

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 1 月 1 6 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

令和元年 1 月 2 2 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 ひだまり久世** 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>城陽市は京都府の南部に位置し、田園風景が広がる自然豊かな立地の中で、2007 年 5 月に社会福祉法人 城陽福祉会「ひだまり久世」が開設されました。建物の内装はぬくもりのある「木材」がふんだんに使用され、「心が安らぐ」雰囲気を感じさせられました。その上床材には衝撃を吸収する素材を使用され、安全面にも配慮がされていました。屋上には広いテラスが設けられ眺望は素晴らしく、様々なイベントでも使用されています。夏には各地の花火大会を見ることができ、利用者の憩いの場になっています。さらに、屋上には、抗菌性の高いヒバの浴槽や足浴場があり、自然を眺めながら楽しめる工夫がされていました。また、利用者に提供される毎日の食事は、咀嚼などの安全面や栄養面、食べやすさ、見た目を重視して献立を考えられていました。毎月 1 回の食事提供者との意見交換を行い、季節に合った食事の提供を行うなど「美味しく食べてもらいたい」との思いが感じられました。</p> <p>○理念・行動指針・基本方針</p> <p>理念・行動指針・基本方針は、ホームページやパンフレットに記載され公表されていました。“個人の尊厳と人権を尊重”“福祉と教育の向上”“働きがいと生きがいを感じる職場”と明言され、介護福祉施設としての利用者本位の考え方や職員の資質を向上することでの良質な統一したサービスの提供、職員の定着、職員の自己研さんと働きやすい職場環境の創設を実践されていました。また、理念については各委員会やフロア会議で唱和され、職員に周知徹底され、理念に沿ったサービスの提供が実践されていました。さらに、“地域社会と共に歩み”“地域との連携”を提唱しており、地域との連携を深め地域に溶け込んでいく社会福祉法人としての姿勢を感じました。</p> <p>○マニュアルの整備・見直し</p> <p>業務標準化のための各種業務マニュアルは各委員会で作成をされ、全 26 種</p>
-----------------------------	---

	<p>が整備されていまして。シーツ交換や入浴移乗技術などについては写真を入れ誰が見てもわかりやすく作成されていまして。誤薬事故防止のための服薬マニュアルが守られているか、標準的な環境整備ができているかを、毎日、ケアマネ・主任以上のスタッフが確認を行うシステムができていまして。また、利用者アンケートの結果や苦情などから、必要に応じてマニュアルを改定することもされていまして。現在、各種委員会で業務マニュアルを全体的に見直されている最中でしたが、今後、年1回、時期を決めて見直しされることを期待しています。</p> <p>○各委員会の設置・会議組織の体系化</p> <p>事業計画の中で「委員会活動の充実」の目標を掲げ、各委員会のテーマごとに業務改善を検討し、より良いサービスの実現に取り組まれていまして。委員会は「感染対策・衛生委員会」「リスクマネジメント委員会」「入浴移乗委員会」など9つの委員会が設置されていまして。各委員会の開催時には、各フロアから1名のスタッフが参加し、内容に関してはフロア会議で報告しスタッフ全員が情報共有できるシステムになっていまして。また、フロアごとに開催される月1回のフロア会議では、各スタッフからのサービスについての改善・意見・意向を集約し、リーダー会議で反映され事業の運営方針に反映されるシステムが構築され、スタッフが主体的に運営をして、責任感とやりがいを感じる事ができました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○家族懇談会と家族との交流</p> <p>利用者アンケートや面会時、イベント時などに家族からの意見・希望を聴く機会が多いと思いますが、事業所の適切な運営への理解をして頂けるように、家族と事業所が共有できる場を設定されてはいかがでしょうか。</p> <p>○自治会組織との連携</p> <p>ふれあいホールを中心に開設時から地元自治会とは良い関係で、地域の行事や自治会の会合や敬老会に施設等の貸し出しをされています。しかし、地域の行事等の情報が入手できていませんでした。今後、地域との交流の活性化を期待します。</p> <p>○自己評価の定期的な実施</p> <p>介護保険法に基づく「自主点検」は年1回定められた基準で実施され、各種委員会ではサービス内容の評価を実施されていますが、第三者評価基準で定められた自己評価が年1回以上、実施されていませんでした。より良いサービスの実現のためにも、年1回以上の自己評価されることを望みます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○家族の声が聴ける懇談会</p> <p>満足度アンケートを年2回行いそれぞれに集約・検討・評価し改善に結び付けられていますが、その結果を家族へフィードバックがされていませんでした。家族が参加する行事や面会のたびに意向・意見を聴く場とされていますが、家族の声が聴け、事業所と共有できる懇談会の実施を今後、検討されることが望まれます。</p> <p>○利用者が地域の人々と良好な関係を持つことが出来る支援</p> <p>町内会に入り、地域の行事の情報を入手、行事に参加をし、地域との関係作りをすることで、地域住民やボランティアに支えられた事業所運営や、利用者と地域の人々との良好な関係が保てるような支援を期待します。</p> <p>○自己評価の定期的な実施</p> <p>各委員会において検討するサービス内容や、年度計画を立てて年度末に確認して次年度につなげておられますが、年に1回以上定められた評価基準に基づいた自己評価を実施し、PDCAのサイクルの実施に取り組みれるとともに、3年に1回の第三者評価の受診されることを期待します。</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。

(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	2672800261
事業所名	特別養護老人ホーム ひだまり久世
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	令和2年8月25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)		通番1. 法人の理念、行動指針及び基本方針を明確にし、運営規程及び重要事項説明書に運営方針を明示している。職員には入職時の研修や法人設立記念式典で「法人の理念や行動指針」の論文を発表し理念の周知を行うとともに、各会議で理念の唱和を行い意識づけている。各委員会や課題の振り返りの時に理念や運営方針に沿って検討している。また、利用者・家族にはホームページで開示しているとともに、重要事項説明書でわかりやすく明示している。 通番2. 各委員会は意思決定権を持ち、各フロアの職員や栄養士・看護師の代表をメンバーとし施設長も出席している。理事会は基本的には年2回開催していることを議事録で確認ができた。職員意見の反映はフロア会議・各委員会で反映している。職務権限は運営規程や重要事項説明書で職務内容を明確化し、さらに組織図で責任の明確化をしている。			
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		通番3. 中長期計画（5年）は課題や具体策を明らかにし、年2回の利用者アンケートで利用者ニーズを反映して単年度事業計画を施設長と主任で作成し、各委員会では事業計画を基に職員の意向を反映した年間計画を策定している。中長期計画・単年度事業計画はいつでも見られるようにはしているが、職員への配布はされていなかった。 通番4. 各部門を各委員会とし全職員がそれぞれに参加をして、課題の設定の下に年間計画を策定している。会議はフロア会議→各委員会→リーダー会議→総括会議で行いリーダー会議で3ヶ月毎に収支報告、稼働率の進捗状況を確認していることを議事録で確認ができた。			
(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	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。	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>通番5. 施設長は毎年の集団指導に参加し、インターネットでも必要な情報を取り入れ、職員に必要なことは回覧をし周知している。通達や法令は介護保険法の冊子を事務所に設置して自由に見られるようにしているが、職員がすぐに調べられるようにリスト化はされていなかった。また、自主点検表はフロアリーダーや専門職員を含めておこなっている。</p> <p>通番6. 運営規程や重要事項説明書に施設長の役割と責任を明文化している。施設長は原則的に各委員会やフロア会議に参加し、職員の意見を聞く機会を持ち運営方針に反映させている。施設長自らを、他職員が評価する方法は取り組めていなかった。</p> <p>通番7 施設長は主に事務所で勤務し事務所に週間予定表を作成し居場所を明確にしている。また、常に携帯電話を持ち連絡がつくようにしている。施設長は月報・各委員会の議事録で現状を把握するとともに、主任からの報告を得ている。緊急時は主任から口頭連絡により指示を仰ぐ体制をとり、主任から施設長に報告している。</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。	B	A
		(評価機関コメント)		通番8. 必要な人材確保については、資格の有無にはこだわらず人物本位を重視することを求人票に明記している。人事異動時などは個人の資格の確認や加算要件職員の比率の確認をしている。自己啓発支援制度として、資格取得支援(受講代上限50,000円)をおこなっている。 通番9. 職員の研修は年間計画で新入社員研修・中堅職員研修・外部派遣研修と定め事業計画内で計画し実施している。外部研修は職員用の掲示板に掲示し、管理者が参加命令を出した研修は勤務扱いとして公費で参加をしている。また、自己研鑽での研修は有給休暇を使いおこなっている。「気づき」を促す取り組みとしては看取りの研修時や気が付かなかったことを申し送り時に行っている。技術研修勉強会は自主的に行い、年間計画に基づく研修の講師は残業扱いにしている。 通番10. 実習生受け入れマニュアルを作成し、マニュアルに沿って受け入れオリエンテーションを行っていることが確認できた。研修指導者研修を受講したフロアリーダー・研修担当者(中堅職員)が担当している。中学校の福祉体験と大学・福祉人材サポートセンターのインターンシップを受け入れている。		
(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)		通番11. 職員の有給休暇の取得日数や残業時間の管理は出勤簿で管理し、職員の意向や要望の把握は年2回施設長が面談を実施している。産前産後休暇や育児休暇制度は実績がある。介護休暇の実績はないが、取得できることを就業規則に明記していることを確認できた。職員の負担軽減につながるように、入浴時にスライディングボードや浴槽の手すりを使用し、リクライニング車いすの使用もしている。また、パソコンのシステム化で全事業所で共有できるようにしている。 通番12. 各職員が、産業医に相談できる体制をとり、職員用の掲示板に掲示している。健康診断やストレスチェックを行い、職員には産業医の面談を勧めている。民間福祉施設職員共済会に入り法人の親睦会を年2回行っている。ハラスメントの規程は就業規則に明記されていないが、職員には書類を作成し掲示板に掲示して周知している。宿直室を休憩室として使い、布団やテレビを設置し各自が飲料や食べ物を持って来て休憩ができるように整備されていた。		
(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	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)		通番13. 事業所の概要や運営、理念はホームページやパンフレットで開示している。情報の公表制度を更新しホームページで開示しているが、事業所の見やすいところへの開示は見られなかった。また、社会資源や地域の情報の収集と利用者への提供は出来ていなかった。事業所周辺へ情報入手や行事への参加はしていないが、利用者が今まで住んでいた地域の敬老会への送迎はしている。 通番14. 法人の地域包括支援センター主催の勉強会や介護予防教室をホールで行い自治会の敬老会や会合にもホールを貸し出している。さらに、城陽市虐待委員会や介護認定審査会への委員の派遣対応も行っている。また、城陽市社協の研修会で栄養士が「食」の研修を行っている。地域住民のニーズは法人の地域包括支援センターが吸い上げてこたえている。		

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
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)		通番15. ホームページやパンフレットで事業所の概要、サービスの提供の内容、料金及び介護保険対象外のサービス料金を分かりやすく紹介している。入所希望者の問い合わせや見学希望者の対応は、介護支援専門員や相談員が個々に応じて対応していることが、入所相談記録にて確認ができた。			
(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)		通番16. 重要事項説明書には、サービス内容、サービス利用料金や介護保険の給付対象外サービスについて詳細に記載し、利用開始にあたっては利用者、家族に十分わかりやすく説明をし、書面にて同意を得ている。判断能力に支障がある場合は、家族の同意を得ていることを書面で確認ができた。さらに、成年後見人を利用している利用者の場合も書面で同意を得ていることを確認ができた。また、権利擁護の取組実績はないが、施設内には「リーガルサポート」の啓発ポスターを掲示をしている。			

(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。	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。	B	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>通番17. 利用者の心身の状況や生活状況は「ほのぼのシステム」を日々活用し、所定のアセスメント様式をPC上で記録していることを確認ができた。入所判定会議時の医師や専門家の意見や入所後の医師や専門家の意見はアセスメントに反映をしている。アセスメントは基本6か月に1回実施しているが、状態が安定している場合には12か月に1回実施している。</p> <p>通番18. 計画書の策定にあたっては、サービス担当者会議に家族が参加できない場合には、家族の面会時にサービスの意向の聞き取りを行い、個々の計画書に意向を反映している。</p> <p>通番19. ケアカンファレンスに主治医や専門家が参加できない場合には、照会を行い意見をもらって個別援助計画書に意見を反映させている。個別援助計画策定にあたっては関係各部署の意見の確認をしている。</p> <p>通番20. ケース記録でサービスが計画通りに実施できているか日々利用者の心身状況の変化について確認ができた。個別援助計画の見直しについては、入院等による心身機能の変化時や介護保険の更新時に見直しをおこなっている。</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)		通番21. 医師との連携体制が確保され、受診は「施設配置医」や他院で受診している。他院受診時は「施設医からの紹介状」「看護職員から受診票」を作成し、診察後は診察結果などの情報を得ている。また、関係機関などは城陽市の福祉事業所リストや病院などの一覧表を作成している。利用者の入退院時は地域包括支援センターとの連携や病院相談室との連携で看護サマリーで情報交換をおこなっている。		

(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	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	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。	B	B

(評価機関コメント)	<p>通番22. サービス提供するにあたっては、各種マニュアルが整備され、シーツ交換や入浴乗換技術など、写真入りで分かりやすくマニュアルを策定している。サービスが標準的な実施方法に基づいて実施されているかは「チェック表」で確認をしたり、毎日ケアマネジャー・主任以上のものが服薬や環境整備を確認している。</p> <p>通番23. 介護記録ソフト「ほのぼの」を利用し、個別援助計画に沿った、個々の利用者のサービス実施状況を記録しているのが確認できた。個人情報に関わる誓約書は入職時に誓約書の取り交わしをしている。さらに、就業規則にも個人情報に関わる内容を明記している。しかし、利用者の記録の保管、保存、廃棄に関する規程は「文書保管規程」で確認できたが、文書の持ち出しの規程がなかった。</p> <p>通番24. 各フロアごとの申し送りで利用者の状況に関する情報を共有している。また、アセスメントやケアプランも各フロアに設置され情報共有ができています。施設全体の情報発信には、介護ソフト「ほのぼの」で情報共有をしている。</p> <p>通番25. 家族とは、利用者との面会時に情報交換を行っている。サービス提供の様子はケアプランの説明時に伝えているが、緊急を要する場合は電話等で随時伝えている。しかし、利用者の日頃の様子や施設の様子は、ホームページやブログで情報発信はしているが、定期的な家族への情報提供ができていなかった。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>通番26. 感染症・予防対策委員会にて感染症・予防マニュアルを作成し、各職員には感染症に対する研修をおこなっている。また、感染症のまん延の予防に向けた感染症委員会を年12回開催している。マニュアルの定期的な見直しはできていないが、現在、全体のマニュアルの見直しを進めている。二次感染を防ぐための対策も具体的に定めている。</p> <p>通番27. 施設内の書類や備品等は整理・整頓がされていることが施設見学で確認できた。各職員が使用する衛生備品は各フロアで保管されている。また、同法人の事業所間で、3か月ないし4か月に1回、4Sチェックの巡回点検があり、改善の指摘を受け、改善に取り組んでいる。臭気対策は換気扇、汚物処理室にはオゾン脱臭機を設置している。</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>通番28. 事故や緊急時の対応マニュアルは作成され、リスクマネジメント委員会を毎月開催し事故防止に努めている。新入職員研修でも事故や緊急時に対する意識を高め現場に生かされている。また、消防署から出張による普通救命講習を年2回開催し、各職員の知識と技術の向上に取り組まれている。さらに、緊急連絡網も整備されていた。</p> <p>通番29. 事故発生時には速やかに適切に対応し、家族に報告をしていることが記録にて確認ができた。事故後の再発防止策も立案され記録されている。また、保険者に報告が必要な事例があれば速やかに報告されている。さらに月1回リスクマネジメント委員会を開催し、発生した事故の周知、意見交換を行い、内容をフロア会議で報告、各職員の注意喚起につなげている。</p> <p>通番30. 災害発生時のマニュアルは洪水・地震・水害・火災時の各対応マニュアルを作成し火災の避難訓練を年2回昼夜想定で消防署の指導のもとに行っている。今後は洪水想定での避難誘導訓練を予定している。法人の自衛組織表を作成し、指揮命令系統は緊急連絡網で明らかにし隣接する同法人の保育園とは緊急連絡網にのっとり協力しあい訓練を行っている。福祉避難所として指定されていることでもあり、今後は地域住民や地域の自衛消防団にも声をかけての訓練が望まれる。</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。	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>通番31. 理念には「個人の尊厳と人権を尊重」運営規程には「一人一人の意思及び人格を尊重」と明記し、サービスの提供が実践されている。また、施設の方針として身体拘束は行わないが、3か月に1回、リスクマネジメント委員会で身体拘束・虐待について話し合われている。新入職研修や既存職員研修で職員に周知徹底している。</p> <p>通番32. 接遇委員会で高齢者の尊厳を守るための取り組みを行っている。例えば、「トイレでは扉を閉める」「居室の扉が開いていれば声を掛けて閉める」などの対応を行い、「声かけマニュアル」を作成し各職員が統一した支援を行えるように工夫をしている。さらに、新入職員研修、在職職員研修でプライバシー保護についても周知している。</p> <p>通番33. 見学対応時に、特養で対応できない医療行為などの内容を説明し、受け入れられない時には地域包括支援センターと連絡をおこなっている。入所判定会議には第三者である元入居者の家族や民生委員が参加し公正な判断をおこなっている。</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>通番34. 年2回の満足度アンケートを実施し利用者・家族の意見・意向を収集し改善に向けて取組んでいる。嗜好アンケートは栄養士が行っている。今回、接遇に関するアンケート調査も取り入れることになった。また、利用者や家族の意見・意向は、直接、フロアーの職員やリーダー、介護支援専門員、事務所職員が聞き取り対応している。それぞれの意見・意向はリスクマネジメント委員会、接遇委員会で検討し改善に向けての取り組みを各フロアー担当者に報告、周知している。家族からは面会に来られた時のみ意見を聞き出していたが、利用者懇談会はおこなえていなかった。</p> <p>通番35. 苦情対応マニュアルは作成され、苦情が出た場合にはまず施設長に口頭で報告した後、苦情報告書を作成し、必要に応じて会議をおこなっている。対応策を検討し、事務所の横の掲示板に張り出し公表している。</p> <p>通番36. 第三者を相談窓口として設置し掲示板で周知している。また、重要事項説明書に公的機関等（相談窓口・受付時間・電話・ファックス番号）を記載しているとともに、掲示板にも掲示している。公的機関を経由して寄せられた苦情の例はないが、苦情対応マニュアルで対応方法は決められている。利用者の相談機会の確保として、介護相談員（4名）派遣事業を活用中で毎月の接遇委員会で報告をしている。</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。	A	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。	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>通番37. 利用者の満足度アンケートを年2回実施、栄養士による嗜好に関するアンケートを年1回実施し、その結果を接遇委員会でアンケートの集約、分析を行い、改善に向けた検討をおこなった上で今後のサービス提供に繋げている。アンケートの結果、改善策はフロア会議で振り返りをおこなっているが、利用者・家族には結果を回答する仕組みがなかった。</p> <p>通番38. 各種委員会が月1回開催され、各フロアから代表で1名参加し、事前に各職員からの意見を聞き取り委員会に参加している。サービスの質の向上に向けた取り組みの検討をし、その内容は各フロア会議にて職員に周知する仕組みになっている。</p> <p>通番39. 各種委員会において年度計画を策定し、年度末にはサービス内容の評価を実施し、次年度の計画策定につなげているが、第三者評価基準で定められた基準に基づく自己評価が年1回以上実施していなかった。また、前回の第三者評価の受診は、平成25年度であり、3年以上を経過していた。</p>
--	--	------------	--