

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 4 年 4 月 2 4 日

※平成 2 5 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 3 年 1 0 月 1 8 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 地域密着型特別養護老人ホーム 洛和ヴィラ天王山 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<br/>(※)</p> | <p>天王山の麓で歴史的に有名な名水の地「大山崎」に「特別養護老人ホーム 洛和ヴィラ大山崎」のサテライト施設として開設された地域密着型介護老人福祉施設「洛和ヴィラ天王山」（定員 2 9 名）です（平成 1 5 年 1 1 月開設）。居宅介護支援事業所 洛和ヴィラ天王山・洛和会訪問看護ステーション 天王山・洛和グループホーム 天王山を併設しています。事業の運営は、洛和会ヘルスケアシステムの 4 部門「医療」「介護」「健康・保育」「教育・研究」をバックにスケールメリットを活かしています。</p> <p><b>（１） 人材確保と提供サービスの質の向上に向けた人材育成</b></p> <p>職員の採用は初任者研修修了以上の有資格者や実務経験者を優先的に行なっています。採用時に無資格者であっても、入職後、介護事業部教育センター（本部）主導の職種別・段階別研修等の受講を義務付け、年数をかけ、職員一人ひとりの知識や技術の向上に取り組んでいます。プリセプター制度の導入による 6 か月の現場研修、職員一人ひとりの力量評価表に基づく研修があります。また、進学希望者への休職制度（法人）や教育訓練給付金（公的）等の奨励、奨学金制度の設置、介護福祉士実務者研修、介護職員初任者研修、介護福祉士・介護支援専門員等の受験対策講座等、職員の資格取得を支援する仕組みを構築しています。</p> <p><b>（２） 労働環境への配慮</b></p> <p>法人母体ヘルスケアシステムのスローガン「夢、そして誇り。この街で・・・」の実現を目指して、福利厚生制度の充実を図っています。全ての職員に就職時に「洛和会福利厚生ガイドブック 2021」を手渡し活用を推奨しています。結婚・出産・子育てから病気や休暇、教育に至るまでの福利が記載されています。医療に関する補助等も職員家族にも反映させています。勤続年数による表彰制度（常勤）や善行表彰制度（常勤・非常勤）等、職員の労働意欲の</p> |
|-----------------------------|---|

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | <p>向上につながっています。リフレッシュ休暇等の各種の有給休暇の取得も公平性を確保しています。日常業務にIT機器を活用し、記録や事務処理の効率化を図っています。こうした質の高いサービスの提供を目指した人材の育成や働きやすい職場づくりが、理念や方針に即した介護サービスの実践につながっていると考えます。</p> <p><b>(3) 質の向上に関わる取り組み</b></p> <p>サービスの質に関わる各種の検討委員会や会議を定期的に行い、各部門の職員が全員参加する仕組みを構築しています。PDCAサイクルで継続的に実施している年1回の「利用者満足度調査」、他の事業所職員等による相互評価「事業所評価」、年2回の行政主導の「自主点検」、毎月の各ユニットが「RC（洛和ケア）マネジメントシート」（旧「NO1シート」）を使った取り組みがあります。それぞれ、実施記録と評価結果等を整備し、各種の検討委員会や会議で質の向上に関わる内容を全職員で検討し改善に取り組んでいます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>通番22 業務マニュアルの作成</b></p> <p>業務マニュアルの定期見直しを年1回、6月に定めていますが、見直しの経過や箇所の記録が不備でした。</p> <p><b>通番30 災害発生時の対応</b></p> <p>施設の災害発生時の対応マニュアルを作成し、マニュアルに沿って消防訓練・自然災害時の訓練を入居者と共に実施していますが、地域との連携を意識したマニュアルの作成や訓練が十分とは言えませんでした。</p> <p><b>通番36 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>法人や施設、公的機関の相談窓口は重要事項説明書や運営規程に明記し、施設内に掲示していますが、相談窓口には市民オンブズマンや大山崎町の介護相談員等の外部の人材を受け入れていませんでした。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p><b>通番22 業務マニュアルの作成</b></p> <p>マニュアル類を定期的或いは必要に応じて見直しおられますので、訂正箇所の記載があると見直しの「証」を確認することができます。</p> <p><b>通番30 災害発生時の対応</b></p> <p>最近、風水害や地震など自然災害が各地で多発しています。有事の場合事業所だけの対応では厳しいと思います。本部に自然災害対策本部を開設し、地域の行政機関や住民との信頼関係も構築されていますので、地域の対策会</p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>議の開催を法人から呼びかけてはいかがでしょうか。</p> <p><b>通番36 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>相談窓口に大山崎町の介護相談員の派遣を受け入れられてはいかがでしょうか。</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。

(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                    | 2691000018                    |
| 事業所名                     | 特別養護老人ホーム洛和ヴィラ天王山             |
| 受診メインサービス<br>(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<br>(複数記入可) | 短期入所生活介護                      |
| 訪問調査実施日                  | 令和4年3月24日                     |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>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 |
| <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。  | 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. 法人母体「洛和会ヘルスケアシステム」の理念と運営方針、地域密着型施設天王山の理念を明文化している。施設に掲示し、ホームページやパンフレット、広報誌等で公開している。職員は理念を始業時に唱和し業務上遂行の指針として理解している。毎年、「事業所評価票」で法人における相互評価を行い、施設の運営が理念や方針に沿っているかを確認している。<br>2. 組織の運営システムが確立している。組織図に基づいて、各種の委員会と検討会議を定期的に行い、提供サービスの質の向上を図っている。また、各種委員会及び検討会議の議事録を整備し、組織の透明性を確保している。 |      |       |
| <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。   | 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. 理念・運営方針に加え「夢、そして誇り。この街で・・・」をスローガンに掲げ、長期計画及び単年度計画を策定している。計画の策定には、「RCマネジメントシート」(旧「NO1シート」)、「顧客満足度調査」、「事業所評価」等の結果による多角的な視点から課題を把握している。<br>4. 各ユニットで自らが策定した課題の到達度を「RCマネジメントシート」を使って評価している。また、各専門職は横断的に開催している各職種の定期検討会議で課題を設定し評価している。各ユニット及び専門職の検討会議の議事録を整備している。                      |      |       |

(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)        |   | 5. 介護保険制度は行政主導の集団指導で把握し職員に伝達している。その他事業運営に必要な法令については、職員はいつでもPC内で閲覧でき、介護事業部主催の研修で周知している。<br>6. 組織図に職位・職責等を明記している。職位・職責者は本部主催の研修を修了している。職員全員がPC内の「やりがいアンケート」に自己評価と管理者の評価を入力し、本部に直接届く様になっている。<br>7. 緊急時対応マニュアル、緊急連絡網を整備している。施設長がいつでも携帯電話で職員に対して具体的な指示を行う体制となっている。 |   |   |

| 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。  | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 8.9. 毎月人事配置を確認の上組織図を更新し、人材の確保に努めている。無資格者も採用し、採用後、介護事業部教育センターで資格取得の為に研修や講義等の受講を義務付けている。また、プリセプター制度を導入し、指導者とともに6か月の現場研修を実施している。進学等の休職制度(法人)や教育訓練給付金(公的)等を、就職時に配布の「福利厚生ガイドブック」に記載し、進学や資格取得等を推奨している。奨学金制度を設置している。<br>10. 介護事業部が、実習受け入れマニュアル等を整備し、受け入れの連絡窓口となり、施設や事業所に依頼する仕組みとなっている。看護学校の「老年看護実習」を受け入れている。   |      |       |
| <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。   | 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)    |    | 11. 人員不足による超過勤務は有給で保障している。インカムの導入で職員の介護負担軽減に効果をあげている。転倒予防に「眠りスキャン」の導入を予定している。福利厚生ガイドブックに各種の休暇を明示し、取得権を保障している。海外留学や社会貢献活動(ボランティアやドナー休暇)への参加、学会発表・執筆等を希望する職員に特別休暇を与えている。<br>12. 入職者全員に小冊子「福利厚生制度ハンドブック」を配布し、福利厚生制度の活用を推奨している。本部に開設した「EAP(メンタルサポートシステム)」が専門カウンセラーによる悩みの相談窓口となっている。他に、ハラスメント苦情相談窓口、キャリア相談窓口、暮らしを支援する「らくわ年金相談」や専門家による法律・税務等の相談窓口を設置している。職員の職場環境と生活環境をサポートしている。 |      |       |
| <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。  | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 13. 毎月発行の施設の広報誌「うぐいす」とホームページのブログ(定期的に更新)で施設の高齢者の暮らしの様子を公開している。「ひな祭りの飾り」を地域のボランティアが作成している。地域の住民参加の長寿会、近隣の小学校の運動会、夏祭り(法人主催)等に取り組んでいる。<br>14. 地元(大山崎町)社会福祉協議会と協働し「OH!やまざき体操」の普及活動を行っている。職員(施設長)が地元の社協理事会や高齢者福祉計画推進委員会、乙訓地域の認定審査会等で地域福祉活動に参加している。   |      |       |

| 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>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. 法人共通の基本情報に、当該施設の詳細情報が分かりやすく掲載されていることを確認した。問い合わせ先を明記し不明な点を容易に解消できるようにしている。   |      |      |       |
| <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. 「重要事項説明書」および「契約書」に明記している。日常的な生活支援サービスについても、契約時に生活相談員からわかりやすく別途口頭で説明し、同意を得ている。   |      |      |       |
| <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)   |     | 17. 18. 法人が定めたアセスメントシートを使い、定められた手順（サービス業務計画書）に従って初回導入から定期的にあセスメントを実施し、利用者の心身の状態や生活状況を分析し、個別援助計画の策定・見直し・評価に繋げている。アセスメントに本人及びその家族等の意向を取り入れ、カンファレンスで多職種連携（閲覧）によるモニタリング評価を行っている。個別援助計画書、栄養ケア計画書、個別機能訓練計画書、日課計画表・ADL表環境設定図等を整備している。サービス提供の実施記録を整備している。<br>19. 20. 個別援助計画の見直しを定期的（3か月）に行っている。多職種（主治医・機能訓練担当・ケアマネジャー・看護師・介護職・家族等）の意見を取り入れ更新している。 |      |      |       |
| <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。   | A    | A    |       |
|                         | (評価機関コメント)   |     | 21. 入所時診断書・サマリー・スクリーニング等で元の主治医等の情報を入手している。入所後に施設の嘱託医に移行する際、対応困難と思われるケースについては元の主治医に照会し、また、協力医療機関と連携し、適切な対応に努めている。稀だが、在宅での看取りを希望される利用者については、ケアの継続性を視野に地域の居宅支援事業所や訪問看護事業所等に引き継いでいる。  |      |      |       |

## (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)        |    | 22. 施設に要する各種の業務マニュアルを整備し、定期見直しを年1回(6月)に定め実施している。見直しを行った項目や箇所等の記録が不備であった為、確認作業に時間を要した。<br>23. 業務の運営に必要な全ての書類・記録類は各ユニットのPC内に整備している。利用者の個人カルテはPC内のシステム「ちょうじゅ」で集中管理し、職員は各々パスワードでアクセスできる。「カルテ開示請求マニュアル」に基づいて、開示はケアに関する内容に限定し、本部の許可を得て行うことができる。<br>24. 職員全員は必要時にはいつでも必要な情報を「ちょうじゅ」にアクセスし取得する事ができる。ケースカンファレンスは、このシステムを活用し、担当のケアワーカーと他職種が情報を共有している。ケースカンファレンスの他にも、転倒事故やヒヤリハット事例等の軽度の事故等について月例のユニット会議で活用している。<br>25. 月1回、介護職員が利用者一人ひとりの家族等に行事報告・写真・体調記録等を「お便り」で郵送し、また、面会は、フィルター越しやオンラインで行っている。生活相談員も家族との対応を行っている。 |   |   |

## (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. 各種の感染症マニュアルを整備している。特に新型コロナウイルス感染症については、随時、広報紙「うぐいす」に現状を掲載し、利用者の面会方法(オンライン・フィルターやガラス越し等)について告知している。<br>27. 施設内の清掃は外部の業者が毎日行っている。清掃業務の実施記録について業者に提示を求めている。その都度、施設側で実施・完了を確認している。点検記録は作成していない。 |   |   |

## (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 | B |
| (評価機関コメント) |    | 28. 事故や緊急時の対応マニュアルを策定し、指揮命令系統、職員の役割、連絡網等を明確に規定している。各ユニットに備え職員が迅速・正確に対応ができるようにしている。「嚙下」等の研修を実施している。<br>29. 法人の「リスクマネジメントマニュアル」に規定している事故のレベル(基準)、報告ルート、報告書の様式に従い、事故の発生状況の記録・検証・報告を職員に周知・徹底している。ヒヤリハット事例を職員間で共有し、日常的に事故防止対策に務めている。<br>30. 風水害、地震、土砂崩れに対応する災害時マニュアルを整備している。消防署と連携し、昼と夜の消防訓練を実施している。施設は水害発生の想定地域であるため、自然災害発生時の疑似訓練・避難誘導等を実施している。災害に備えて、医療機器や食料品、毛布等を備蓄している。地域の防災訓練等に参加していない。感染委員会のリードにより、新型コロナウイルス感染症に対するBCPを事業所内で共有している。 |   |   |



| 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>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。  | 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. 「RCマネジメントシート」を使って、年間計画に上げた各種の課題を各ユニットの職員一人ひとりが毎月検証している。事故対策委員会がヒヤリハットや不適切ケアの事例を3か月毎に検証している。全職員が身体拘束廃止の研修を毎年受講している。利用者に寄り添う「暖かなサービス」を念頭に利用者本位のサービスや高齢者の尊厳に配慮したサービスの提供に努めている。</p> <p>32. 法人の「事業所評価表」にプライバシー保護に関する評価項目を設定し、法人内の他の部署の職員による相互評価を行っている。利用者の回答から、職員は利用者保護や問題意識をもってサービスを提供していることが理解できた。全て入居者の生活環境は個室で個浴である為、プライバシーは保護されている。年1回、権利擁護の研修を実施している。</p> <p>33. 入所判定は毎月開催の入所判定委員会(社協、町役場、相談員、施設長で構成)で行っている。入所の優先順位は独り暮らしや身内がない高齢者等とし、入所判定は公平・公正に行っている。医療的ケアが必要な人の入居を断った事例は現在のところはない。</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。   | 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。   | 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。   | B    | B    |       |
|                         | (評価機関コメント)            |     | <p>34. 専門職(PT、栄養士)が利用者と面談で利用者の意向を聴取し、家族等に利用者の状況を電話で報告している。居室が個室設えの利点を生かし、日々の訪室で聴取した利用者の声を専門委員会(行事委員会等)や月1回のリーダー会議で報告している。過去に「焼きいもが食べたい」「外食がしたい」等の利用者の要望を実現した実績がある。意見箱を玄関に設置し、プライバシー保護に配慮した相談室を設置する等、利用者と家族等が、相談や意見・苦情を訴えられるようにしている。相談受付者や苦情対応責任者等を事業所内に掲示している。</p> <p>35. 組織に、利用者の意向(意見・要望・苦情)に応じる体制、管理者に迅速に報告するシステム等を完備している。最近、投書箱に投函された要望書「施設に防犯カメラ設置を」を改善に繋げている。</p> <p>36. 入居者や家族等が苦情申立てできるよう、市町村の担当部署等を事業者内に掲示している。法人内の苦情相談窓口を重要事項説明書等に記載し入所時に説明している。相談窓口市民オンブズマンや大山崎町の介護相談員等の外部の人材を受け入れていない。</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てている。   | 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。   | A | A |
| (評価機関コメント)    |    | 37. 毎年、利用者や家族等に「満足度調査アンケート」を実施し、結果を家族等に報告している。前年度と比較し分析の結果を改善に役立て、年度計画に反映する仕組みがある。<br>38. 各部門委員会(食事、品質等)で集約した意見や要望を代表者等で構成する会議で検討し、結果を各ユニット職員が取り組むサービスの向上に役立てている。管理者が職員と面談する機会に、職員一人ひとりの意見や要望を聴き取っている。<br>39. 法人内の自己評価システムに「事業所評価表」を使った相互評価の取り組みがあり、毎年、実施している。数十個に分類された評価項目をまず、事業所が自己評価を行った後、法人内の他の事業所から評価を受け、指摘された内容を改善点として次年度の改善到達目標にしている。3年に1度、第三者評価を受診している。 |   |   |