

# アドバイス・レポート

平成28年12月22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

平成28年6月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設 綾部さくらホーム）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>医療法人社団 恵心会が経営する綾部さくらホームは、介護老人保健施設・短期入所療養施設・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・居宅介護支援事業所等を運営し、地域の介護の拠点として事業を展開されています。</p> <p>綾部さくらホームは、平成18年4月に開設し、10年の経過の中で地域に融け込み、信頼される施設として地域と共に歩んでこられています。静かな環境で桜の大木に囲まれた高台の施設は、お花見の季節には隣接企業と協働で提灯を飾り、施設の窓から居ながらにして花見が出来る絶好の環境にあり、広く一般にも開放されています。</p> <p>・利用者の在宅復帰率が高い さくらホーム老人保健施設では、病院における治療終了後を受けて、入院中に低下した機能回復を図ることを目的に、リハビリテーション科と介護職は連携して、早期から利用者の心身の自立及び日常生活機能を高めることをリハビリテーションプランや施設サービス計画に反映させ、理学療法や日常的な生活支援サービスに努められています。その成果が5割に近い高い在宅復帰率を確保・維持されているものと思われます。</p> <p>・労働環境への配慮 介護休暇・育児休暇（両休暇に男性の取得実績あり）の取得を奨励されています。毎月4日の希望休を配慮し、有給休暇はほぼ100%の取得状況ですが、更に希望休を増やす意向を持っています。勤務時間終了後は残業の概念がなく職場を離れることができます。隣接の特別養護老人ホームと共同で開設した「園内保育所」には、全職員の幼児を対象に託児して安心して働く事ができます。育児休暇取得中の職員には、インフルエンザ予防接種のお知らせ等必要事項や情報の連絡メールを配信し、休暇中の職員への教育やコミュニケーションを図り、職場復帰へのモチベーションを高める働きかけをされているので、育児休暇取得後の復職者も多い状況です。多様な取り組みで家庭と両立できる働きやすい「ワーク・ライフ・バランス」に配慮した環境を提供し、貴重な人材を大切にされています。施設内の職員休憩室兼食堂には、冷蔵庫・IHコンロ・コーヒー自動販売機等を設置し、職員がゆっくりと寛げる環境を整えて提供しています。食事を希望する職員には補助の取り組みもある。職員の介護の負担軽減に配慮し、介護用ロボットの導入も近く実現される予定です。</p> <p>・地域への貢献 施設の職員は、綾部市内の高等学校に人権学習の講師として「高齢者の人権について」出前講座を行い、若年層への啓発を図っています。施設の会議室を開放し、地域の人々を対象に「認知症サポーター」の講座を開き活動されています。また、歯科医師会の医師による「口腔ケアについて」地域の人々と共に職員も学習する機会を持ったり、施設見学（民生委員・ロータリークラブ）にも応じるなど、地域に根差し地域と共に歩む姿勢を持たれています。「環境宣言」を行い、地球規模の環境問題にも取り組み、”KES環境マネジメントスタンダード ステップ1認証”取得すると共に、施設近隣の清掃を行い地域の美化にも協力・貢献されています。地域・家庭・施設との連携が円滑に行われていることが、結果として5割近い在宅復帰率を確保・維持されていることも一要因ではないかと思われます。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念の周知と実践            理念は掲示し、職員の名札やハンドブックにも記載し、その意識を深めてサービスに繋がられています。ホームページにも掲載されていますが、目立たずアピールが弱いと思われます。また、利用者本人や家族に対しては周知されているとは言い難い状況です。理念は施設の根幹となる大切な事柄です。明確に広くアピールされる必要があると思います。</li> <li>・評価の実施と課題の明確化            医療法人社団恵心会綾部さくらホーム 2017年度（17年10月～18年9月）目標計画書は、施設方針に基づき各部署ごとに作成されています。部門・部署目標（目標項目・達成水準）と実施計画（具体的活用内容・担当者・実施チェック）を記載し、実施のチェックが記されています。この計画や実施したことに対する評価実績に係る資料が見当たりませんでした。次のステップに活かす作業が充分とは言えない状況です。</li> <li>・業務マニュアルの作成            各種マニュアルを作成し整備されていますが、実用性・見直しの視点からは充分とは言えない状況です。マニュアルは標準的なサービス提供をするための手順なので、実用性を高め、多角的な情報等を考慮した見直しが必要と考えます。</li> </ul>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理念の周知と実践            ホームページの理念はもっと大きい字で記載し、読む人に印象付けるようなアピールをされては如何でしょうか。家族等に配布される広報誌（月刊さくら・さくらタイムス）にも理念を掲載し、家族等へ理解が深まるような取り組みをお勧めします。</li> <li>・評価の実施と課題の明確化            実施された単年度計画に対しては、詳細な評価から課題の把握が可能となります。それぞれの部門の職員が、話し合い評価されては如何ですか。その中から課題を確認し、課題の改善策や次年度計画への反映に繋げて、サービスの質の向上を図られるようお勧めします。PDCAのサイクルの活用が大切です。</li> <li>・業務マニュアルの作成            マニュアルの見直しは、利用者の満足度調査や研修等からの情報をも考慮して実施し、その年月日を記録します。変更した部分を解り易く工夫される事や見出しを付けて利用しやすくされるようお勧めします。</li> </ul>

(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	2651880029
事業所名	綾部さくらホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護・通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	平成28年11月21日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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。	B	B
	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・さくらホームの理念は「人と人とのふれあいを大切にし、ご利用者・ご家族・そして地域の皆様から『愛され、選ばれる施設』を目指します。」と明文化し各部署に掲示している。理念は「職員ハンドブック」にも記載し、名札に入れ常に意識を高め、理念に基づいた年間目標を策定して、日々のサービスの提供に繋いでいる。年2回の個人面談時には運営方針の確認を行っている。理念はホームページに掲載しているが、家族への浸透の取り組みはやや消極的である。 2・さくらホームは適正な経営・運営を図るために、階層別組織図を作成し、指示命令システムを明確にしている。これに基づく職務分掌概要と権限・業務分担マニュアルを作成し責任と権限を委譲し公正・透明性を図っている。さくらホームは理事長（法人）直属の施設であり、施設の案件については定期的（月1回）に開催する運営会議で協議し意思決定して理事長決裁となるシステムである。運営会議には、施設長・療養長・事務長・各所属長が出席している。。職員の意見はユニット会議⇒各部署会議・各種委員会⇒運営会議に挙げて反映させ組織として透明性の確保を図っている。		
<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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)			3・組織として健全経営を図るための事業計画は、①在宅復帰率及び経営の維持・向上 ②提供サービスの質の向上 ③職員育成と確保 ④地域性を踏まえた情報発信 ⑤風土の確立等多角的な課題を明確にし、利用者や短期入所者のアンケートから課題も把握し策定している。方針策定にあたっては職員の意向を反映させている。 4・施設方針に沿って各部署ごとに目標計画書を作成し、目標項目・達成水準・具体的活用内容・担当者等具体的に計画し、達成状況を毎月評価し、課題達成に取り組んでいる。		
<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り組みを行っている。	B	B
	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)		5・管理者及び役職者は定期的に行政の実施する研修会・京都府社会福祉協議会の会議等に参加して、法令等情報を入手している。現場に必要な法令等情報は各部署に配布しファイルして管理している。職員に対しては、これらを会議等で継続的に周知する取り組みや必要時すぐに調べることが出来るよう見出しを付ける等の対応が望ましい。 6・管理者等の役割・責任は、職務内容や権限と責任等を詳細に文書化して職員に周知させている。管理者は、日常業務・会議・面接等において、業務として職員に対し指導・監督を行い事業運営をリードしている。管理者自らの評価については職員アンケートから把握する仕組みがある。 7・管理者は、事業の実施状況を日報・報告書・議事録等により随時確認・把握している。事業所を離れる場合には、常時携帯電話を所持し、直ちに具体的に適切な指示を行っている。事故等の緊急事態には、「緊急連絡網体制」の仕組みを活用している。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		8・運営規程に職員の職種・員数・職務内容等人事管理に関する方針を掲げ、「サービス提供に当たる職員の質の向上を図るため研究・研修の機会を設ける」と定めている。採用に当たり、有資格者や実務経験者を優先する等「職員採用基準」を整備している。資格取得支援では、模擬試験の実施や受講料・実習費等を事業所負担とし、取得後は給料に反映させている。介護職員の90%が介護福祉士の有資格者であり、入職後の資格取得者も多い。退職時にはその理由と業務上の不備な点等を聞き取り、改善させる仕組みとしている。 9・各部署から選出されたメンバーで構成する教育委員会は、年間研修計画を企画し、計画に沿って月1回実施している。欠席者には資料配布し、レポート提出を義務付けて情報の共有を図り、常に職員同士が連携して学び合える環境に取り組んでいる。外部研修は主に京都府介護老人保健施設協会や公的機関等の情報を提供し、参加費用を支援してスキルアップを図っている。 10・実習生受け入れについては、組織としての基本方針を定め、「実習の手引き」を作成している。京都府主催の「実習生受け入れ事前研修会」に参加した教育委員会のメンバーが担当する体制を整備している。		
<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、職員の労働環境に配慮している。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		11・男性の育児休暇・介護休暇取得の実績もあり、育児休暇中職員には、担当者からの情報提供等メールサポート体制の取り組みがある。有給休暇取得を奨励し、有給休暇取得一覧表でデータ管理のうえほぼ100%を取得している。「ワーク・ライフ・バランス」に配慮した職場作りに努め、残業は皆無である。隣接事業所と共同の事業所内保育所を設け、働きやすい環境を提供している。リフトや移動用ボード等、職員の負担軽減を図っている。介護用ロボットの購入も予定している。 12・メンタルヘルス対策では、年1回ストレスチェックや年2回面談を行い、その把握に努め、産業医との連携も確保している。年2回食事会や小旅行等の親睦会・パトミントクラブ等で職員の心身の活性化を図っている。産業医以外で他の職員に気づかれぬ相談機関の情報提供も望みたい。職員の昼食場所は完備している。		
<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、利用者や地域との関わりを大切にしている。	B	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・ホームページ・パンフレット・広報誌(さくらタイムス・月刊さくら)を媒体として施設の取り組み・行事・サービス内容等を掲示・配布している。桜の季節には隣接の企業と共同で周辺の桜の木に提灯を飾り、「さくら祭り」を共催し地域に憩いの場を提供している。秋の文化祭には利用者が作った作品を市や地区の催しに出展している。地域の幼稚園・小学校・ボランティアとの交流もある。</p> <p>14・地域住民を対象とする「認知症サポーター講座」の場所提供や各種団体の施設見学を受け入れている。市内の高等学校に「人権学習について」の講師を派遣している。地域住民や高齢者等の参加を募り、歯科医師による「口腔ケア講座」を開催する等地域貢献に努めている。</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・施設の理念・概要等をホームページ・パンフレット・広報誌等で詳しく情報提供している。入居者には、パンフレットと共に施設内見学を行い、概要や利用料等詳しく説明し質疑応答の対応をしている。施設見学希望者の記録は日報に記載している。			
<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・入所時には、本人・家族・成年後見人等に対し、契約書・重要事項説明書や別に作成した「入所のしおり」を用いて、サービス内容や利用料・遵守すべき事項・虐待防止等をわかり易く説明し、理解・納得の上署名・捺印を得ている。			
<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・所定の様式に介護職・リハビリテーション職員・管理栄養士等がそれぞれの専門的見地から医療情報も勘案して適切にアセスメントを行っている。再アセスメントは3ヶ月毎に見直しを行っている。</p> <p>18・施設サービス計画書及びサービス提供内容は、利用者や家族等の意向を尊重し、自立支援を目標に策定している。早くからリハビリプランに反映させ、日常生活の自立支援のため、理学療法等のリハビリテーションにより、5割に近い高い在宅復帰率を確保している。</p> <p>19・20・施設サービス計画書の策定にあてたっては、医師や専門職の意見照会を反映させ多面的なアプローチに配慮している。施設サービス計画書は、利用者・家族等・各専門職参加のもと、3ヵ月毎にサービス担当者会議を開き、施設サービス計画書の見直し内容を決定して、家族等の署名・捺印をもらっている。また、施設サービス計画書は、利用者の状況に応じて随時見直しを行っている。意見照会があった場合には、その内容をサービス担当者会議録にも記載されると良い。</p>			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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	A	
	(評価機関コメント)		21・医師・看護師・介護職・理学療法士・作業療法士・言語聴覚療法士・管理栄養士等の多職種が互いに情報交換をして効果的な支援に繋いでいる。調査員の見学時、理学療法士と介護職が連携して利用者の状況改善支援に取り組んでいる様子を確認した。施設内の居宅介護支援事業所を持ち、利用者と行政・社会福祉協議会等関係機関との連絡・調整を担い、課題解決に寄与している。利用者の退院時カンファレンスには参加して情報を得ている。			

## (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。	B	B
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・各種マニュアルは、整備されているが、見出しを付けて実用性を高めるように、また定期的な見直し基準を設けてマニュアル内容の再確認とその年月日の記録も必要である。見直しには、苦情や利用者満足度調査の分析結果を反映させる視点が望まれる。</p> <p>23・個人ファイル(カルテ)には、「介護支援経過記録」に施設サービス計画に関わる情報・「療養経過記録」に日々の支援状況・「処置記録」・「リハビリ実施記録」等それぞれの様式に、サービス提供状況が「SOAP」法式で適切に記録している。個人記録は、個人情報保護の観点から管理規定を定め、適切な管理体制で対応している。</p> <p>24・職員間の情報は、連絡ノート(職員間の連絡事項)・申し送りノート(利用者情報の連絡事項)・朝の申し送り後のカンファレンス等で共有をしている。月1回の各ユニット会議でケアカンファレンスを開催し、職員間の意見集約して個別ケアを更新している。</p> <p>25・家族の面会が多く、その機会やサービス担当者会議に出席した家族に利用者の状況を伝えて情報交換をしている。利用者の状況に応じて随時医師や看護師を交え面談の機会を持っている。</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、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・感染症予防や発生時の対応については、マニュアルを作成している。感染症については、行政が主催する研修による新情報や、他に外部研修による情報把握に努めている。職員研修年間計画には、疾病の発生時期に配慮して「夏・冬」2回研修の機会を持ち、感染褥瘡対策委員会が担当して知識を深めている。不参加者には、資料を配布し知識の共有を図っている。必要に応じてマニュアル改正も行っている。感染症のある利用者の受け入れと二次感染防止対策等の体制を整えている。</p> <p>27・施設内清掃は業者委託とし、チェック表で確認できる。職員の「クリーン作戦日」を第1火曜に定めている。施設内は清潔に保たれ、備品等は所定の箇所に整理されている。施設内・浴室・トイレ等に臭気は認めず、清潔に管理されている。</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・事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルを作成している。有事に備えて電話器のそばに「緊急連絡網」や写真で示した具体的な手順も常備している。指示系統を明確に表示し、日常的に活用している。リスクマネジメントに関しては、職員研修年間計画に組み入れ、リスクマネジメント委員会が担当して研修を行っている。</p> <p>29・事故・ヒヤリハット報告書は結果分析・検証を詳細に行い、リスクマネジメント委員会で検討している。検討結果は、事故報告書の「再発防止への取り組み」欄に記録し、職員研修会やユニット会議においても全職員への周知を図り改善点の共有をしている。</p> <p>30・災害発生時における対応等を定めたマニュアルを作成している。夜間想定訓練を含め年3回消防署立ち合いの下で、防火・防災訓練を実施している。2ヶ月に1回、災害時連絡網を用いて「災害メール」を配信し個々の職員への伝達訓練を行っている。災害時避難所として市から指定を受けている。災害時の食料は3日分ローリングストックしている。</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。	B	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。	B	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・運営方針に「利用者の意思及び人格を尊重し…」と明記し、職員研修の年間計画に組み込み「人権・プライバシー」について教育委員会が担当して研修を行っている。不参加職員には資料を配布しレポート提出を求め、全職員が周知して実践に繋いでいる。意見箱や苦情投書から、日常業務を振り返る機会を持ち、人権に配慮した改善策を話し合い、サービスの質の向上に努めている。</p> <p>32・プライバシーの保護や倫理マニュアルを作成している。日常業務を振り返り、プライバシーや羞恥心への配慮と意識付けを深め、サービスの提供に繋いでいる。サービス向上委員会を設置し、更なるサービスの質の向上を視野に検討している。</p> <p>33・入所希望者への対応は、基本として申し込みを断ることはないが、医療的に症状が不安定だったり、空床がない場合は実情を丁寧に説明し納得していただいている。申し込み時に在宅復帰の意思を確認し、緊急性も考慮しながら公平・公正な受け入れを行っている。入所判定会議は、月2回(第1・3火曜日)実施している。</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。	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・35・各階に設置している「利用者の声ボックス」や年1回の満足度調査等から、意見や苦情等を吸い上げる仕組みがある。また家族の面会時には会話の中で直接聞く事も多い。意見・要望・苦情等はサービスの質を見直す要因として積極的な姿勢で受け止めている。苦情はカルテと「苦情報告書」に記録し、苦情処理委員会で協議を行い、速やかな改善対応を行っている。個人情報に配慮して公開している。</p> <p>36・市が派遣する介護相談員を月1回受け入れ、利用者の思いや意向等を聞き取っている。情報を共有し、検討事項があれば運営会議で取り上げている。サービス内容に関する苦情・相談については苦情管理責任者・連絡先の電話番号等を定め、公的機関への苦情窓口も契約書に明記している。</p>		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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	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。	B	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・38・年1回利用者アンケートを行い満足度の把握に努めている。毎月1回開催するサービス向上委員会がその内容を分析・検討を行い、サービスの提供についての課題を明確にしている。それを各部署に伝えて全職員が共有しサービス質の向上に役立っている。面会場所の設置要望に対しては、検討して確保し改善している。老人保健施設協会の催しに参加した折には、他施設の取り組み等の情報収集をする機会として捉え比較検討している。</p> <p>39・施設方針に基づき、各部門・部署ごとに目標計画書を作成し、テーマと達成水準を定めている。実施計画には具体的活用内容と実施を記録している。しかし、実施した内容の評価や総括が弱く、次年度の目標に反映できる内容に十分とは言えない。しかし「KESステップ1認証」「たんとおあがり認証」「きょうと福祉人材育成認証制度認証」等を取得し、質の高いサービスの提供に取り組んでいる。年1回、自己評価を行い、3年毎に第三者評価を受診し、課題の明確化を図り、次のステップに繋がるよう期待している。</p>		