自己評価をされることをお勧めします。サービス内容に対しての職員の意識向上に繋がると考えます。

※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)

# 評価結果対比シート

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 事業所番号                    | 2671500102                    |
| 事業所名                     | 特別養護老人ホーム 長生園                 |
| 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<br>サービス(複数記入可) | 短期入所生活介護                      |
| 訪問調査実施日                  | 平成28年2月23日                    |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク一期一会 |

| 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）及び事業所のスタッフ全員が、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)理念を事務所前や各部署の壁に掲示し、来所者にも見えるようにしている。基本理念は職員全体会議で周知すると共に、始業時に毎朝唱和している。<br>2)主管部会議、管理職会議、課長会議、各フロア会議等が毎月開催され、案件別の意思決定が行われている。各部門の職員が所属している安全衛生委員会・事故防止委員会・感染症対策委員会等で職員の意見が反映されている。組織図と業務分掌で責任を明確にしている。   |  |      |      |       |
| <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)法人の中長期計画や毎年の事業計画が策定されている。各委員会や各フロア会議での意見を計画策定に反映させている。<br>4)事故防止、感染予防、身体拘束等の各種委員会で課題を検討している。月1回の業務会議で各委員会からの取組状況や課題の達成状況を確認し、必要に応じて見直しも行っている。  |  |      |      |       |
| <b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |  |  |      |      |       |
|                           | 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。                                       |      | B    | B     |
|                           | 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、いつでもスタッフ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)本部事務局を中心に、医療・福祉関連や労務、消防等の関係法令を把握し、法改正があれば課長会議で各部署の責任者に周知している。各フロアのパソコンで関係法令の閲覧が出来る。<br>6)組織図があり、運営規程等で管理者の役割や責任が明確に定められている。年1回の職員面談を実施し、職員の意見を聞く機会を持っているが、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを評価する仕組みはない。<br>7)管理者は毎日の朝・夕2回の申し送りや内線電話等で現場の状況を把握している。管理者は常に施設内で指示できる状況にあり、不在の時は携帯電話で連絡が取れるようになっている。 |  |      |      |       |

| 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)    |    | 8)平成20年に有資格者優先の組織改編を実施し、資格手当を充実させ有資格者の採用に力を入れている。採用後は施設内研修委員会を中心に資格取得を支援し、実技講習費等も支援している。<br>9)新人職員には、新人研修の他にプリセプター制度も実施している。各部署に研修委員会を配置し、年間研修計画を策定している。施設全体で「おいたろう研修(装具等を付けて半日過ごし、高齢者体験をする研修)」や接遇マナー研修、認知症の研修等、様々な研修を実施して互いに学び合っている。<br>10)「実習受け入れマニュアル」を整備し、実習指導者研修を受講した受け入れ担当者を定めている。大学や看護学校、府立医大等の実習生や体験学生を受け入れている。 |      |       |
| <b>(2)労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                    |     | 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、スタッフの労働環境に配慮している。   | A    | A     |
|                    |     | ストレス管理        | 12 | スタッフ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    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 11)職員の就業状況を、総務部でデータ管理し、リフレッシュ休暇が計画的に取得できる体制が整備されている。労働管理委員会を定期的に開催し、外部の社会保険労務士の助言を受けながら労働環境について話し合っている。法人で京都府『京の子育て応援企業』の認証を受け、女性が働き続けやすい体制を構築している。<br>12)メンタルヘルス委員会を組織し、業務環境整備の取り組みが行われ、産業医や精神科医に相談できる体制が整備されている。ハラスメントに関する規定やストレスチェック規定が整備されている。福利厚生として、年2回の職員親睦会費用や成人病検診費用等の補助制度がある。                                 |      |       |
| <b>(3)地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                    |     | 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。  | B    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 13)ホームページやパンフレットで広報されている。京都府北部全域の関係機関にパンフレットを送付し広報している。地域の祭りや孫の嫁入りを見送る等の行事に利用者が参加できるよう支援している。<br>14)他施設の喀痰吸引等研修の講師として施設の看護師を派遣している。地域の関係機関や法人内の在宅事業所と連携して地域ニーズの情報収集に努めている。  |      |       |

| 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)パンフレットやホームページを適時更新しながら、事業所の情報を提供している。利用の問合せや施設見学の希望にも随時対応している。 |      |       |
| <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)重要事項説明書にサービス内容や利用料金を明示している。利用開始前に利用者及び家族又は成年後見人と契約し、同意を得ている。   |      |       |

| (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。   | 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 | 定期的又は必要に応じて、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で、定期的にあセスメントを実施し記録している。ケアプランの更新に合わせて再アセスメントを実施している。</p> <p>18) 利用者・家族の希望やアセスメントに基づいた目標が記載された個別援助計画書を作成し、同意を得ている。サービス担当者会議には利用者が参加し、家族からの意向も聴取している。本人の「少しの時間でも家に帰りたい」という希望を実現するため、職員が支援して2時間程度ご自宅で過ごす取組事例等を確認した。</p> <p>19) 看護職員、栄養士、機能訓練担当者、生活相談員、介護職員等の合議により、個別支援計画書を作成している。施設内診療所の医師や看護師からも必要な情報を得てサービス提供している。</p> <p>20) 心身の状態の変化やサービス内容の変更、介護保険証の更新時等に合わせて個別援助計画書の見直しを行っている。計画の見直しには、主治医や施設内の他職種の意見を反映させている。</p> |   |   |
| (4)関係者との連携        |    |  |   |   |
| 多職種協働             | 21 | 利用者の主治医をはじめ、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)        |    | <p>21) 行政や関係機関が開催する会議等に参加し、連携を図っている。相談員や看護職員を中心に、協力医療機関の地域連携室と連携している。利用者の入退院時に診療情報提供書や看護サマリーで情報提供し合っている。</p>   |   |   |
| (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、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 | 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 | 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。   | 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) 介護技術や感染症対策、看取りケア等の各種マニュアルを整備し、定期的に見直しを行っている。各階でマニュアルに沿った訓練を実施している。インシデントシート（ヒヤリハット記録）を作成し、利用者への対応方法をその都度見直している。</p> <p>23) 利用者一人ひとりの利用者台帳を整備し、サービス提供内容を適切に記録している。個人情報管理規程やコンピューター情報管理規程を定めているが、持ち出しや廃棄に関する規程は確認出来なかった。</p> <p>24) 毎日朝、夕の申し送りで常に情報共有を図っている。不在者には、日誌や連絡ノートで情報共有を図っている。カンファレンスに参加出来なかった職員は、各階に設置のパソコン記録で情報を確認している。</p> <p>25) 家族とは面会時に情報交換したり、必要時には面談を実施している。利用者の状態等に変化があれば、家族に随時報告している。</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、スタッフ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) 感染症対策マニュアルを整備し、感染症委員長を中心に研修やインターネットで最新の情報を収集し更新している。感染症委員を配置し、予防対処法の周知を図ると共に、マニュアルを活用し感染症対応の訓練を実施している。</p> <p>27) 委託業者が館内清掃を毎日実施し、衛生的に保たれていた。トイレや浴室等を24時間換気したり、各階にオゾン脱臭機を設置して臭気対策を実施している。</p>   |   |   |

| (7)危機管理    |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時の対応  | 28 | 事故や緊急時、災害発生時等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 | 災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) |    | 28) 事故や緊急時の対応マニュアルが整備され、緊急連絡網に責任者や指揮命令系統を明記している。施設全体で地域の消防署と連携した避難・防火訓練を毎年実施している。<br>29) インシデントシート(ヒヤリハット記録)や事故報告書を作成して記録している。事故防止合同委員会を設置し、各部署の事故やヒヤリハット内容を共有すると共に、事故分析を行い、事故防止策を話し合っている。<br>30) 火災発生時や土砂災害避難マニュアルが整備され、緊急連絡網で指揮命令系統が明示されている。地震や夜間の想定も含めた総合訓練が年2回実施され、非常食も備蓄されている。水害等の災害時には地域の業者と連携を図っている。地域の消防団との協力関係があり、福祉避難所に指定されている。 |   |   |

| 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> |     |                       |    |   |      |       |
| (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)            |    | 31) 基本理念の中で利用者尊重についての文言を明記し、日常支援の中でも意識して実践されている。職員が装具をつけた状態で過ごし、身体的精神的に利用者の疑似体験をする「おいたろう研修」を通じて理解を深めている。虐待についてのDVDを見て、グループ討議する等の研修を実施している。<br>32) プライバシーマニュアルを整備すると共に、介護マニュアルにも羞恥心へ配慮したケアの実施を明記している。浴室には暖簾をかける等プライバシーに配慮したサービス提供が行われている。<br>33) 利用申し込みを断ることはない。社会資源が少ない地域であるため、緊急入所の依頼にも対応している。医療処置が必要な利用者も受け入れており、今年度からは緩和ケアの医師の協力のもと、看取り介護に力を入れている。 |      |       |
| (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    | 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。  | B    | B     |
|                   |     | (評価機関コメント)            |    | 34) 玄関やフロアーに意見箱を設置したり、入所面接時やケアプラン更新時、アンケート調査等で意見・要望・苦情等を聞くようにしている。利用者の「お小遣いが欲しい」「おやつが欲しい」等の希望や要望を、丁寧に聞き取り対応している。<br>35) 利用者からの意向があった場合は、他職種で連携して迅速に対応している。利用者・家族へのアンケートを実施し、意見・要望・苦情等は課長会議で検討している。アンケート結果や改善状況を施設内の壁に掲示している。<br>36) 第三者委員を3名設置し、「苦情解決の体制」という文書を作成して重要事項説明書と一緒に利用者またはご家族に配布している。南丹市には介護相談員の制度がないため、介護相談員等の外部人材の受入れは出来ていない。             |      |       |

| (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。   | B | 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スタッフ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 | B |
| (評価機関コメント)    |    | 37)満足度を調査するための利用者アンケートを実施し、その結果は課長会議で話し合い、記入された意見や希望については対応策と共に各フロアに掲示している。<br>38)管理者を含めた定例会議でサービス内容について検討している。現場からの意見を取り入れ、口腔ケアの回数を増やす等、具体的に改善している。他施設の看取りの取組みを見学に行って情報収集し、施設でも看取りう等、実践に役立てている。<br>39)第三者評価を3年に一度受診し、その結果をサービス改善に積極的に生かしている。自主点検を除く年1回の自己評価の実施が確認出来なかった。 |   |   |