

アドバイス・レポート

平成 30 年 3 月 29 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 29 年 10 月 27 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）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>「特別養護老人ホーム梅林園」は理念を「仁愛」・「誠実」・「研鑽」と掲げ、基本方針で「質の高いサービスの提供」を謳っています。トップダウンからボトムアップで職員の意識改革を狙い「梅林園は一つ」として多職種の連携に重きを置きながら、園長は会議や委員会に全て出席すると共に、朝の巡回で利用者や職員の変化や意向を収集し、施設で行われていることの掌握と改善に力を注いでいます。昨年に続いて2年連続の第三者評価受診によりサービスの質を高めていこうとする変革に向けての意気込みが感じられます。</p> <p>○ 地域への貢献</p> <p>総合福祉施設として今までの地道な歩みが実を結び、開かれた施設として近年地域の方々との交流が盛んになってきています。時には地域の体操教室に職員が出向き、嚙下体操、生活リハビリの講師などを務めています。市の老人福祉センターでの「介護者教室」、「介護予防教室」の開催、在宅高齢者を施設に招いての食事会、夏祭り、たくたく会(収穫祭や備蓄の炊き出し、とんど焼きなどの定期的行事)、クリスマス会、餅つきなどに老人会や地域の方々を招待しています。このような積極的な地域との交流の様子を月刊誌「こもごも」に掲載し地域にも配布するなど、地域の高齢者やその家族が孤立せず当事業所を心の拠り所として安心して過ごせる働きかけをしています。また、近くの支援学級との交流を計画するなど、更に大きな福祉の輪を広げる試みをされています。</p> <p>○ 新人研修の充実</p> <p>新人の育成に力を入れ、ついた力を本人とリーダーが共に一つ一つ確認し合える様に組み立て、この職員の5年後10年後を見通して事業所の長期的な変革を目指しています。階層別研修もプログラム化し次年度から取り入れていく予定をしています。こうした具体的な行動計画のもとで、職員の着実な育成を図っています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由 ※)</p>	<p>○ 書類の整備 介護現場では一人の入居者に二通りの個人ファイルを作成しています。他に個人記録、業務日誌、個別支援経過記録、医療情報、リハビリ情報、申し送りノートなど多種の帳票があります。情報が介護現場に適正に集約され、入居者への理解度が増せば、とっさの時にも冷静に対処することができるように見やすく実用性のある書類整備が望まれます。</p> <p>○ アセスメントの充実 新しいアセスメント書式に変更されましたが、身体状況の記載が中心で、本人や家族の思いや意向があまり反映されていません。「自分で食事が出来る」とか「立てる」なども重要ですが「本人がどうありたいか」の考察が必要ですので、アセスメントの更なる充実が望まれます。限りある人生の幸せ請負人として専門職の腕のみせどころです。アセスメントと連動したケアプランの作成も望まれます。</p> <p>○ ケアプランを意識したサービス提供 日々の支援はケアプランをあまり意識せずに行われているように見受けられます。入居者のケアプランが適正に実施され、本人の満足に繋がっているか否かの検証を部署会議などで職員と確認し合い、モニタリングの記録を残されることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○ 書類の整備 一つのファイルと特定の記録を見れば入居者の様子が新人職員にも手に取る様に分かり、緊急時にもすぐ役立つように、個人ファイルに各種情報を集約し整理されることをお勧めします。特に家族連絡先や主治医、医療情報、アセスメント表・ケアプランは最新のものを備え職員間での情報共有を図りたいものです。</p> <p>○ アセスメントの充実 ケアプランが真に入居者の意向を汲み、本人に寄り添ったものになっているかどうかはアセスメントの精度にかかっています。食・入浴・排泄の‘三大介護’に終始し身体状況のみを問題にするのか、精神的な側面まで把握し、幸せ度を増幅するかはアセスメント力にかかっています。徐々に情報を膨らませ、ケアプランに反映させて行かれることを期待します。また、定時の更新記録も残しましょう。</p>

	<p>○ケアプランを意識したサービス提供</p> <p>大勢の入居者のケアプランがひとまとめにファイルされていても多忙な介護職員はなかなか目を通す時間がありません。そこで、介護支援専門員は介護職を巻き込み定期的にケアプランのモニタリングをおこなえる方法として、個人記録にモニタリング欄を設け介護職にチェックを入れて、会議で一緒にモニタリングをおこなえば、現場にケアプランが浸透し介護職員の意識も向上するのではないのでしょうか。</p>
--	---

※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。

※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	特別養護老人ホーム梅林園
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)	短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成30年2月14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
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)		<p>1. 理念は事務所入り口、会議室、各棟フロアーなどに額に入れ大きく掲げ、ホームページ・パンフレットに掲載している。また、基本方針は運営規程や事業計画に掲載し、行動規範としている。職員は年度当初に説明を受け、朝のミーティングで唱和をして意識を高めている。利用者・家族には入所時に入所企画課がパンフレットや重要事項説明書を渡し説明をしている。</p> <p>2. 朝の各部署ミーティング、全部署ミーティング、朝礼での全体会議（月1回）で出された議題は案件別に三部署会議、各種委員会や部課長会議で検討している。評議員会（年2回）や理事会（年3回）でも検討され承認を得ている。意志決定の流れを明確化し職員の意見が反映されている。職務分掌表で職務に応じた責任の範囲は明確になっている。</p>		
(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。	B	B
		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)		<p>3. 園長から基本方針と重点項目が提案され、それにそって各部署（介護部・企画部・健康管理部・介護技術指導研修センター等）の計画が出され、単年度計画を策定している。家族からの意見・要望も取り入れている。中・長期計画の明文化が望まれる。</p> <p>4. 月毎に「虐待防止」「暴言防止」「言葉防止」「接遇向上」の4課題のうちの一つを事業所全体で取り組み、各部署は毎月事故防止委員会において、目標の達成度を確認し、次月の目標を決めている。事業計画は半期に一度各部門ごとに総括している。</p>		
(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。	B	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. 園長は京都府介護保険集団指導、山城北ブロック施設長会議、京都府老人福祉施設長会議などに参加して法令の変更点などを確認し、部課長会議で伝達して各部署職員に周知を図っている。又法規に関する書物はA棟事務室に置いてあり、必要な時取り出せるようになっている。各棟にも集団指導資料や法令遵守の規程はファイルして配置している。自主点検表は各部署で行い纏めている。</p> <p>6. 運営規程や職務分掌に管理者の役割を明記している。園長は全体ミーティングや各委員会、各会議に参画し意見を述べている。職員意見を収集する「ポスト」の設置や園内見回りにより、職員の声に耳を傾けている。また、毎年「快適職場業務改善調査」を行い、管理者は職員からの信頼度を把握し自己の振り返りを行っている。</p> <p>7. 園長は業務日誌の確認やミーティングへの参加、園内見回りにより常に運営状況を把握している。緊急連絡網やPHS、スマートフォンで24時間職員と連絡が取れ指示を出せる体制になっている。</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	B
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. 「梅林園職員配置表」で有資格者の配置や人数確認をしている。介護福祉士の内多数が当園入職後に資格取得をしている。資格取得の際には勤務調整などの配慮をし、社会福祉士、介護福祉士、介護支援専門員などの資格取得者に業務手当を付与している。採用は有資格者のみならず常勤で夜勤のできる方や人物本位としている。</p> <p>9. 人材育成には力を入れ5～10年後を見据え階層別に研修計画を作成している。今年度は新人の育成に力を入れ、今後は中堅職員以上にも対象を広げたいとしている。外部研修で得た知識を伝達し職員研修として共有している。事故防止対策委員会で事故の起こりやすい時間帯や場所の分析を行い、実際に起こった事例から気づき学べるようにしている。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備し、実習指導者研修は職員2名が受講している。教育大や同志社大の学生、支援学校の介護体験、近くの中学生の福祉チャレンジ体験を受け入れている。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇の取得率や時間外労働のデータを総務部が管理している。時間外労働の多い部署は仕事の手順を職員と話し合い、フレックス制の出勤形態に見直している。育児休業・介護休業は就業規則に明記している。現在産休を取得している職員がいる。車椅子やストレッチャー、機械浴、リフト車を導入し職員の負担軽減に繋げている。</p> <p>12. 産業医に毎月受診相談する体制があり、メンタルヘルスチェックで気がかりな職員には声かけをおこなっている。ハラスメントに関する規定は就業規則に明記し相談できる体制になっている。園長の朝の巡回時に職員の声を聞きとるなどの工夫をしている。園内保育所の完備、マイカー通勤による通勤時の利便の良さなどの利点がある。職員の食堂は清潔で、適温・安価の職員食が食べられ、プチレストランのような雰囲気になっている。体調不良であれば園内診療所で診察を受けることもできる。年2回の親睦会に法人の補助がある。共済会に加入している。ストレスを溜めないように退職したOBが相談に応じたり、職員が寛ぎ休憩する場所がある。</p>		

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	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. 「パンフレット」や広報誌「こもごも」を各居宅介護支援事業所や城陽市に置いて貰い地域の方々の目に触れるようにしている。情報の公表をホームページに掲載するとともに各棟の事務所脇にファイリングして置いている。青谷学区の敬老会や地域の小学校の運動会、民生委員のしめ縄作りに参加し交流を深めている。</p> <p>14. 地域の体操教室の嚙下体操、生活リハビリなどの講師として出向き、市の老人福祉センターでの「介護者教室」や「介護予防教室」も担当している。地域文化ふれあいまつりでは介護体験を予定していたが今年度は中止になった。ホームの各種行事やたくたく会への参加呼び掛けで地区の老人会や住民のつどう場として近年多くの参加者を得ている。地域との連携も事業計画に掲げ精力的に取り組んでいる。</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（料金表添付）、月刊誌「こもごも」などで、入居希望者や家族の知りたい情報を分かりやすく表示し提供している。パンフレット裏面に施設見学のお問い合わせ、として見学可能な曜日と時間・担当を明記し、問い合わせや見学には適宜対応し記録を残している。			
(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. 重要事項説明書には利用料金（保険外のサービス料金の根拠も含めて明示）やサービス内容も明示されている。入所にあたっては企画課の相談員が対応して重要事項等説明の後同意の署名及び印鑑を貰っている。現在成年後見人制度を5名の方が利用している。			
(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。	C	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。	C	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。	C	B	

	(評価機関コメント)	<p>17. 独自のアセスメント様式を作成して介護職も加筆できるようなアセスメント票の見直しをしているが、身体状況を重視した内容である。試行中であり、利用者個々の更新を行っているが全員には至っていない。</p> <p>18. アセスメントが簡素でケアプランとの連動性が確認し辛い。本人家族の希望欄もあっさりして情報量が不足している。家族と面談の際は看護師や栄養士など多職種が同席して家族の意向を汲み、それぞれが提供するサービスを分かり易く家族に説明をしている。ケアプランには本人・家族からの同意を得ている。</p> <p>19. 内科や心療内科の医師、眼科、皮膚科の医師の往診があり健康管理部(医務)から医療情報は入手している。各部署からの情報がケアプランに確実に反映されているとはいえない。情報は入居者別に分けて個人ファイルに縦じ個別に見やすくすることが望まれる。</p> <p>20. 更新時及び急変時の計画変更や「看取り計画書」は丁寧に作成されているが、比較的安定した入居者の見直し間隔は今後の検討課題である。サービス担当者会議への家族参加の呼びかけと会議録の作成も望まれる。</p>				
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(評価機関コメント)	<p>21. 内科医週4回(含心療内科)、眼科、皮膚科は月1回の往診があり、医師や看護師、栄養士との連携はとれている。他の事業所や行政、関係機関とは連携が取れており、リストを作成し事務所で見ることができる。入院していた入居者が退院する時には病院に向きカンファレンスや病状説明などを受けている。</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、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。	B	B	
	(評価機関コメント)	<p>22. 業務マニュアルを整備し活用している。マニュアルは各委員会で年に一見直している。面会時の記録の仕方への個人情報の観点や事故時の速やかな対応などを教訓にマニュアルを変更している。</p> <p>23. 保管・持ち出し・廃棄規程がある。個人記録、業務日誌、申し送りノート、支援経過記録、各個人ファイルなどは施錠が出来る部屋に適切に管理されている。持ち出しは原則禁止だが、必要時の持ち出しはサインをしている。個人情報保護と開示の視点からの研修は入職時に行い全職員の誓約書の提出が義務づけられている。ケアプランに照らして業務を振り返るケアの流れはこれからの課題である。</p> <p>24. 各部署引継ぎや全体申し送りで利用者状況や特記事項を共有している。看取り時の介護の統一はできている。ケース検討会に参加できなかった職員は、申し送りノートを読みサインをしている。定期的なケアカンファレンスは開催されていない。</p> <p>25. 月刊誌「こもごも」は毎月送付し、誕生会の写真はコメントを入れて家族に郵送している。希望する家族には毎月入居者の写真と手紙を送っている。面会時には職員が気をつけて家族と対話の機会を持つようにして情報交換するように心がけている。ケアマネジャーと家族との定期的な面談は出来ていない。</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. 感染症マニュアルを作成し、看護師による特別研修で流行疾患の把握や職員への啓蒙を行っている。流行時には朝のミーティングで注意点、防止策などを確認している。医師の指示でマスク着用や面会禁止、棟の封鎖などを決めている。園内随所にマスク、消毒薬ウェルパスが置いてある。</p> <p>27. 施設全体の清掃は職員が分担して行っている。トイレ・食堂・風呂は環境チェック表で記録を残し清潔を保っている。居室は週1回の清掃を行い汚れに気付いた時に適宜清掃をしているが、今後清掃のタイミングや頻度に関しては検討中である。コンプライアンス委員会が不定期の見回りで臭気等の有無を点検している。廊下など広い空間も整理整頓されており清潔感がある。</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・緊急時の対応マニュアルが作成され、事故防止対策委員会で事例をもとに事故への検討を毎月している。また、消防本部のAEDや救急救命講習を受けている。職員の連絡網が作成され緊急時の指揮命令系統も明確にしている。</p> <p>29. 事故防止対策委員会では、事故やヒヤリハットの統計を取りデータ分析から予防策を練り、防止につながるよう職員の研修をおこなっている。また、マニュアルの見直しに繋げている。マニュアルは毎年見直し確認し日付を記している。事故報告書には、原因、対応経過、家族への報告などを記録している。</p> <p>30. 消防署立会いのもと年1回、独自で3回の火災等訓練を各棟持ち回りでを行い、他部署の救援もマニュアル化し、実践している。消防署の指導により地震訓練も行っている。備蓄は・衛生手袋・サランラップ・ゴミ袋・紙おむつなどと、4日分の献立を考えてα米・水・その他食材を長寿食研究開発センターで管理している。福祉避難所の指定を受け、地域との連携体制を整えている。地域の防災訓練に参加している。</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
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。	B	B
		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. 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基本方針で明確にしている。「虐待防止」「暴言防止」「誤薬投与防止」「接遇向上」の4課題から1つを選び各部署で毎月重点目標を決め実践している。コンプライアンス委員会、身体拘束廃止委員会を毎月行い目標達成度を振り返っているが、研修の中に人権や尊厳を重視した項目は無く今後の改善課題としている。ミトンなどの拘束事例があり家族の許可を得て記録に残し、極力無くす方向で意識化している。</p> <p>32. 業務マニュアルにプライバシー保護の関連項目があり、新人研修でも周知している。接遇と絡めコンプライアンス委員会や各部署でも日常何気なくしていることについて議論をし意識を高めている。面会簿の書式変更をおこない、オムツ交換や入浴時の遮へいの配慮もしている。</p> <p>33. 利用申し込みは基本的にはことわらない方針を持ち、医療的な問題がなく安定期であれば入所準備委員会で公平に受け付け検討している。事業所として対応困難であれば相談に乗り、適切な所を紹介している。</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	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. 各棟に意見箱を設置し、入っている意見は苦情解決委員会で検討し各部署におろしている。園長が園内を廻り、入居者の思いや要望を受け止めている。定期的な個別の相談や利用者懇談会は行っていない。</p> <p>35. 苦情についての対応方法は定められ、園長に報告後、部課長による事実確認や苦情解決委員会で検討を行うなど、迅速に対応をしている。意見・要望・苦情の検討結果や回答を玄関や各棟事務所協の専用ボードに貼り公開している。また、個人的なことは直接家族等と話合っている。受けた苦情は内容により次年度目標に活かすなど真摯に対応している。</p> <p>36. 重要事項説明書に苦情受付の方法及び第三者の氏名、公的機関を記載し本人や家族に説明している。苦情解決の方法や受付機関等についてはスタッフルームの横に掲示している。介護相談員を受け入れ、利用者の相談機会を確保している。また、聞いたことは各部署玄関にて公開している。</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。	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	A
(評価機関コメント)		<p>37. 利用者に対する満足度調査は出来る部署から徐々に取り組みしており、ショートステイとデイサービスで行い部課長会で集計・検討中である。特別養護老人ホームでも準備中であり次年度には実施する予定である。栄養部は嗜好調査を行い利用者の意向を汲んだ食事作りをしている。行事委員会では行事の時に利用者の声を聞きとり次の行事に反映させている。園長が毎日各棟を廻り入居者の声に耳を澄まし、玄関にもアンケート用紙を置き意見の収集を行っている。面会の家族等には職員が丁寧に対応し意向を聞くようにしている。</p> <p>38. 毎月コンプライアンス委員会、事故防止対策委員会、身体拘束廃止委員会、部課長会などで介護の質への検討をしている。会議には園長、専務理事が必ず出席し委員と一つになり質の向上に取り組んでいる。他事業所の取り組みなどは、相談員が市のケアマネジャー連絡会に出席して情報収集をしている。園長は京都府老人福祉施設協議会や山城北ブロック施設長会議などに出席して情報を交換し、部課長会で報告している。新聞記事からの情報も参考にしている。</p> <p>39. 第三者評価を2年連続で受け、再度客観的な視点で実践状況を確認している。前年のアドバイスレポートをコンプライアンス委員会にかけ、今年度目標に生かし、ワンランク上のサービス提供を心がけている。毎月の重点目標の振り返り、単年度目標の半期ごとの振り返りにより何重にもサービスの質をチェックしている。</p>		