

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 2 月 2 4 日

令和 2 年 7 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（フィン桜が丘）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>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施 法人のキャリアパス制度をもとに階層別研修プログラム（「職員教育計画」）が体系的に整備されています。それ以外に職員研修計画（内部研修）を策定するとともに、事業ごとの研修、外部研修の参加の仕組みもあります。新人職員には指導職員がついて教えるOJTの仕組みがあります。職員が互いに学びあい発表する場として事例発表会があります。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報共有 家族との情報交換は、連絡ノートの活用や送迎時、担当者会議の際に行っています。また、木津芳梅園だより（年4回）を家族に送付しています。フェイスブックで行事の様子を掲載したり、Instagramで管理栄養士が「今日の食事」として食事内容をあげるなど事業所の現状を積極的に発信しておられます。</p> <p>(通番 31) 人権等の尊重 利用者本位のサービス提供を理念、運営方針に明示しています。レクリエーションプログラムは様々に用意され、選択制になっており、昼食は一定の時間帯の幅の中では自由に食べられ、席も自由とするなど利用者個々が自ら選択をして主体的に過ごせるようになっており、自分の思いを実現できる“居心地のいい場所”と思えるための工夫として評価できます。</p> <p>また、高齢者虐待防止の観点から職員研修や虐待チェックリストの実施等行い、職員会議でも話し合いの機会を持って日常的な業務の振り返りを行っています。身体拘束廃止に関する指針を設けており、身体拘束防止についての研修も実施しています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が見込まれる点とその理由</p>	<p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 利用者の状況は介護記録システム（ブルーオーシャン）にて記録し、各職員（非常勤含む）に割り当てられたパスワードにて情報管理をしています。また、記録の保管、保存、持ち出し、破棄、情報開示に関しては「保存文書管理マニュアル」、「保存文書分類表」及び「個人情報管理規程」にて規定されています。しかし、開示請求の仕組みが構築されていませんでした。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 「相談・苦情対応マニュアル」及び「利用者の意見・要望等の相談解決実施要項」を整備して、利用者の意見・要望・苦情に対する対応方法が定めています。収集した意見、要望、苦情は苦情受付担当者が苦情受付書に記録し、苦情解決責任者である運営管理者に報告し、適切に対応しています。 また、昨年度は利用者に対してサービス向上調査を実施し、結果を集計したものを事業所内に掲示しましたが、改善状況を公開するには至りませんでした。どのような苦情を受け、どのように対応したかを公表することは、利用者、家族にとっては意見を言いやすくなるとともに、施設運営に対する信頼感、安心感を高めることにも繋がります。そのためにも、改善情報を公開されることが望まれます。</p> <p>(通番39) 評価の実施と課題の明確化 サービス評価向上委員会において評価結果の分析・検討を行い、課題等を拠点連絡会議にて共有した上で次年度計画に反映する仕組みがあります。しかし、第三者評価は初受診であり、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等についての定められた評価基準に基づく自己評価の実施が行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人芳梅会は、「小規模ながらアットホームな理想郷をつくりたい」という創立者の意思を受け継いで、昭和62年に木津川市に木津芳梅会を開設されました。</p> <p>その一つの事業所であるファイン桜ヶ丘は、平成28年に精華町南部地域の拠点として開設された通所介護事業所（定員39名）です。同一敷地内には居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、運動特化型通所事業も併設しています。</p> <p>職員参画のもと策定された法人理念「地域に想いを寄せて、ご利用者様と職員にとってすこやかな居場所を目指す」は、全職員に浸透され、実践の具体化のための指標となっています。法人においては、職員育成にも積極的に努めており、キャリアパス制度の整備、研修体系の確立、現場での気づきを促すOJTの仕組みの構築、資格取得の支援等が行われていました。また、利用者の支援とあわせ、職員の働きやすい環境を目指し、ワーク・ライフ・バランス推進宣言・認証企業を取得するとともに、ストレス対策や産休・育休取得支援等にも力を入れています。</p> <p>当日の訪問調査において、職員のあいさつが徹底されており、チームワークや雰囲気の良いことが伺えました。</p> <p>事業所のおもな特徴としては、与えられるプログラムで時間を過ごすのではなく、多彩なプログラム（カラオケ・手芸・体操・料理教室・マージャン・卓球・外出リハビリ等）の中から自身で選択し充実した1日を過ごせるようサポートさ</p>

れています。食事は厨房で調理を行い、オープンキッチンで温かいままでの提供やお楽しみメニュー、ご当地メニューなど工夫をした提供となっています。入浴に関しては、浴室は温泉をイメージし、ゆったりと安心して入浴できる環境になっています。（リフト浴もあり。）

また、職員間の情報共有についてはICTのシステムとタブレット形式の導入やラインワークスを活用して利用者の状況を日々共有しています。

コロナ過において様々な制約もありますが、今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。

上記「特に改善が望まれる点とその理由」以外として具体的なアドバイスは下記のとおりです

・情報開示については、「規程集」に明記されていましたが、第三者からの開示請求についてのみ明記されているのを確認しました。・情報開示については、第三者からの開示請求についてだけでなく、本人又は親族等からの開示請求についての手続き手順及び様式についても明記しておかれては如何でしょうか。

・個別援助計画の作成については、サービスの開始にあたっての初回セサメントは他職種と連携した上で作成されていましたが、再アセスメントの実施が確認できませんでした。

また、作成や変更にあたっての基準や手順書は整備されていませんでした。いつ、どのようなときに計画を変更するのかをあらかじめ定めておくことで、ケースによるバラツキを防止するとともに、常に実態に即したプランに沿って支援ができることとなります。より質の高い支援を実施するためにもあらかじめ、個別援助計画の作成や変更に係る、基準や手順書を定めておかれることをお勧めします。

・各種業務マニュアルが整備されており、委員会構成表において見直し基準を定めて年1回（年度末）の見直しを実施されていましたが、見直しを行った日付は各マニュアルのページを開かないと確認できない状態でした。目次を作成する等各業務マニュアルの見直しの時期が一目で分かる工夫をされては如何でしょうか。

・感染症の対策及び予防について、二次感染を防ぐ対策を講じた上で受け入れる体制については、口頭にて確認できましたが、マニュアルにも明記しておくことで職員間での統一認識につながると考えます。

※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	2671400428
事業所名	社会福祉法人芳梅会 ファイン桜が丘
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問看護・居宅介護支援
訪問調査実施日	2020年11月20日
評価機関名	特定非営利活動法人 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
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)職員参画のもと策定された法人理念は、ホームページ、広報誌に記載され、事業所内にも掲示している。年頭に理事長から訓示の文書にて(理念も含めて)全職員に配布している。パンフレットを活用して契約時や利用初めに利用者、家族へ説明をしている。 2)組織図、各委員会図、業務分掌表が整備されている。理事会(年4回)にマネージャーが参加しており、現場の意見が伝えられる仕組みがある。マネージャー会議(月1回以上)(オンライン)、拠点連絡会議(月1回)(オンライン)、職員会議(月1回)(※コロナ緊急事態宣言以降は集まれない)、各委員会等の階層別の会議を定期的に行い、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。「各階層の会議における検討・議決・執行の範囲」が決められている。			
	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	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)中長期事業計画、単年度計画を策定している。単年度計画策定については、各拠点のマネージャーが現場の意見をふまえて事業計画を立てている。事業計画は年度初めに職員に伝えるとともに、文書でも配布している。 4)事業計画とは別に年間活動計画(事業所目標)を立てている。あわせて人事評価として各職員に年間目標を立ててもらっている。(チーム、個人目標)拠点会議で目標達成具合を確認している。年度途中の目標達成具合は職員会議で確認している。			
(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。	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)		5)責任者が集団指導への参加や京都南労働基準協会に加盟し会議に参加するなど情報収集をしている。WAMNETの閲覧を定期的に行っている。職員も閲覧できるようにしている。人権擁護に関する研修に参加している。しかし、関係法令のリスト化はされていない。 6)権限の範囲で役割が明文化されている。拠点連絡会議に管理者が参加している。職員の意見を聞く機会として年に1回、管理者による面談を行っている。しかし、上司に対する評価をする方法は確認できなかった。 7)記録、申し送り(朝の朝礼時及びラインワークス)にて利用者の様子を確認している。(記録システム:ブルーオーシャン)管理者は携帯電話を所持し、管理者不在時は当日のリーダーが対応することとしている。(対応が難しい場合は本部が対応している。)			

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
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。	B	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)本部にて採用活動チーム(特養職員がメイン)を立ち上げ、就職フェアなどで人材確保等を計画的に進める仕組みがある。パート職員の採用は事業所から本部に相談の上で採用している。(最終権限は理事長)入職してから資格(実務者研修等)を取得できる仕組みがある。入職後の資格取得に合わせての昇給の仕組みがある。 9)法人のキャリアパス制度をもとに階層別研修プログラム(「職員教育計画」)があり、それ以外に職員研修計画(内部研修)を整備し、事業所ごとの研修、外部研修の参加の仕組みもある。新人職員には指導職員がついて教えるOJTの仕組みがある。職員が取り組みを発表する場(事例発表会)もある。 10)法人にて「実習受け入れマニュアル」が整備されており、事業所において専門学生(介護福祉士)の受け入れを行っている。実習指導者は実習指導者講習を受講している。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11)有給休暇の取得状況は法人本部(総務部)において把握し、そのデータが事業所に回ってきて、取得状況に応じて対応をしている。タッチオンタイム(指紋認証のタイムカード)を活用した管理システムを活用してデータ管理をしている。育休、産休、介護休暇等パート職員含め多数の職員が取得しており、女性が働きやすい環境を整えている。リフト浴やスライディングシートを活用し、職員の負担軽減を図っている。 12)ストレス管理については、年1回ストレスチェックを実施し、専門職につなげる仕組みがある。年1回の面接時(人事考課とは別)に日ごろの悩みを聞く機会を設けている。福利厚生として、民間社会福祉施設職員共済会に加入するとともに、親睦会など福利厚生制度を整備している。就業規則にハラスメントに関する規程が明記され、相談窓口も明示されている。しかし、事業所内にはさくらホールや相談室以外に休憩スペースが無く不十分と認識している。		
(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、利用者や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。	A	A
		(評価機関コメント)		13)ホームページで開示するとともに、年4回の広報誌(木津芳梅園だより)を関係機関(地域の病院、役場等)への配架、各自治体を通じて全戸配布を行っている。地域の情報(さくらホールの利用案内や映画案内等)を玄関入り口に掲示している。 14)さくらホールを地域に開放している。地域ケア会議や認知症カフェに参加し栄養相談や栄養講座を行っている。(毎月行っていたが、コロナで今年2月より活動止まっている)。さくらホールにて地域住民対象の体操教室(ファイン元気アップ体操)(月2回)を開催し、介護予防にも力を入れている。		

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
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での情報提供を行っている。パンフレットは写真を多用することで、誰にでもわかりやすく、見やすい内容になっている。施設見学は個別に短時間から一日体験まで随時対応している。来客名簿で記録を行っている。		
(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)重要事項説明書に介護保険外サービスも含め細かく記載して、利用者に説明をし、同意を得ている。成年後見制度等の活用については、事業所内に居宅介護支援事業所があり、必要に応じて情報を提供している。後見人との契約締結の事例はまだない。日常生活自立支援事業を利用されている方がいる。		
(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	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。	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	B
		(評価機関コメント)		17)介護支援専門員からの「アセスメントシート」を基に利用者の心身状況や生活状況等を把握している。また、サービス担当者会議を通じて医療等の情報を収集している。しかし、事業所として、定期的に再アセスメントを実施している記録の確認ができなかった。 18)利用者・家族の希望はサービス担当者会議にケアマネジャーも同席のもと確認を行い、通所介護計画の目標設定等に反映している。また、定期的に意向の確認をしている。本人も原則サービス担当者会議に参加している。 19)通所介護計画の策定にあたり、担当者会議や退院前カンファレンスに参加するとともにケアマネを通じて主治医からの連絡表をもらったり・看護師・介護士・管理栄養士・理学療法士等の意見を計画に反映している。 20)通所介護計画通りにサービスが実施できているかをモニタリングし、毎月、介護支援専門員に情報提供を行っている。また、利用者の状態に合わせて3か月から～1年に1回のモニタリングを行い個別援助計画の見直しを行っている。通所介護計画書マニュアルを定めているが変更する基準が明確になっていない。		
(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)利用者がかかっている主治医や入院時の医療機関との連携を図っており、サマリーの提供を受けたり、退院前カンファレンスには参加し情報共有に努めている。行政発行の冊子を整備していつでも閲覧できるようになっている。困難事例に関しては、地域包括支援センター等と連携を図っている。		

(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)「フライン桜が丘事業所業務マニュアル」を整備するとともにマニュアルに基づいて実施されているかを確認する仕組みがある。見直しにあたっては事故防止委員会等からマニュアル委員会へ具体的な見直し案(新たな福祉機器を導入した際等)が提案され、反映できる仕組みになっている。 23)利用者の状況は介護記録システム(ブルーオーシャン)にて記録し、各職員(非常勤含む)に割り当てられたパスワードにて情報管理をしている。また、記録の保管、保存、持ち出し、破棄、情報開示に関しては「保存文書管理マニュアル」、「保存文書分類表」及び「個人情報管理規程」にて規定されている。しかし、開示請求の仕組みが構築されていない。 24)利用者の情報は毎朝全職員の申し送りを行っている。また、申し送りノートやSNS(ラインワークスアプリ)を活用して利用者への支援等について情報共有を図っている。職員会議(月1回)を毎月開催し、職員間の意見集約を行っている。 25)家族との情報交換は、連絡ノートの活用や送迎時、担当者会議の際に行っている。木津芳梅園だより(年4回)を家族に送付している。フェイスブックで行事の様子、インスタグラムで管理栄養士が「今日の食事」として食事内容をあげている。		
(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)「感染症予防対策マニュアル」を整備し随時更新をしている。職員が常に閲覧できるようにしている。感染予防用品を準備している。感染予防委員会メンバー(看護師)が外部研修に参加し、伝達研修を行うことで感染症に関する知識の向上を図っている。感染予防委員会からマニュアル委員会に見直し等をあげている。 27)施設内(厨房含む)の清掃に関しては、清掃職員を雇用し清掃を行っている。厨房は給食提供サービス終了後厨房職員が衛生管理を含めて清掃を行っている。介護職員も業務の中で清掃を行い、トイレなど清掃点検表によるチェックも行っている。臭気対策においては、各所(5台)に空気清浄機を設置している。		
(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)事故防止委員会を設置するとともに「事故及び緊急時の対応マニュアル」を整備して責任者及び指揮命令系統、フローチャートを記載している。事故防止・身体拘束ゼロ実施委員会が中心となり、危険予測研修(年1回)を実施している。委員会を実施する研修とは別に、新人研修や普通救命講習会に参加し、知識の向上に努めている。看護師指導によるAED、心臓マッサージの講習を行っている。 29)毎月開催する事故防止・身体拘束ゼロ実施委員会にて発生した事故・ヒヤリハットの集計を半期ごとに行い、再発防止会議で事故防止策を検討した上で職員に周知を図っている。発生した事故に対して、状況や対応した方法を家族等に説明している。 30)防災委員会を設置して利用者参加型の避難訓練(年2回)及び消防署との合同訓練を実施している。指揮命令系統を明示した「災害発生時対応マニュアル」、「消防計画」「BCP」(災害時事業継続計画)を整備している。マニュアルは地域との役割を明記している。		

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)利用者本位のサービス提供を理念、運営方針に明示している。レクリエーションプログラムは様々な用意し選択制にしたり食事は随時食べ、席も自由とするなど利用者個々が選択して主体的に過ごせるようにしている。高齢者虐待防止の観点から職員研修や虐待チェックリストの実施等行い、職員会議でも話し合いの機会を持っている。身体拘束廃止に関する指針を設けており、身体拘束防止についての研修も実施している。</p> <p>32)人権擁護の研修でプライバシーについて取り上げ、業務マニュアルにも掲載する等意識付けを徹底している。休養用のベッドは個々にカーテンで仕切っている。浴室の脱衣場は職員の気付きからカーテンの外側にパーテーションも設置し外から直接見えない工夫をしている。個人情報保護に関する基本指針を設置し契約時に個人情報使用同意書を取っている。</p> <p>33)原則、断ることなく受け入れを行っている。以前は定員超過で利用を断ることがあったが、その際ケアマネージャーと連携、調整して他事業所を紹介した。その後さらに地域でのニーズが重なったことから所内で検討を重ね、定員を増やして以後は断ることはなくなっている。</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。	A	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	B
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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)日頃の会話から意識して意向等を汲み取るようにしている。話しやすい雰囲気作りに努めており、職員に直接意見を伝える利用者もいる。「苦情申し出窓口」を設置している。自分で思いを伝えることが難しい利用者の場合は家族に聞き取りをしたり本人の様子、表情から汲み取るようにしている。</p> <p>35)「相談・苦情対応マニュアル」及び「利用者の意見・要望等の相談解決実施要項」を整備して、利用者の意見・要望・苦情に対する対応方法が定めている。収集した意見、要望、苦情は苦情受付担当者が苦情受付書に記録し、苦情解決責任者である運営管理者に報告、対応している。昨年度は利用者に対してサービス向上調査を実施し、結果を集計したものを事業所内に掲示したが、改善状況を公開するには至らなかった。</p> <p>36)ボランティアの定期的な訪問があり、利用者の相談の機会を持っている。第三者又は公的機関等の相談窓口の電話番号等が重要事項説明書に明記されている。また、事業所内に掲示している。</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>37)年1回利用者満足度調査を実施している。結果は総務課がとりまとめ、会議にて分析・検討し、課題を明確にして改善に向けて取り組んでいる。</p> <p>38)各部門の職員(施設長・管理者・リーダー・介護支援専門員・相談員・包括・訪問介護)が参加する「サービス評価向上委員会」を設置し、年4回会議の場を設けサービス改善に努めている。利用者からの意見をサービス評価向上委員会が集約する仕組みがある。取り組みの一環として京都府老人福祉施設協議会山城南部ブロック事例発表会に参加し、利用者のやる気を引き出し在宅生活における自立支援を向上させるための取り組みを発表すると同時に、グループワーク等で情報収集や他施設との比較検討を行っている。外部研修や山城南部ブロック事例発表会で各施設の取り組みなど情報を収集している。</p> <p>39)サービス評価向上委員会にて評価結果の分析・検討を行い、課題等を拠点連絡会議にて共有した上で次年度計画に反映する仕組みがある。第三者評価は初受診であり、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等についての定められた評価基準に基づく自己評価の実施が行われていない。</p>		