

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5年 9 月 19 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 5 年 3 月 28 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城南ホームにつきましては、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>特養ホーム城南ホームの概要</p> <p>1953 年創業の社会福祉法人清和園は高齢者福祉、児童福祉にかかわる 14 拠点 63 事業所（そのうち特養ホームは 4 カ所）を展開している。城南ホームは 1969 年開設（定員 50 名）2001 年改築、定員は 80 名に変更。訪問介護、通所介護、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション等を併設している。理念は「明るく、正しく、仲良く」「謙虚な気持ちで業務遂行」。</p> <p>1. 働きやすい職場づくりを進めています</p> <p>質の高い介護サービスを提供するため、人材の確保と育成が必要になっており、そのためには、職員が安心して働くことができる環境の整備や安心して生活ができる待遇が求められます。城南ホームでは、利用者・家族、地域、そして職員の安心に繋がる事業運営の実現を、中長期計画の目標の一つに位置づけています。</p> <p>○エルダー制度やキャリア段位制度を導入し、介護サービス業務の不安解消や介護技術の習得、職業倫理の醸成等意欲的に働ける環境を整備しています。</p> <p>○職員の待遇改善に努め、資格手当の新設や増額をおこなうなど、職員給与のアップをかけて独自で行うなど職員の確保と定着に取り組んでいます。</p> <p>○労務管理面では、職員のヒアリングを定期的に行い、有給休暇の取得にも配慮しています。また、試験的に週休 3 日制を同じ法人の一部事業所で導入し、実施に向けたモニタリングを行っています。</p> <p>2. 利用者の個別の状況や意向を尊重して作成されたケアプランに沿って介</p>
-----------------------------	--

介護サービスが確実に提供されています

○ケアマネジャーが中心となって、医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・介護士等の意見を事前に集約し、毎月2回ケアカンファレンスを実施し、ケアプランの評価を行っています。ケアプランは3か月毎にモニタリングを実施しています。ケアマネジャーが利用者ごとの見直し期間のリストを作成し、ケアカンファレンスの日を設定、各部署が意見を書き込めるようにしています。家族にも協力を求め、ニーズを発掘しています。

○専任の機能訓練士が専門的観点に基づきケアプランを作成し機能訓練を行っています。要介護5で入所した利用者が、支援の見直しと利用者本人の努力で要介護3、トイレ便座への移乗までできた改善事例が確認できました。

○食事は従来の4形態に、日常食に似せたゼリー食を加え、食欲を増進する工夫をしています。食べる環境（五感に働きかける）にも配慮し、食事を作るところから利用者に見てもらい、匂いや音を感じてもらうことで食べる意欲を喚起しています。

3. 住み慣れた地域で利用者・家族が安心して生活ができるよう法人独自の「在宅特養」にも取り組んでいます

「介護が必要になっても 住み慣れた家で 自分らしく暮らしたい」という地域包括ケアシステムの考え方を「在宅特養」という独自の介護メニューでサービス内容を具体化し、特養を終の棲家にすることなく利用者の在宅復帰を支援しています。

○特別養護老人ホームを中心に、訪問看護、配食サービス、夜間デイ等施設内全ての部署が24時間通して、在宅復帰した利用者の生活を見守っています。必要に応じ介護、医療等のケアを利用者の自宅で行うという「在宅特養サービス」の考えを実行しています。

○在宅特養会議を月2回開催するなかで、在宅復帰できる可能性のある利用者について意向も尊重し、協議を重ねています。職員の努力の結果、施設から在宅に戻られた事例がありました。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 中・長期計画の視点の多角化及び PDCA サイクルの実践について</p> <p>法人中・長期計画、単年度事業計画が策定され、着実に実行されています。介護ニーズを分析し、介護サービス提供者として先を見据えた計画となっていますが、さらに多角的視点を取り入れるため地域福祉の基となる行政の計画も取り入れてはどうでしょうか。</p> <p>また、四半期ごとの定期評価を実施していますが、PDCAサイクルを実施していくためには、事業計画の具体的取組み内容の検討が必要かと思われます。</p> <p>2. 苦情対応報告書記載項目の統一化について</p> <p>苦情対応報告書に記載し、苦情対応委員会で内容を検討、結果を現場に周知していますが、報告書の記載方法（5W1H等）は各自に任されていることから報告書の記載の仕方が作成者によって違いました。分析や事例検討を行うための記載方法を整えることが必要と思われます。</p> <p>3. 調査結果の公表について</p> <p>利用者満足度調査を毎年実施されており、回答内容を項目別に集計し施設内に掲示しています。広報誌は利用者家族に配布されていますが、調査結果は掲載されていませんでした。施設内だけでなく家族・地域等にも調査結果を公表されてはどうでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 中・長期計画の視点の多角化及び PDCA サイクルの実践について</p> <p>中・長期を含む事業計画が策定され、課題達成に向け取組まれています。より多角的視点を取り入れ、福祉計画策定の基となる京都市等の地域福祉計画や介護福祉計画の課題を事業計画に落とし込み、事業所として地域における課題の解決や提案をされることで、事業所の力がより発揮できるのではないかと考えます。</p> <p>また、事業計画の定期評価等を行う場合、事業ごとの評価項目を作成することで評価が適正に行われ、次期事業計画や中長期計画の課題の明確化にもつながると考えます。PDCAサイクルを確実に回していくためにも必要かと思えます。</p> <p>2. 苦情対応報告書記載項目の統一化について</p> <p>苦情内容や対応方法を事例として活用しようとした時、報告の記載項目が統一されていないため、比較分析等がしにくい状況です。記載項目を統一す</p>

	<p>ることで、具体的な事例の背景や原因等の分析が容易になり、今後の業務や資料として活用しやすくなります。加えて、事業所の業務の透明性をアピールするためにも、家族や地域に苦情内容と対応結果を公表されることを望みます。</p> <p>3. 調査結果の公表について</p> <p>利用者満足度調査の結果と対応内容を利用者と家族並びに施設や法人内の周知に留めず広報誌にも掲載し、自施設の具体的なサービス向上の内容を PR する機会とさ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	2670900261
事業所名	特別養護老人ホーム 城南ホーム
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(予防)・居宅介護支援(予防)・訪問介護 (夜間・定期巡回)・訪問看護(予防)
訪問調査実施日	令和5年7月25日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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思決定を行い、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. 法人理念等が事務所及び各部署並びに各フロアの食堂や廊下等に掲示され、理念の内容を分かりやすく具体的に説明しています。毎年職員全員会議で周知し、事業計画書にも記載しています。利用者・家族には機関誌を配布することで周知を図っています。HPにも掲載しています。 2. 案件別の意思決定方法が明確になっていて、理事会、全体会議、部署会議等各種会議が、定期的に行われ、会議ごとに管理者・課長・部署長等必要な職員が出席しています。各種会議に職員の意見や取組みが反映するようトップダウン、ボトムアップの仕組みが機能しています。年2回のヒアリングで職員の意見を聞いています。		
(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。	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. 法人の中・長期計画、事業計画基本方針に基づき、施設の事業計画、各部署の事業計画を策定しています。家族・事業所への満足度調査や利用者が参加するお話し会や給食会議でサービスに対するニーズを拾い上げています。事業計画達成のための目標を設定しています。加えて、上位計画(京都市地域福祉計画・京都府高齢者福祉計画等)を基に、地域での役割の視点をいれることで計画の方向性が明確になるものと考えます。 4. 各部署で事業計画を策定し、毎年の職員会議で全員に周知しています。四半期ごとにモニタリングを行い達成状況を確認していますが、職員がどう取り組んだかを確認するためには、アクションプランの中の取組内容を具体的項目として記載することが必要かと思われます。		

(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)		<p>5. 施設長は法令遵守の視点を持って研修や講習会に参加し、法令遵守の理解を深めています。職員全員が参加する毎年の全体会議で職業倫理と法令遵守の研修を行い、職員の意識向上に努めています。関連法規をリスト化すると共に職員に配布し、常に確認できるようにしています。自主点検表を基に法人他施設の職員による内部監査を行い、適正な事業運営に努めています。</p> <p>6. 職務分掌規程があり、職務の役割と責務が規定されています。施設長は毎年度当初に、施設全体方針を職員に説明しています。各部署の代表で構成する毎月の部署会議で、協議内容や決定事項について意見を述べています。職員の意見を聞くために、個別のヒアリングを年2回実施しています。定期的に管理者を評価する仕組みはありませんが、職員のストレスチェックは実施しています。</p> <p>7. 施設長は、事業日誌や会議録で毎日の業務を確認しています。苦情や事故等の重要な案件については、施設長、課長、課長補佐に報告が行われています。施設長が職場に不在の場合は、携帯電話で直接指示を仰ぐことになっています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 職員採用は法人本部が行っており、新卒採用や中途採用を行い人員の確保に努めています。人事異動を行い効果的な人員配置を行っています。また、有資格者の確保のため、介護福祉士や社会福祉士等2つの資格がある場合、資格手当の増額や管理栄養士手当を新たに規定するなど、全職員の年収アップに取組み、人員確保に努めています。無資格者に対しては、介護職員実務者研修の受講助成制度があります。</p> <p>9. 施設年間研修計画に基づき、待遇、専門知識・介護技術等の研修を毎月2回ずつ実施し、職員の受講に配慮しています。キャリアパスに関する階層別研修は法人本部で行っており、希望する外部研修は事業所が研修費を負担しています。エルダー制度を取り入れ、職員の気付きを大切に指導・教育を行っています。また、キャリア段位制度に基づくアセッサー（介護職員の技術評価をする人）講習を受けた内部職員が、職員の介護技術のキャリアアップを支援しています。</p> <p>10. 実習生受入れマニュアルがあり、インターンシップや栄養士の実習、中学生のチャレンジ体験等を受入れています。受入れ時は、オリエンテーションや実習状況の確認を行い、利用者のプライバシーにも配慮しています。実習指導者は介護福祉士実習指導者講習会修了者を配置しています。</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. 毎月、職員の有給休暇や時間外労働の状況を施設長が確認し、有給休暇未消化の職員には取得を促すなど労働環境の向上に配慮しています。また、年2回職員全員にヒアリングを行い、仕事の内容や悩み等の把握に努めています。育児休業・介護休業を就業規則に規定し、現在育休中の職員がいます。職員の介護負担軽減のために、腰痛ベルトの配布やスライディングボードの活用、機械浴の設置等を行っています。</p> <p>12. 職員のストレスチェックを毎年実施し、産業医が2名います。また、毎年異動希望調査を実施し、郵送・口頭で直接法人本部・理事長に希望を伝えることができます。各種ハラスメント規程が整備され、メンタルヘルス等苦情相談の連絡先が各階に掲示されています。産業医の往診日も掲示されていて直接相談することもできます。福利厚生は共済会に加入し、各階に職員休憩室が整備されています。</p>		

(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	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. 事業所の概要や法人理念は、パンフレットやHP等で周知しています。広報誌を2か月に1回発行し、利用者家族や自宅に郵送しています。また、ハローワークや地域包括支援センターにも配布し、情報の公表に努めています。施設見学も希望に応じて実施しています。地域との交流として「健康吹き矢クラブ」や夏季の「クールスポット」の実施がコロナ禍で中断していましたが、今後様子を見て開催する予定です。今回新たに「大正琴サークル」に会議室を開放しています。</p> <p>14. コロナ禍前までは、施設のお祭りの際に介護予防教室やバザーを開催し、地域の女性会や民生委員と連携して事業所の事業内容を伝えていました。地域の幼稚園、保育園との交流や施設ボランティアと利用者との交流、近隣のショッピングセンターでの出張介護相談会の実施等を行っていました。今後復活していく予定です。</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. 利用者・家族に分かりやすい情報が提供できるよう、パンフレットやHPを更新し、見やすくなっています。利用希望者からの問い合わせや見学希望があった場合は、サービス選択に必要な情報提供がいつでもできるよう、施設見学・体験ができる体制ができています。			
(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. サービス開始に際し、担当者が契約書と重要事項説明書を提示し、サービス内容や利用料金の説明等を行っています。利用者本人が判断能力に支障がある場合は、代理人にその説明を行っています。また、成年後見制度の活用を推進する目的で、事業所内に啓発の文書を掲示しています。毎月の権利擁護に関する専門委員会で、利用者の状況や適切な取組について協議・検討を行っています。			
(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。	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. アセスメント様式は、包括的自立支援プログラムを使用し、利用者の心身の状態や生活状況を把握し記録しています。施設ケアマネジャーを中心に、介護・看護・栄養士・機能訓練士・相談員が集まったの情報交換や利用者との「お話し会」でニーズの把握を行っています。施設内の各部署が集まって実施するケアカンファレンスを月2回、利用者1人に対し3か月に1回モニタリングを実施しています。また各階のフロア会議、リーダー以上が出席する特養会議等でも利用者の状況確認を行いサービスの充実を図っています。 18. ケアマネジャーにより利用者及び家族への定期的な声掛けや調査を実施し、ケアカンファレンスを基に個人の特性に配慮したケアプランを作成・実行しています。家族にもケアカンファレンスに参加してもらい、個別援助計画に反映させています。ケアカンファレンスに参加できない家族には、独自に作成した「聞き取り用紙」を送付し、家族の意向を確認しています。 19. 個別援助計画等の策定に当たっては医師・看護師・理学療法士・管理栄養士・介護士等の意見を事前に集約し、毎月2回ケアマネジャーを中心にケアカンファレンスを実施してケアプランの評価を行っています。個別援助計画実施にあたり、専任の機能訓練士が専門的観点に基づき機能訓練を行っています。要介護5で入所の利用者が、支援の見直しと利用者本人の努力で要介護3、トイレ便座への移乗までできた改善事例を確認しました。 20. ケアプランは3か月毎にモニタリングを実施し、ケアマネジャーが利用者ごとの見直し期間のリストを作成し、ケアカンファレンスの日を設定しています。ケアカンファレンス当日までに部署ごとにケアプラン・食事に対する計画書を確認でき、意見が書き込めるようにしています。計画の見直しの際には、必要に応じて主治医等への意見照会を行っています。			

(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. 嘱託医の内科医が週2回、精神科医が月2回利用者の診察を行っています。専門外の疾患や入院先・退所先の受け入れは、2か所の病院と連携しています。相談員やケアマネジャーが、新規入所者や退院が決まった利用者の退院前カンファレンスに参加し、情報収集を行っています。		
(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	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)		<p>22. 業務マニュアルが整備され、各マニュアルに対応する委員会でも毎年見直しを行い、更新しています。業務マニュアルは、各階に設置されいつでも確認ができるようになっています。見直しにあたっては、サービス向上の観点から現状の課題を分析し、必要な改訂をしています。</p> <p>23. 利用者の状況及びサービス提供状況を項目ごとに分け、一時的に行う文書保管と介護ソフトでデータ管理を行っています。部署間での閲覧が可能になり、情報共有が図れることから、利用者の状態推移の具体的記録の管理体制が確立しています。記録の保管、個人情報保護に関してはマニュアルに定められていて、記録は5年以上保管し、廃棄等は規程に基づき適切に管理されています。</p> <p>24. 介護ソフトで利用者の状況等の管理を行っています。心身の状況変化は、PCでの確認や就業前後のミーティングでの申し送りにより、部署間で情報共有が図れる体制になっています。ケアカンファレンスを3か月に1回実施し、ケアカンファレンスやフロア会議等に参加できなかった職員は、業務日誌や議事録を確認することで情報の共有が図れています。</p> <p>25. 利用者家族は定期的にケアカンファレンスに参加し、参加ができない家族には3か月に1回希望・要望書で意向を確認し、ケアプランに反映させています。家族にとって必要な情報は、電話やメールで連絡し、面会時に職員より近況報告を行っています。</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>26. 感染症対応マニュアルに加え、新型コロナウイルスの対応マニュアルも作成し、定期的に更新しています。感染症対策の内部研修を毎年4回実施し、毎月開催する感染症対策委員会には嘱託医も参加しています。コロナ禍では、利用者の感染のあるなしを色分けし、分かりやすくゾーニングすることで感染対策を行いました。</p> <p>27. 事務所内の書類や備品は整理整頓されています。フロア及びトイレの清掃は外部委託しており、外部業者の体調確認や清掃チェック表を義務化しています。プラズマクラスターイオン空気清浄機やフロア備え付けのオゾン脱臭装置にて臭気対策をしています。換気も30分ごとにアナウンスしています。トイレ周辺の廊下で尿臭がりましたが、場所は特定できませんでした。建物構造上の問題かもしれません。</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)

28. 事故・緊急時対応マニュアルがあり、毎年見直しを行っています。マニュアルの抜粋をフロア内に掲示し、緊急時対応が直ぐ行えるようにしています。緊急連絡網も事務所内に掲示しています。年2回の消防訓練と年1回の心肺蘇生AED訓練を消防署の指導で実施しています。新しい利用者の特性を把握し安全に対応するため、毎月の事故発生防止委員会で検討し、各フロアに周知しています。

29. 事故発生後は適切に対応した上で本人や家族、関係者に説明しています。法人統一の事故報告書に記載し各部署へ回覧、緊急受診を伴う事故が発生した場合は、京都市指定様式の「行政提出用事故報告書」を作成し、最終的な対応までの記録を開示しています。ヒヤリハットと事故の集計を行い、毎月開催の事故発生防止委員会で報告・モニタリングをしています。結果は各フロアのリスクマネジメント委員が確認、再発防止に努めています。

30. 災害発生時対応マニュアルを各フロアに設置し、誰もが閲覧できるようにしています。大規模災害発生時における地域協定を地元自主防災会と取り交わし、施設を福祉避難所として登録しています。近隣の消防署と連携して、毎年2回消防訓練と心肺蘇生(AED)を使用した普通救命救急講習を実施しています。

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. 利用者の尊厳や意志の尊重が法人理念や施設運営方針で明確にされています。利用者本位のサービス提供を実現するために、毎月開催の利用者との「お話し会」や給食会議にて、利用者・家族からの希望・要望を直接聞いています。全職員を対象に毎年2回、高齢者虐待防止及び身体拘束廃止に関する研修を実施しています。更に利用者の尊厳保持に関する検討委員会を毎月開催し、利用者に配慮したサービスの提供をしています。</p> <p>32. 利用者のプライバシー保護や羞恥心への配慮についての研修を毎年実施し、職員に周知しています。また、施設独自のテキストを使用して、新採職員への研修やエルダーによるサービス提供時の指導で意識付けを行い、プライバシーや羞恥心について具体的に学んでいます。契約書や重要事項説明書に、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を行うことを明文化しています。</p> <p>33. サービス利用者の決定は、毎月開催する第三者委員を含む「入所検討委員会」で公平・公正に行われています。入所の条件として、受け入れられない項目の規定はありません。また、希望があれば法人内他施設の案内をしています。</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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 部屋ごとの担当者が利用者や家族等からの希望を広く引き出し、毎月のお話会に参加できない利用者の代弁や給食会議で意見を述べています。個別相談は生活相談員やケアマネジャーが日常の生活の中でも、直接意見等を聴取しています。QOL向上のためにケアマネジャーが聞き取り調査を実施し、一人ひとりの思いを記録・集約しています。</p> <p>35. 事業所として意見・要望・苦情を受け付ける体制があり、規定・マニュアルが整備されています。苦情解決委員会を毎月開催し、発生から解決までの間、当事者にも伝えながら納得のいく解決を目指しています。対応の具体的記載方法を定めるなど報告内容の項目等を明確にすることで事例分析がより活用され、サービスの向上につながると思われます。また、苦情等の公表についても、施設内だけでなく広報誌、ホームページへの掲載などに工夫されることを期待します。</p> <p>36. 第三者委員・公的機関の相談窓口・連絡先等を重要事項説明書に記載するとともに事業所内の各フロアにも掲示し、利用者・家族に周知しています。苦情等は、マニュアルに基づき迅速に対応し、委員会にも報告しています。傾聴ボランティア等外部の人材を受け入れ相談機会の確保等もしていましたが、現在はコロナ禍で自粛しています。</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	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。	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. 利用者に対する満足度調査を年1回、特養・ショートステイで行っています。介護を取り巻く社会情勢が変化する中で、質問項目のブラッシュアップを行い、検討委員会で毎年内容を刷新しています。調査結果は、調査項目の内容も含め委員会で分析・検討を行い各フロアに掲示しています。今後の課題として調査結果、分析内容、調査前と調査後でどのようにサービスを改善したか等の確認を行い、広報誌への掲載や家族等への報告について検討されることを提案します。</p> <p>38. サービスの質の向上に関する検討委員会を毎月開催しています。各委員会には施設長・課長・生活相談員のほか各専門職が参加し、その内容は全職員に周知しています。法人内の他事業所での取り組みを月1回の法人会議で報告・確認し、法人全体でのサービスの平準化及び質の向上に努めています。</p> <p>39. 法人で内部監査を毎年実施し、業務適正化委員と業務監査員が評価を行っています。事業計画の見直しは3か月ごとに行い、部署会議で報告しています。前回の第三者評価でのアドバイスを受けて、読み易く分り易い内容の法人パンフレットに見直されました。第三者評価は3年に1回受診しています。</p>		