

## アドバイス・レポート

令和 4 年 8 月 1 8 日

令和 2 年 9 月 3 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 静原寮 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><b>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</b> グループ法人と共に研修計画を策定して、経験年数ごとに必要な研修については、グループ法人の研修を受講しています。認知症介護実践者研修など、施設として必要と考える研修受講についても職員に積極的に案内するとともに、外部研修の案内を職員掲示板に掲示して参加希望があれば、参加ができるようにしています。また、施設内では、年間計画を立案してリーダー層育成のための研修を実施したり、新採研修を独自で実施しています。あわせて、OJTの仕組みを導入し、介護主任を指導の統括責任者として、各ユニットリーダーと一緒に育成会議も開催して、状況把握するためのシートを作成し、ユニットで新人を育てる意識醸成にもつなげています。(コロナ前は、介護技術を向上するための勉強会を介護職中心に実施し、中間報告会やまとめ会議を行っていた。こうした場でリーダー層が講師になるなど人材育成の機会としていた。)複数の研修の機会やOJTの仕組み等が有機的に組み合わせられていました。</p> <p><b>(通番 13) 地域への情報公開</b> 地域に向けては、主にホームページの活用や広報誌(年1回)を作成して他関係機関や事業所等に送付しています。施設主催の納涼祭のチラシを近隣に配布するとともに相談員が地域の自主防災に参加したり、地域の避難訓練にも参加しています。また、静原地域の情報がまとめられた地図「静原の里マップ」を玄関ロビーのマガジンラックに配架しています。(コロナ前は、畑を耕すところから地域の方の協力で行ったり、障がい者施設がつくった野菜を施設内で販売していました。)地域とは積極的に交流を図り、日常的に顔の見える関係を構築しています。</p> <p><b>(通番 31) 人権等の尊重</b> 理念に利用者尊重の内容が明記されており、理念に沿った、サービス提供を行っています。権利擁護、尊厳、サービスマナーについての研修を随時、実施しています。「身体拘束に対峙するにあたっての方針」を作成するとともに身体拘束廃止委員会を月1回開催し、不適切なケア等にかかる事例を挙げて検討しています。翌月には先月からの改善があるかについて確認及び振り返っています。また、アンケート形式で職員から虐待や身体拘束について意見集約をするようにしています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が見込まれる点とその理由</p>	<p><b>(通番3) 事業計画等の策定</b>  中長期計画、単年度計画を明文化しています。しかし、「2021年度社会福祉法人松光会事業計画」に中長期事業目標と2021年度計画を明文化していますが、中長期計画として単独で作成はされていませんでした。  3年～5年を目途にした中期計画の策定を検討されてはいかがでしょうか。また、計画の評価を見据えて、目標を数値化したり、抽象的な表現ではなく、具体化することで向かうべき方向が職員に見えやすくなるのではないかと考えます。</p> <p><b>(通番8) 質の高い人材の確保</b>  介護職の育成目標を明文化しています。職員の資格取得や配置については、事務部門が把握し、管理会議で共有し、分析・検証しながら配置するようにしています。職員のキャリアアップの仕組みも構築しています。また、入職後に資格取得ができるよう、情報提供、研修費用の補助、勤務上の配慮等の支援を行っています。しかし、採用等に関して、求める人材像を明文化したものは作成されていませんでした。  法人として職員の目指す人材像を明確化して、キャリアパスや研修の構築を進められてはいかがでしょうか。</p> <p><b>(通番22) 業務マニュアルの作成</b>  業務マニュアルを整備して研修の際に活用して内容と現状のずれを確認しています。また、リーダー会議でマニュアルの読み合わせをして、現実とかけ離れていないかについても確認をして必要に応じて修正しています。修正したものは色を変えて作成して見直したものとしていないものを区別して把握しています。しかし、業務マニュアルの見直しの期日、期間を定めたものは確認できませんでした。あわせて、事故などがあった際にその内容をマニュアルに反映させることができているませんでした。  マニュアル集を作成するとともに目次をつけて、横に見直し年度を記載するようにすれば、見直しや改定日が明確になるのではないのでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人松光会が運営する特別養護老人ホーム静原寮は、昭和52年設立以降、平成14年に増築をし、定員100名の施設として現在に至っています。施設内には診療所、ショートステイを併設されています。  京都市左京区静原の大自然に囲まれた静かな環境に立地はし、ゆるやかな時間が流れています。  施設は、2つの建物がつながった形になっており、従来からある西館は4人部屋ではありますが、大規模改修を行い、利用者が快適に過ごせるよう様々な工夫が施されています。廊下の幅は、車椅子での移動にも快適なように広めとなっています。増築した東館は個室と2人部屋があり、トイレが各部屋に完備されています。利用者の心身の状態に応じて複数ユニットに分割して、各々専任の職員を配置しています。  利用者の支援については、コロナ禍において制限のある中でも近隣へのドライブや年間を通じた様々な企画を実施して充実した1日を過ごせるようサポートされています。嗜好品についても宅配などを活用して自由に注文ができるようになっていました。</p>

	<p>また、当日の訪問調査においても、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>運営面においては、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、様々な研修体系の確立、気づきを促すOJTの仕組み（プリセプター制度）の構築、資格取得の支援等が行われていました。また、事故予防と身体拘束廃止委員会を毎月開催し、不適切ケアなどの事例検討や施設独自の分析シートを活用しヒヤリハットの分析を行う等自分たちの支援を常に振り返る等真摯に向き合う姿勢は高く評価できます。</p> <p>地域との関係などについては、コロナ禍においてイベントを通じての交流等の制約もありますが、長年にわたり築いてこられた日常的な顔の見える関係が構築されていました。</p> <p>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。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2670600150
事業所名	特別養護老人ホーム静原寮
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(空床利用型)
訪問調査実施日	令和3年7月30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
<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）及び事業所のスタッフ全員が、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) 理念を施設内に掲示している。また、玄関のラックに理念及び運営方針を明文化したファイル及びパンフレットや事業計画等をまとめたファイル「静原寮について」を配置し、来訪者等が見ることができるようにしている。職員へは、非常勤を含めた職員が参加する全体研修を年2回実施して、理念について周知する機会としている。家族には、広報誌を送付している。また、入所時の説明の際に、重要事項説明書を説明する際に理念も伝えている。 2) 「特別養護老人ホーム静原寮運営規定」に職員の員数及び職務内容を定めている。理事会・評議委員会を定期的に開催するとともに管理会議を月1回設け、法人の重要事項について協議を行っている。その下に運営会議、ユニットリーダー会議(特養、小規模)を月1回行い、ユニット会議を設けるなど階層別に意思決定できる仕組みがある。その他、委員会を設けている。			
<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質の向上に向けた計画を策定すると共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	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)		3) 中長期計画、単年度計画を明文化している。しかし、「2021年度社会福祉法人松光会事業計画」に中長期事業目標と2021年度計画を明文化しているが、中長期計画として単独で作成はされていない。 4) 職種ごとの年度目標を作成し、年度計画書にまとめている。半年ごとに年度計画を確認し、必要に応じ、後期につなげるようにしている。各種会議で検討後に運営会議で確認し、まとめを行っている。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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、いつでもスタッフ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) 京都市老人福祉施設協議会、集団指導等に参加をし、ユニットリーダーや職種リーダーに周知を図るとともに、現場の会議で共有をしている。関係法令について(法令の変更についてなど)は、運営会議でふれるようにしている。感染症や食品衛生、労働関係等については、適宜情報提供を行っている。新人研修や職員全体研修において法令順守、身体拘束、個人情報保護、虐待防止についての研修を開催している。関係法令のリスト化を行っている。 6) 運営規定及びキャリアパスに経営責任者、管理者の役割と責任について明文化されている。管理会議には、施設長が参加している。独自のシートを活用して階層ごとに面談を行い施設長への意見や相談ができる仕組みがある。 7) 非常時は管理者が携帯電話を持ち、常に連絡がとれる仕組みとなっている。特養の有事は施設部長に情報が集約するようになっている。緊急時マニュアル等に非常時の連絡体制が明記されている。平時については業務支援ソフト「ほのぼの」を活用し、事故やアクシデント含め記録を確認している。事務所の朝のミーティングで報告し、状況把握をしている。			

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>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。	B	B
		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)介護職の育成目標を明文化している。しかし採用に関して、求める人材像を明文化したものは作成していない。職員の資格取得や配置については、事務部門が把握し、管理会議で共有し、分析・検証しながら配置するようにしている。入職後に資格取得ができるよう、情報提供、研修費用の補助、勤務上の配慮等の支援を行っている。キャリアアップの仕組みも構築している。</p> <p>9)グループ法人と共に研修計画を策定し、実施している。経験年数ごとに必要な研修については、グループ法人の研修を受講している。また、認知症介護実践者研修など、施設として必要と考える研修受講を積極的に案内している。その他、外部研修の案内を職員掲示板に掲示して参加希望があれば、参加ができるようにしている。施設内では、年間計画を立案してリーダー層育成のための研修を実施したり、新採研修を独自で実施している。OJTの仕組みを導入し、介護主任を指導の統括責任者として、各ユニットリーダーと一緒に育成会議も開催している。把握するためのシートを作成し、ユニットで新人を育てる意識醸成にもつなげている。</p> <p>10)実習生受け入れマニュアルを整備しており、受け入れの際には、各学校や実習生と打合せの上、個別の実習プログラムを作成している。社会福祉士、介護福祉士実習指導者講習会を受講している。平成28年度以降、実習生の受け入れを行っていない。インターンシップの受け入れをオンラインで行った。</p>			
<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。	B	B
		ストレス管理	12	スタッフ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)事務部門において有給休暇の取得状況や超過勤務の管理を行うとともに職員アンケートを実施したり、各ユニットの勤務表作成の際に状況に応じて工夫をするようにしている。しかし、状況把握はできていないが、分析や具体的な対応を検討する場を設けていない。介護休業や育児休業を実際に取得している職員があり、育休後に復職する職員が多い。入浴設備に介護機器や介護パーを導入している。入職時にボディーメカニクスについて指導をしている。</p> <p>12)ユニットリーダーの面談や施設長の面談、上司評価面談を行っている。毎年、ストレスチェックを行い、必要に応じて産業医につながる仕組みがある。ハラスメントについて、就業規則に明記するとともに採用時にハラスメントの受付窓口を各部門ごとに設けていること、性別に偏りがないこと等を伝えている。福利厚生として京都府民間社会福祉施設共済会に加入をしている。1階にある宿直室を休憩室としており、マッサージチェアを整備している。</p>			
<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)	<p>13)地域に向けては、主にホームページを活用して施設の情報を開示している。年1回外部向けに送付する広報誌を作成しており、他関係機関や事業所等に送付している。施設主催の納涼祭のチラシを近隣に配布している。相談員が地域の自主防災に参加したり、地域の避難訓練に参加している。コロナ禍より前は、畑を耕すところから地域の方の協力で رفتり、障がい者施設がつくった野菜を施設内で販売していた。納涼祭でも近隣が作成した作物を無料配布している。</p> <p>14)担当の地域包括支援センターと連携して、地域向けに介護保険の説明会を実施している。また、地域包括支援センター主催の認知症の方の徘徊模擬訓練にも参加している。地域の住民と合同の避難訓練や炊き出し訓練に参加している。近隣住民が本来の避難場所である小学校までの距離が遠いので、避難場所として施設が指定を受けている。</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
<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)ホームページやパンフレットを用いて、事業所の情報を発信している。ホームページの普段の取り組みについては、職員が情報更新をしている。ショートステイを利用後に入所のケースはある。問い合わせ、見学は随時受付しており、主に生活相談員が対応をしている。対応記録を残している。			
<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、利用者にわ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)面接後入所契約をする際に1日の流れが理解できるよう、相談員より説明をするようにしている。費用負担については、重要事項説明書にて説明するようにしている。判断能力が低下している方には、成年後見制度を活用している。入所後も契約する手続きを相談員で行っている。			
<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	定期的又は必要に応じて、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) 包括的自立支援プログラム(三団体版)を活用して、アセスメントを行っている。アセスメント作成時に機能訓練指導員に専用の聞き取り様式を活用して評価をもらい、加えて計画を作成している。褥瘡予防委員会の評価もアセスメントに加えている。日々の記録やカンファレンス、日々の会話の中から利用者のニーズなどを確認するようにして、アセスメントに反映している。アセスメントは年1回の見直しをしている。 18) 家族との面会制限が継続する中では、面会の予約をしてもらい、家族の体調管理についての留意事項を伝えるようにしている。(家族の面会時間は15分として実施している。)以前は、本人は必ず参加をするようにしていたがコロナ禍で、サービス担当者会議への家族や本人の参加ができていない。プラン作成時に、ご家族に電話連絡して、要望を聞くようにしている。 19) ケアプラン作成時には、多職種(看護師、管理栄養士、柔道整復師など)からの意見聴取ができるようにそれぞれの立場からの課題分析をしてもらい集約をして作成するようにしている。ショートステイ利用者を受け入れる際には、リピーターの方には、薬変更の際など、確認をするようにしている。 20) 半年に1回個別援助計画の見直しを行っている。状態変化や看取り介護の対象者は、毎月の見直しを実施している。新規入所のご利用者は入所後3ヶ月が経過するまでに見直しを行っている。診療所があるため、看取りケアを積極的に行っている。			
<b>(4)関係者との連携</b>						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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) 施設内に診療所があるため、常勤の医師が在中している。歯科医師、精神科医との連携があり、医療体制は確立できている。他科の受診ができるよう、医療機関の一覧を作成している。在宅での看取りを希望された場合に対応したこともあった。退院時には、カンファレンスへの参加をするようにしている。			

(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、スタッフに活用されている。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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22) 業務マニュアルを整備している。マニュアルを研修の際に活用して内容と現状のずれを確認している。また、リーダー会議でマニュアルの読み合わせをして、現実とかけ離れていないかについても確認をして必要に応じて修正している。修正したものは色を変えて作成して見直したものとしないものを区別して把握している。しかし、業務マニュアルの見直しの期日、期間を定めたものはない。また、事故などがあつた際にその内容をマニュアルに反映させることができていない。</p> <p>23) 業務支援ソフト「ほのぼの」を用いて、記録している。法令順守研修として、個人情報保護、記録の管理について職員間で確認している。しかし、ケアプランを意識した記録の取り方を職員に意識化することはできていない。（見直しの際にケアプランを意識した記録を徹底している時もあるが、その期間だけにとどまっている現状がある。）</p> <p>24) 介護職、看護師の申し送りを朝・夕に実施して事務所内で共有している。業務支援ソフト「ほのぼの」を活用して情報共有を行うこともあり、相手が読んだかどうかを確認する仕組みがある。ユニット内の伝達事項や職員の気づきを書き込み、共有するノートを作成している。サービス担当者会議で話しあつた内容を現場で確認するケアプラン会議を月1回開催している。</p> <p>25) コロナ禍において家族と対面する機会が減っている中で、電話でのやりとりやオンライン面会を行っている。また、ユニットだより(ユニット内容が分かるもの)を作成したり、利用者個人ごとの写真を家族に郵送するなど工夫をしている。ホームページのブログの更新でもユニットの様子を伝えている。</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等の作成により、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>26) 各感染症ごとの感染症対策マニュアルを整備している。コロナの感染対策については、厚労省や京都市が作成した動画などを活用して職員に周知している。コロナ発生時の対応と2次対応についても明文化して整備している。個人防護具の着脱や嘔吐物処理の対応訓練を実施している。</p> <p>27) 清掃は、職員と週1回は業者に依頼して実施し、記録を行っている。オゾン脱臭機を設置されている。特浴、チェアー浴、一般浴の仕切りを環境班からの発信で取り付けた。</p>		

(7)危機管理

事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) 「看護師不在時の対応マニュアル・ご利用者の体調不良及び負傷時の対応マニュアル」など、事象ごとのマニュアルを作成している。毎月、事故発生時の対応について、話し合う機会を設けている。併せて救急救命講習の受講、急変時の対応訓練を実施している。事故発生時に咄嗟に行動ができるよう、チャート図をラミネートにし、各ユニットに保管している。</p> <p>29) 事故・ヒヤリハットの定義づけを「事故の種類及び事故とヒヤリハットの区分」にまとめ、「事故・ヒヤリハット報告書」を使用して報告している。事故後の個別の分析は各ユニットで行い、事故予防と身体拘束廃止委員会で独自のシートを活用しながら意見交換及び検討を行っている。</p> <p>30) 各事象ごとの災害発生時の対応マニュアルを整備しており、災害時の責任者や組織図も明記されている。火災・災害の際の訓練を実施している。地域住民の避難場所として指定されており、備蓄も含めて災害時の設えも明確化している。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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) 理念に利用者尊重の内容が明記されており、理念に沿って、サービス提供を行っている。身体拘束廃止委員会を月1回開催し、不適切なケア等にかかる事例を挙げて検討している。翌月には先月からの改善があるかについて確認及び振り返っている。アンケート形式で虐待や身体拘束について意見集約をするようにしている。権利擁護、尊厳、サービスマナーについての研修を実施している。「身体拘束に対峙するにあたっての方針」を作成している。指針は、玄関のラックに置いている。</p> <p>32) プライバシー保護についての研修を施設長や施設部長が講師となって研修を行い、職員が考える機会としている。環境班で入浴時のプライバシーについて検討を行い、環境整備をしている事例もある。家族に対してもプライバシー保護について情報提供している。</p> <p>33) 利用申し込みは基本的にすべて受け付けている。医療面に関して対応できないことを伝えるようにしており、特養に入所することが適当であるかについても相談員よりケアマネに伝えることがある。入所判定会議を月1回開催している。</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) 利用者・家族等から意見を吸い上げる仕組みについては、アンケートを年1回開催している。アンケート結果、意見には施設から回答する形で施設内で掲示している。玄関前に意見箱を設置している。利用者が話しやすい職員に要望を伝えるようにしてもらっており、その内容を相談員に伝えるようにしている。七夕の短冊に願いを書くことで本音を読み取ることもある。昨年度は、ご利用者が希望されることを聞き取ろうという取り組みをして、業務支援ソフト「ほのぼの」でソートをかけて、抽出し、ユニット会議でどのように実現できるかを話し合っている。</p> <p>35) 苦情解決規程を整備している。第三者委員を外部委員として委任している。重要事項説明書に苦情受付担当者、第三者委員や窓口を明記し、入居時に伝えている。件数や内容で表出しても良い内容であれば、施設内に掲示している。</p> <p>36) 第三者委員、介護保険機関、適正化委員会、外部の相談窓口などを重要事項説明書に掲載している。玄関に苦情受付窓口を掲示している。施設内に外部の方に入ってもらう仕組みはできていない。</p>			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	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スタッフ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)		<p>37) 年1回アンケートを実施している。広報班が主体となって、アンケート作成・実施をしている。アンケート結果は施設内に掲示している。事故予防と身体拘束委員会でアンケート内容を確認し、すぐに対応が必要な事案に関しては対応している。レクリエーションは、行事班で利用者にやりたいことが等を聞いて、各ユニットで取り組んでいる。</p> <p>38) 第三者評価を受けるにあたり、評価項目をサービス評価委員会で検討している。行事班、環境班、広報班、委員会などを設け、一般職員を中心に月1回の会議を開催して、サービスの質の向上につなげている。各種委員会や会議発信で研修企画などを行い、質の向上に努めている。グループ法人に施設長が参加し、その内容について施設内で情報共有している。左京区事業者連絡協議会に相談員が参加して情報収集を行っている。</p> <p>39) 第三者評価の評価項目と照らし合わせながら、施設の弱い面を見て、仕組みや環境整備等を意識的に実施している。上司評価や施設長面談は第三者評価の項目を基準にして仕組みづくりを行っている。</p>			