

アドバイス・レポート

令和6年5月2日

令和6年1月17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「京都市修徳特別養護老人ホーム」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>○地域との関わり 廃校になった小学校の跡地に設置されていることや、図書館や体育館が併設されていることから、地域住民にとって立ち寄りやすい施設となっています。併設事業の地域包括支援センターによる「のほほんカフェ」や「いきいき相談会」にも職員が参加され、地域住民の相談に対応されています。地域の夏祭りや運動会などの行事には、計画段階から参画され、設備なども積極的に活用できるようにされています。</p> <p>○事業計画 法人としての事業計画の他に、施設としての事業計画やユニットごとの事業計画も策定されています。それらの事業計画は、すべて連動しており、ユニットごとに施設の事業計画の中から、特に力を入れていく項目を明記し、それに対しての行動目標を設定されています。これらの策定に当たっては、職員が参画しています。利用者や家族にも、「修徳だより」などで周知されています。</p> <p>○多職種連携 施設の職員である介護職員、看護職員、生活相談員、ケアマネジャー、作業療法士は、利用者に関する情報を共有され、多職種協働によるサービスを提供されています。嘱託医や歯科医師、歯科衛生士の来所もあり、利用者に関する情報は、これらの職種との間でも確実に行われています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>○施設長などの上司に対する評価 施設長や副施設長は、会議への参加や職員のヒアリングなどにより職員の声を聞く機会を持っておられますが、職員からの信頼を得ているかなどを把握する方法が確認できませんでした。</p> <p>○意見箱の設置場所 施設入口に意見箱を設置されていましたが、職員が常時滞在している事務所窓口があるため、匿名での意見・要望・苦情を投函することが難しい状態でした。</p> <p>○倉庫内の整理 各フロアに紙おむつなどの介護物品や災害時に備蓄物品などを保管する倉庫があり、用途ごとにまとめて保管されていましたが、倉庫内部は少し雑然としている状況でした。</p> |

具体的なアドバイス

社会福祉法人 京都福祉サービス協会は、昭和61年6月に前身である「京都ホームヘルプサービス協会」が発足し、同年8月から京都市の委託事業としてホームヘルプサービス事業を始められました。平成5年7月に、京都市の出資により、現在の法人としての認可を受けて運営を開始されています。現在は、京都市からの出資はなくなり、法人独自で運営をされています。

京都市修徳特別養護老人ホームは、明治2年から平成4年まで設置されていた小学校の跡地に、京都市からの委託を受けて、平成13年7月に開所されました。同時に、ショートステイ、在宅介護支援センター、デイサービスセンター、児童館も開所されています。平成18年には、地域包括支援センターの運営も開始されました。

施設として、地域との関わりには大変力を入れておられ、隣の公園で行われる夏祭り（サマーナイト）などの地域行事には、企画段階から参画されています。それらの行事には、利用者が参加し、地域とのつながりを大事にされています。

また、コロナ禍の4年間は様々なことを制限しておられる状況でしたが、現在は、利用者や家族からの意見や要望を把握し、スーパーによる移動販売やボランティアの受け入れの再開など、利用者本位の対応を行っておられます。家族との面会に関しても、面会時間の制限は設けておられるものの、居室での自由な面会を再開され、家族の要望に応じておられます。

施設には、介護職員や看護職員、相談員、ケアマネジャーの他に、特養としては珍しく作業療法士も配置されています。外部からは、歯科医師や歯科衛生士も来られており、利用者支援のために多職種連携を行っておられます。

利用者本位のサービスを実施されておられますので、今後も継続していただくように期待します。

○職員の希望などを把握するために丁寧に対応されていましたが、直接訴えることができない内容などを把握するための方法を検討されてはいかがでしょうか。

○職員の希望などを把握することと同じですが、利用者や家族からも直接施設に訴えることができない意見・要望をくみ取ることができるよう、すでに設置されている意見箱の設置場所の変更などを検討してください。

○倉庫内には、災害時の備蓄物品も保管されていることから、地震発生時や停電時にもすぐに対応できるように整理することを心がけていただくようにお願いします。

※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 | 2670400296 |
| 事業所名 | 京都市修徳特別養護老人ホーム |
| 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) | 短期入所生活介護・通所介護・居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 令和6年3月27日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |

| 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. 法人理念や倫理綱領を明文化し、ホームページや機関紙「アソシエ」、「修徳だより」などに記載して周知しています。職員に対しては、新採研修や中途採用研修の時や、年1回の全体会議の時に周知しています。 2. 定期的に理事会や評議員会、法人内の各事業所の施設長が参加する施設長会議、事業所内の代表者会議、特養会議、ユニット会議を開催し、事業運営などについて協議を行い、職員の意見を反映できる仕組みがあります。 | | |
| (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質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把握と目標の設定 | 4 | 各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 3. 法人の中期計画（2019年度～2024年度）を策定しています。その内容や職員の意見を集約し、施設としての事業計画を策定し、中間評価と総合評価を行いPDCAを意識しています。地域のニーズを把握に努め、その内容を意識しています。 4. 施設内の各職種・ユニット別の単年度の事業計画を作成しています。3ヶ月に1回、計画の達成状況を確認する機会を持っています。 | | |
| (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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため事業運営をリードしている。 | A | 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>5. 施設長は、法人内の管理者研修や全国老人福祉施設協議会の施設長研修を受講し、意思決定支援や虐待、身体拘束等の研修に参加しています。研修の内容は、全体会議などで職員に伝えています。制度改正等の情報については、法人本部やWAM-NETなどにより把握しています。</p> <p>6. 法人作成の事務分掌により、施設長の役割や責任について定めています。また、施設長や副施設長による職員との面談機会を確保しています。危機管理室が対応する内部通報制度などはありますが、施設長が定期的に職員からの評価を受ける仕組みはありません。</p> <p>7. 施設長は、施設入口にある事務所で勤務し、利用者の状況等を把握することができます。また、介護ソフトやグループウェアなどを使用し、記録などを確認しています。事故や苦情が発生した際には、生活相談員からすぐに報告が上がるように対応しています。</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

| | | | | |
|------------------------|----|---|---|---|
| 総合的な人事管理 | 8 | 人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。 | A | A |
| 質の高い人材の確保 | 9 | 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 |
| 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 | 10 | 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 |
| 実習の受け入れ | 11 | 実習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. 法人理念等に基づき、法人が職員の求めることを倫理綱領に記載し、職員に周知しています。等級ごとに求められるスキルなどの内容や、人事考課制度の内容などをわかりやすく記載したハンドブックを作成し、職員に配布しています。異動に関する自己申告書を年2回提出することができ、自らの希望を法人に伝える機会を持っています。</p> <p>9. 配置基準を作成し、各職種の必要数などを定めています。毎月、常勤換算表を作成し、必要数の確保について確認しています。作業療法士や障害者、高齢者など、幅広い職種や年代の職員を雇用しています。</p> <p>10. 法人、施設として、研修計画を作成し、新規採用研修、社会人研修、中級研修、監督職研修などの階層別研修や、高齢者虐待や権利擁護研修などを行っています。認知症実践者研修や実践リーダー研修にも、職員の参加を計画的に行っています。また、法人内に人材研修センターを設け、介護職員実務者研修などを業務内で受講できるようにしています。</p> <p>11. 実習受入マニュアルを定め、実習を受け入れる意義や受け入れの際の手順などを明記しています。法人内に、介護福祉士や社会福祉士の実習指導者部会があり、定期的に指導者間で情報共有を行い、実習生の受け入れを行っています。</p> | | |

(2) 労働環境の整備

| | | | | |
|--------------------------|----|--|---|---|
| 労働環境への配慮 (働きやすい職場づくり) | 12 | 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 | 13 | 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、職員が充分にくつろげ、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>12. 有給休暇や時間外労働は、法人の人材マネジメント室で把握しています。施設に配置している事務員によりデータ化を行い、施設長も把握しています。職員は、年2回異動申告書を提出し、職員の就業に対する意向を確認しています。インカムやスライディングボードなどを使用し、簡単に情報共有を行うことや、腰への負担を減らすようにしています。</p> <p>13. ハラスメント防止に関する指針を策定しています。希望により、法人外の医療機関でカウンセリングを受けることができ、施設内に案内を掲示し周知しています。各フロアに職員が休憩する場所を確保しています。</p> | | |

| (3) 地域との交流 | | | | |
|-----------------------|----|--|---|---|
| 地域との連携・情報発信 | 14 | 事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。 | A | A |
| 地域との交流（入所系・通所系サービスのみ） | 15 | ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。 | A | A |
| 地域への貢献 | 16 | 事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 14. 地域との関わりについて、事業計画に明記し、ホームページ等で周知してま す。併設の地域包括支援センターが実施している「のほほんカフェ」に施設の管理 栄養士などが参加し、協働しています。施設の隣にある公園で行っている地域の夏 祭り（サマーナイト）などを地域の関係者と協働で実施しています。 15. 法人内のボランティア部会で、ボランティア受け入れマニュアルを作成してい ます。コロナ禍では中止していた傾聴ボランティアの受け入れを再開し、一部の家 族も登録しています。京都市介護サービス相談員の実習にも協力しています。 16. 年2回、施設に併設されている公共の体育館で、地域包括支援センターが主催 するいきいき相談会に管理栄養士が参加し、地域住民の相談に対応しています。施 設長は、下京区の地域福祉委員を受任しています。地域の夏祭りの時には、施設の 厨房を活用する等の協力しています。 | | |

| 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 |

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 | 17 | 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) | | 17. パンフレットや利用料金表を作成し、利用希望者などに説明しています。体験入所については、併せて運営しているショートステイの利用などにより対応しています。入所相談に対しては、必要に応じて地域包括支援センターや居宅介護支援事業所を連携し、対応しています。 | | |

(2) 利用契約

| | | | | |
|-------------|----|---|---|---|
| 内容・料金の明示と説明 | 18 | 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) | | 18. 入所の際には、重要事項説明書などを用いて説明しています。認知症の利用者で、身寄りがない場合には、入所の相談段階から、担当するケアマネジャーに成年後見制度の説明を行っています。 | | |

(3) 個別状況に応じた計画策定

| | | | | |
|--------------|----|---|---|---|
| アセスメントの実施 | 19 | 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 | 20 | 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 |
| 専門職種を含めた意見集約 | 21 | 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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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 | 22 | 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>19. 介護ソフト内の様式を使用し、アセスメントを行っています。利用者の担当制を取っており、利用者の変化に対応しやすく、それに基づいてアセスメント・モニタリングを行っています。</p> <p>20. アセスメントやモニタリングの際に、利用者、家族から意向や意見等を聴取しています。把握した意向などを取り入れて、ケアマネジャーが月1回ユニット会議で各部門の意見を集約し、施設サービス計画書を作成しています。利用者に変化があった場合には、その都度見直しを行っています。</p> <p>21. ユニット会議には介護職、看護師、栄養士、作業療法士などの専門職が参加、場合によって医師も参加して検討しています。</p> <p>22. 施設サービス計画書の見直しは6カ月ごとを原則にしていますが、利用者に変化があった見直しを行い、現状と計画書との乖離が無いようにしており、職員間での支援内容の共有化を図っています。</p> | | | |
| (4) 関係者との連携 | | | | |
| 多職種協働 | 23 | 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 |
| サービス移行時の連携・相談対応 | 24 | 利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | <p>23. 週2回、施設医が回診、それ以外でも電話での連絡体制と取っています。利用者の通院や入院時には職員が同行、生活状況などの情報を伝えています。また、協力病院の医師と施設医と協力体制を図り、情報共有を図っています。こうした中で得られた情報は各部署で共有しています。</p> <p>24. 利用者が在宅復帰の場合は、予め定めた「手引き」に基づき、生活相談員が中心となり、地域包括支援センターなどの関係事業所との連携を図っています。また一時、自宅で過ごしたいなどの希望がある場合、その希望を叶えるため万全の態勢を取って実施しています。</p> | | | |
| (5) サービスの提供 | | | | |
| 業務マニュアルの作成 | 25 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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。 | A | A |
| サービス提供に係る記録と情報の保護 | 26 | 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 | 27 | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | A | A |
| 利用者の家族等との情報交換 | 28 | 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>25. 業務マニュアルは項目ごとに作成し、一冊に整理しており、直ぐに確認できるようにしています。見直しは少なくとも年1回行い、職員の業務の効率化、改善が必要な時には随時、利用者や職員の状況を勘案をしながら行っています。</p> <p>26. 「個人情報保護取り扱い規程」が整備され、それに基づいて記録文書の保管、保存、持ち出し、廃棄の取り扱いがされています。電磁記録の取り扱いについても、規程により定めています。</p> <p>27. 利用者の記録は介護ソフトで管理し、いつでも閲覧することができ、情報の共有ができます。特に、職員間で口頭で行われていた申し送りをグループウェアで作成、管理することで、利用者に接する時間が増えたり、記録を確認することで確実に情報の共有を行っています。</p> <p>28. コロナ禍においては、利用者と家族との面会も制限していましたが、機関紙や写真で日頃の様子を伝えていました。現在は、面会時間30分の制限はあるものの、居室での面会ができることとし、そのことで利用者と家族との交流ができるようにしています。また、家族がカンファレンスにも参加し、利用者の状況や情報の交換を行っています。</p> | | | |

| | | | | |
|-----------------|----|--|---|---|
| (6) 衛生管理 | | | | |
| 感染症の対策及び予防 | 29 | 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 | 30 | 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 | B |
| (評価機関コメント) | | 29. 月1回、感染対策会議を開き、看護師が中心となって図や写真を入れ込んだ疾患別マニュアルを作成しています。これに基づいて、発生時の取り扱いについて、職員研修を実施しています。利用者や職員が新型コロナウイルスに罹患した時には「京都府新型コロナサポートチーム」の支援を受けながら継続した介護サービスの提供に努めました。 30. 障害者施設外就労としての派遣を受け入れての清掃作業を行っています。施設内は、手狭な状態のため、介護用品（おむつなど）や福祉用具などを倉庫で保管していますが、雑然と置かれ整理が必要な状態でした。 | | |
| (7) 危機管理 | | | | |
| 事故・緊急時の対応 | 31 | 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 | 32 | 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 | 33 | 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 |
| 事業の維持・継続の取り組み | 34 | 大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 31. 緊急時や事故発生時のマニュアルがあり、緊急連絡フローチャートや職員連絡網を作成しており、対応方法を明確にしています。年2回研修開催やグループウェアのツールを利用、職員への周知を行っています。 32. 事故発生当日中に報告書を作成、迅速に職員間での共有や家族への説明、ユニット会議では事故の見直しや分析を行い、リスクマネジメント委員会では弁護士からの助言をうけ、再発防止に努めています。 33. 火災・風水害や防犯マニュアルを作成しており、日中と夜間を想定した防災訓練を年2回行っています。地域で開催の防災訓練にも職員と利用者で参加、連携しています。職員においてはアプリを試行しながら安否確認をしています。 34. BCPを作成し、大規模災害発生に伴う机上訓練を実施しています。被災地支援を行い、備蓄品の確認では期限切れの物がある場合の運用方法等、災害の実情を知ることにより具体的な内容を更新しています。 | | |

| 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 | 35 | 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 |
| | | 利用者の権利擁護 | 36 | 虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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 | 37 | 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 | 38 | 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>35. 身体拘束に関するマニュアルを作成しています。入職時コンプライアンス研修や権利擁護、虐待防止についての研修を実施しています。日常業務の支援では、月1回ユニット会議で個別の対応を振り返り、見直しを行っています。</p> <p>36. 身体拘束禁止や虐待防止のマニュアルを作成、内容に沿った研修を開催しています。不参加の職員には資料等を配布し、全職員へ伝達しています。職員の不適切な事案は危険性を研修等で周知、職員一人で抱えこまないよう多職種の視点で検討しています。</p> <p>37. プライバシー保護に関するマニュアルを作成しています。入職時に「高齢者疑似体験を通じてプライバシー保護への理解を深める」研修等を実施しています。現場では汚物処理を他者の目に触れないよう専用ケースで運ぶ等、配慮を行っています。</p> <p>38. 入所判定会議は施設医や社会福祉協議会関係者が参加、公平・公正に検討、点数化による判定をしています。医療面等から受け入れ困難なケースは状態にあわせ社会資源の提案を行っています。</p> |
|------------|---|

(2) 意見・要望・苦情への対応

| | | | | |
|---------------------------|----|--|---|---|
| 意見・要望・苦情の受付 | 39 | 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、利用者等に周知されている。 | A | A |
| 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 | 40 | 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 | 41 | 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>39. 年1回の家族アンケートを実施し、1階事務窓口にご意見箱を設置しています。意思を明確に表示できない利用者はできる限り意向をくみ取ることができるよう、家族へ生活歴アンケートを行っています。</p> <p>40. 苦情報告書を作成し、ユニット会議にて多職種で改善策を検討、必要に応じて施設長および法人本部へ報告を行い、組織的なサービス向上を行っています。家族には広報誌での案内や1階事務窓口にてファイル設置にて公開しています。</p> <p>41. 第三者の相談窓口をホームページや重要事項説明書へ掲載し、施設内にもポスターで目につきやすい場所にわかりやすく貼りだし、周知しています。月2回介護サービス相談員により、利用者ヒアリングを行っています。</p> | | |

(3) 質の向上に係る取組

| | | | | |
|---------------|----|--|---|---|
| 利用者満足度の向上の取組み | 42 | 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 | 43 | 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 | 44 | 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>42. 年1回家族向けに満足度アンケート調査を実施しています。宿直時間帯に家族より日中の折り返し連絡時、申し送り不十分の意見があれば、迅速にサービス質の向上に向けた改善策を検討し、対応を行っています。</p> <p>43. 月1回代表者会議開催、全部署から職員が出席しています。都合あわず不参加の職員には当日の資料を配布することで情報共有をしています。他にも法人内の各職種や部会を定期的に開催し、情報交換や協働の取り組みを行っています。</p> <p>44. 介護安全安心一斉点検を実施し、点検内容を集約から前年度の目標に対する評価を6項目から行っています。改善点を確認し、事業計画や各委員会活動に反映しています。第三者評価は3年毎に受診され、アドバイスレポートを基に施設代表者会議にて改善しています。</p> | | |