

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 12 月 18 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 9 月 21 日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた（社会福祉法人長岡京せいしん会 特別養護老人ホーム第二天神の杜）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>特によかった点</p>	<p>特別養護老人ホーム第二天神の杜は、日本ユニット推進センターより「ユニットリーダー研修実地研修施設」として認証（平成 26 年 9 月認証）され、27 年度より全国から多くの実習生を受け入れており、今年 7 月 12 日での定期更新調査では高得点（99 点／100 点）を獲得されています。他に「医療福祉建築賞 2012」を受賞され、今回の利用者アンケートの結果も全ての項目に高い評価を得ておられます。法人理念・運営方針に利用者の尊厳を掲げ、事業計画の策定から実践・振り返り・改善までの PDCA サイクルを通して、事業の改善と発展に持続的に努められ、提供サービスの品質を向上させておられます。</p> <p>● サービスの質の向上への取組（検討体制と職員研修の充実）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長を含む全職員が一丸となって、各部門・各事業・各委員会組織の運営に積極的に関わり、理念の実現に向けて「28 年度事業計画」を確実に実践されています。研修計画に沿って、「安全リスク」「理念」「ユニットケア」「介護技術」を主な柱に据え、効果や意義の高い研修を行っておられます。職員全てが研鑽を積み、全国のユニットリーダーの育成に誇りを持っておられることが、職員ヒヤリングで伺うことができました。 <p>● 利用者本位のサービスの提供 利用者本位の個別援助計画の作成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各ユニットのリビングや居室が利用者・家族等の思いと職員の総意・工夫によって、地域の高齢者の住まいと変わらない環境となっています。居室や居室以外の空間に、利用者本位、利用者の自立支援のための配慮が随所に見受けられました。 ・施設入居を自宅からの引っ越しと位置づけ、理念の実現に向けて在宅生活の継続性・連続性を重視されています。地域のボランティアの方から文化活動・趣味活動の支援を受けています。「喫茶コーナー」では利用者が家族等や地域の方、職員等との楽しい出会いがあります。 ・家族等を含む利用者とのコミュニケーションを大切に、利用者一人ひとり
----------------	---

	<p>の個別性を重視した利用者本位の援助計画が作成されています。</p> <p>● 地域への貢献 地域からの支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自治組織「家族の会」が利用者の生活と施設の運営を支援されています。 また、遠方の家族等為の宿泊室が設設内に用意され、遠方の家族等と利用者との縁を大切にされています。 ・施設内の喫茶コーナー、談話コーナー、クラブ活動室、庭園、多目的ホール等々に地域の方が自由に出入りされ、利用者に関わっておられます。また、施設では夏季に「涼やかスポット」と称し、涼しい冷房の効いた空間で地域の高齢者がくつろがれています。恒例の「夏祭り」は毎年盛況で、地域の方々の大きな楽しみになっています。また、地域の高齢者に対して、昼・夕2回配食サービスを提供しています。地域の未来像を語り合い、実現に向けた検討会議に施設長白らが積極的に参画されています。 <p>● 労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員配置を各ユニットに固定し利用者との馴染みの関係を築いています。フレキシブルな勤務体制によって、職員が介護現場に24時間、過不足なく配置されています。「24Hシート」を活用して、利用者に寄り添い、利用者の生活リズムに合わせた・利用者本位のケアを提供されています。 ・京都府「ワークライフバランス認証」の施設であり、「法人福祉用具委員会」が中心となって施設内の労働環境改善に努めておられます。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>（通番 37）利用者満足度の向上の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「やまびこシート」や広報誌「きずな」などで家族等やボランティア等の声を拾われ、利用者のニーズや要望を「相談苦情解決委員会」や「食彩委員会」で対応されています。このように利用者満足度を様々な方面から把握され、分析・検討結果をサービスの改善・改革に繋げておられますが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みがありませんでした。 <p>（通番 39）評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価は3年毎に受診することが望ましいとされています。今回の受診は4年目となります。
具体的なアドバイス	<p>（通番 37）利用者満足度の向上の取組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みとして、例えば「一覧表」を作成するなどはいかがでしょう。 <p>（通番 39）評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ユニットリーダー研修実地研修施設」として認証され、今年度の定期更新調査では最高得点を得ておられます。また、「医療福祉建築賞 2012」も受賞されています。第三者による評価も3年毎に受診されてはいかがでしょう。

※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	2673000333
事業所名	特別養護老人ホーム第二天神の杜
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)	なし
訪問調査実施日	平成28年11月24日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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. 法人理念「その人らしく生きていける的確なケアサービス」に基づいて、長期目標に、ひと（入居者・利用者・家族・地域）に感謝し、大切にすることを掲げ、法人的行動指針「尊敬・愛情・信頼」や法人運営計画（年度計画）を策定している。これに則して、施設の運営方針と運営計画を策定し、ホームページやパンフレット、施設の掲示板で公開し、地域・利用者・職員等に周知している。「28年度事業計画書」は、法人の運営計画と研修計画に次いで、法人事業所別運営計画、部門別方針展開、会議・委員会運営の一つひとつに、到達イメージ、方向性、対策指針等が明記され、各事業所・施設の業務遂行上の指針となっている。 2. 法人の意思決定機関（理事会）・諮問機関（評議会）、法人及び施設内の運営に関する会合（11の委員会・5つの会議・2つのミーティング）を定期的に開催し、案件別の意思決定に各職制・職種の意見等を反映させている。「職能基準書」に責任と役割を文章化し、職務に応じて一定の権限を委譲し、組織としての透明性を確保している。		
(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. 法人の長期(9年)・中期(3年)事業計画に基づいて「28年度事業計画」を策定している。事業計画(書)に、法人、事業別、部門別、会議・委員会別の運営及び方針、重点課題等と、それぞれの基本方針・具体的な取組・期待される効果を定めている。着実に実行出来たかどうかを、年1回(5月)、5段階評価で振り返り、改善・改革計画及び次年度計画に反映させている。職員誰もが定められた課題に主体的に取り組んでいることが委員会会議録などから確認できた。 4. 「中・長期計画」「28年度事業計画」「施設の各部門・会議・委員会の目標・課題」を受けて、施設の6つのユニット職員一人ひとりが「28年度ユニット・課運営目標シート」を使って、課題の達成に主体的に取り組んでいる。職員全てがパソコン上で課題の進捗や達成度を逐一確認することが出来、施設運営のマネジメントの仕組みが確立している。		
(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. 法令の改正や変化に対応する為、最新情報の収集、法制度のリスト化、マニュアル改定に努めている。職員は、理事長の講義や職場研修で施設運営に必要な感染症・虐待防止・プライバシーや個人情報保護等の法令・制度をテーマ別に学んでいる。各種の法令と法令に準ずる各種のマニュアルをファイルし、現場で活用できるよう各ユニットに設置している。</p> <p>6. 組織図、職務分掌、各種規程、委員会図、議事録等を整え、運営体制と責任の所在を明確にしている。職員ヒアリングを年3回実施し、「みつめまシート(自己啓発シート)」を使って、法人や管理者・責任者への意向を収集している。理事長自らが「各職種連絡会」で施設内の具体的な活動内容や現場職員の意向を参加メンバーから聴き取っている。理事長と施設長は、家族会の総会や年頭の挨拶、広報誌上で自らの役割と責任を表明している。いずれも文書で確認できた。</p> <p>7. 施設長は、業務日誌や各委員会・会議・ミーティングの議事録、各種の報告書等で施設運営の実際を把握している。「緊急時宿直マニュアル」を策定し、夜間の緊急時に備えている。施設不在の時の利用者の急変時には携帯電話で対応している。</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
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. 「人員配置一覧表」「加算チェックシート」を作成し、経営管理者等で構成する「セーブプロジェクト」が財務基盤の安定・強化やサービスの実施能力の維持・改善を図っている。「介護職ガイド」を作成し、提供サービスの標準化と質の向上を図っている。勤務シフトに配慮し、受講料を助成することで、社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員・認知症リーダー等の資格取得を支援している。常勤職員を半数以上採用し、常勤職員と非常勤職員を各ユニットに固定配置している。職員のチームワークが良好で、離職率が非常に低い。職員採用では、採用時面接の前に現任職員や利用者との会食し、希望者にアルバイトやボランティアを体験させ、採用後のミスマッチを防いでいる。</p> <p>9. 「介護ガイド」に定めた排泄・入浴・食事等のスキル到達度を「研修チェックリスト」で確認している。「28年度法人研修計画」に基づき、「研修委員会」が職員一人一人のキャリアアップを目指した新任研修・段階別・職種別・階層別研修を実施し、伝達研修で研修の成果を職員間で共有している。</p> <p>10. 実習受け入れに関する基本姿勢を「28年度事業計画書」に明記している。実習生の受け入れを日々のケアサービスの質の検証につなげ、職員の学びの機会と捉えている。実習指導者研修修了者を配置し、介護福祉士、社会福祉士、初任者研修生等の次世代育成に努めている。また、26年9月、日本ユニットケア推進センターが認証する「ユニットリーダー研修実施研修施設」として、全国の多くのユニットリーダーを育成している。研修生が求める研修環境(ソフト&ハード)を提供することで施設のケアサービスの質の向上につなげている。小・中学生チャレンジ体験実習は座学(3日間)と車椅子やリフト車の移乗介護(3日間)体験させている。</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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>11. 職員を各ユニットに固定配置し、利用者との馴染みの関係を築いている。「法人福祉用具委員会」を中心に、各ユニットのバスルームにリフトを設置し、クッションやカーテン、ベッドシート等を洗濯し、介護負担の軽減や生活環境の清潔に努めている。京都府「ワークライフバランス認証」施設であり、就業規則に配偶者出産特別休暇制度などを定めている。フレキシブルな勤務設定により、介護現場に24時間過不足なく職員を固定配置し、「24Hシート」を活用して、利用者の生活リズムに合わせたケアを提供している。介護職員が使命感を持って働ける職場であることが職員ヒヤリングで確認できた。</p> <p>12. 個人面談で目標の達成度を上司と確認し、「みつめまシート(自己啓発シート)」でメンタルケアにも取り組んでいる。衛生委員会が中心となり、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。労働災害防止、腰痛予防等では近畿大学建築学部との協働で職場環境調査(4ユニット・3日間・24時間)を行い、施設内を「チェックリスト」を基に定期巡回している。外部講師によるメンタルヘルスケアの研修等を実施し、職員は、法人独自のリフレッシュ休暇を利用して、共済会の厚生制度を活用している。就労規則にハラスメントに関する規程を明記している。</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。	B	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「きずな」、「ニュースレター第二天神の杜」を通じて、法人の理念や行動指針・施設方針等を広く一般に周知している。2000世帯に配布している「ニュースレター」には、法人や家族会、施設、各ユニットからの活動報告を写真を入れ解り易い表現で掲載している。ボランティア交流会、夏祭り、子ども神輿、小・中・高校生等の職場体験や吹奏楽演奏等々を通して、地域との交流を深めている。</p> <p>14. 理念の実現に向けて、ボランティア委員会等と協働で地域住民向けの研修会を開催している。理事長が認知症行方不明者に扮した「認知症徘徊模擬訓練」の実施、地域サークルの施設見学受け入れ、認知症サポーター養成講座等を行っている。施設が日々提供しているサービスが優秀である証として「医療福祉建築賞 2012」を受賞している。地域の高齢者に昼夕の配食サービスを提供している。また、施設内の「喫茶」は地域ボランティアが運営に携わり、地域交流スペースを地域の文化活動の場として提供している。施設長が地域の公的機関やネットワーク機関などで役職者として活躍している。介護ソフト「ほのほのネクスト」のプログラムの開発にも参画している。</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
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.. ホームページやパンフレット、広報誌「きずな」「ニュースレター第二天神の杜」で施設の活動情報を提供している。「ニュースレター第二天神の杜」を地域の多数の世帯に配布し、施設が提供するサービス内容を広く地域に公開している。			
(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.生活相談員が、サービス利用契約時に契約書・運営規程・重要事項説明書等を基に、サービス内容や利用料金、保険外サービス等について説明している。又、判断能力の低下がみられる利用者や虐待が疑われるケースについては、担当ケアマネジャーや地域包括支援センターと連携し、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業に繋げている。			

(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)		17. 利用時から生活リズムを観察し、独自の「アセスメントシート」と「24Hシート」を使って、アセスメントを実施している。アセスメント実施記録、担当ケアマネジャーや生活相談員からの情報、主治医の健康診断書、家族等の意向を基に、見直しを原則6ヶ月毎、ターミナル期には3か月毎に行っている。 18. 個別援助計画は、利用開始時の事前面接やサービス担当者会議等で聴き取った本人・家族の意向を尊重し、自立支援の視点に立って策定している。利用時前からのアセスメント情報や他職種からの照会文書、観察された生活リズム、家族等の意向・好み、「24Hシート」などを個人ファイルに整備している。 19. 事前面接やサービス開始後のサービス担当者会議等で他事業所からの意見を集約している。毎月、カンファレンス開催1・2週間前に、モニタリング用紙で関係職種から専門的な意見を照会し、個別援助計画の評価・見直しに反映させている。栄養ケアマネジメントはパソコンに入力している。 20. 個別援助計画の見直しは、原則6ヶ月ごとに行い、終末期や利用者の様態変化の時は、その都度行っている。見直しには乙訓地域共有の「在宅療養手帳」も活用している。		

(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. 乙訓地域共通の「在宅療養手帳」には、利用者本人の医療・福祉・介護に関する情報が記載されている。その情報を基に、主治医・家族・担当ケアマネジャー等と情報交換している。医療機関からの退院調整は、入院の長期化を避ける為、医療機関を中心に生活相談員を交えた退院カンファレンスに出席し、看護サマリー、他職種の意見照会を基に個別援助計画を策定している。		

(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。	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)		22. 「24Hシート」や介護技術的なマニュアル「介護ガイド」を活用して、その人らしい生活リズムに沿った支援を提供している。「介護ガイド」には感染予防・事故防止・苦情対応・行方不明者捜査等があり、各種の委員会で評価・運用している。年1回の事業計画策定時に、全てのマニュアルを本人・家族等の意向を尊重して見直している。各種のマニュアルはサービスの実態に合った実用的なものとなっている。 23. 全職員がパソコン上の「24Hシート」等を閲覧し、書き込みができる仕組みになっている。利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定を定め、個人情報保護に徹している。情報開示の請求には、すぐに対応出来る体制となっている。 24. 全職員はパソコン上で行事予定やボランティア活動の情報を閲覧できる。職員間の意見交換と意見集約は、朝の申し送り、連絡ノート、ユニットミーティング、医療ミーティング(看護師)で行っている。日常的に多くの家族等が来訪され、ユニットで他の利用者・家族等や職員等と情報を交換している。各ユニットで「ユニット懇談会」を開催している。 25. 家族の会、家族の会勉強会、ユニット懇談会、ケースカンファレンス等で家族等との情報交換を行っている。広報誌「さすな」のふれあいコーナーに家族の声を載せている。お花見・紅葉ドライブ、夏祭り、敬老の日、喫茶コーナー(お茶会)等々、家族等が集う機会を設け、家族間や家族等と職員との交流を深めている。日常的に多くの家族等が来訪している。		

(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)		26. 隔月開催の「事故防止・感染防止委員会」が、各部署に嘔吐物処理物品を設置し、研修会や緊急対応シミュレーションを行っている。手洗い・うがいをポスター掲示で啓発し、励行している。厚生労働省や京都府のホームページから感染症に関する最新情報を入手し、マニュアルの更新とともに、利用者の安全に努めている。 27. 施設の記録ファイルに見出しを付け、整理整頓している。カーテンやマットレスの殺菌・洗浄を定期的に行っている。排泄リズムのチェックと早めの対応などで、臭気防止に努めている。不快な臭気は全く感じられなかった。		

(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)		28. 「事故発生、緊急時の対応・予防マニュアル」を作成し、「事故防止感染予防委員会」を中心に、研修や実践的な訓練を行っている。緊急連絡フローチャートや職員連絡網が作成されており、指揮命令系統が明らかになっている。 29. 事故発生後1週間以内に分析を行い、再発防止に繋げている。「事故として取り扱う事例」「事故報告書の書き方」等をテーマとした職員研修を行い、職員の危機管理意識を高めている。 30. 「災害時対応マニュアル」を整備し、消防署と連携し火災避難訓練を年2回実施している。ホームページに訓練の様子を掲載している。利用者のいのちを守る視点に立ち、災害発生直後のチェック項目として、フェイズ確認・被害状況の確認、利用者の食形態、厨房利用の判断基準の確認、ボランティアの支援体制、備蓄・非常用自家発電機の設置等々を上げている。利用者のキーパーソンの確認、非常用自家発電機の設置、備蓄等で、事故発生、緊急時の体制を整備している。長岡京市と防災協定を結び、非常食は利用者以外に近隣住民60人分も備蓄・管理している。「行方不明者対応マニュアル」に沿って法人理事長が行方不明者に扮し、地域での模擬訓練を実施している。		

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
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. 法人理念に利用者の人権や意思の尊重を掲げ、利用者本位のサービスを経営方針・運営計画、研修計画等に基づいて提供し、各種の検討会議で内容を確認している。身体拘束や接遇マナー等の権利擁護に関する研修で人権意識を高め、利用者1人一人の尊厳に配慮したサービスを提供している。地域や家族等も施設職員とともに利用者を支援している。</p> <p>32. 利用者のプライベートな空間(トイレ・浴室・居室)は羞恥心やプライバシーに配慮した構造となっている。また、「介護ガイド」に沿って、排泄物の処理・用品の取り扱いはバケツではなくトートパックを使用している。</p> <p>33. 認知症ケア専門士の配置や終末期の緩和ケアの実践等で、認知症や痰吸引等の医療的ケアを要す利用者を受け入れる体制となっている。ケアの技能を向上させ、環境を整え、医療的ケアを必要とする人も積極的に受け入れている。</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	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。	B	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. 「ご意見箱」や「やまびこシート」から利用者の意見・要望・苦情を集め、マニュアルに沿って解決に当たっている。「やまびこシート」を施設の随所に置き、家族等やボランティア等から聴き取るか、直接記入してもらっている。他に、家族会の議事録、広報誌「きずな」ふれあい広場、サービス担当者会議や家族会、個人面談・懇談会、日常的な会話から汲み取っている。食事の改善に向けて、年2回嗜好調査を実施している。</p> <p>35. 寄せられた相談・苦情と解決までの過程を記録し、相談苦情解決委員会で議論・検討し、サービス改善に繋げている。解決までの経過等を当事者にフィードバックし、職員はパソコン上で閲覧出来る仕組みになっている。</p> <p>36. 年に1回、事業所関係者以外の第三者委員と報告書を基に意見交換している。第三者委員および公的機関等の相談窓口を重要事項説明書に記載し、事業所入口付近に掲示し、本人・家族等に周知・案内している。長岡京市介護相談員を年12回受け入れ、利用者が気軽に第三者に相談できる場を設け、相談記録を整備している。</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. 「ユニットリーダー研修実地研修施設(平成26年9月認証)」として、27年度より全国から多くの実習生を受け入れており、今年7月12日の更新調査では高得点(99点)を得ている。今回の利用者アンケートの全ての項目も高得点であった。「やまびこシート」や広報誌「きずな」などで家族等やボランティア等の声を拾い、利用者のニーズや要望を相談苦情解決委員会や「食彩委員会」で対応している。利用者満足度を様々な方面から把握し、分析・検討結果を改善・改革に繋げているが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みが確認できなかった。</p> <p>38. 法人理念の実現に向けて、11の委員会・5つの会議・2つのミーティング、プロジェクト(財政・薬等)、ケア協働委員会(看・介)等々で、定期的にサービスの質の向上に係る検討会議を施設長及び担当職員の参画のもとで開催している。</p> <p>39. 法人理念・運営方針に基づいて事業計画の策定、実践、振り返り、改善(PDCAサイクル)を通して、持続的に事業を改善・発展させ、サービスの質を向上させている。「ユニットリーダー研修実地研修施設(平成26年9月認証)」として、常に現状の把握と課題の明確化を図っている。第三者評価は23年度に受審以来、今年は4年目になる。</p>			