

様式 7

アドバイス・レポート

令和 6 年 7 月 2 1 日

令和 3 年 6 月 2 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 宇川いちがお園 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 1 3、1 4) 地域との交流</p> <p>地域に向けては、地域の方を対象に介護者教室を開催したり、認知症カフェ、サポーター養成講座、地域包括支援センターと中学校への講師を派遣しています。そうした活動を通じてニーズを把握して、市の委託で配食サービスの提供やもれた方には独自でも配食活動を行っています。</p> <p>コロナ禍前は、施設主催のオープンデーやいちがお園祭りを開催するとともに登下校への青パト活動や地区の秋祭りへの参加、防災の日には地域に対して避難場所として避難誘導で参加していました。また、ホームページ、広報「いちがお園だより」を毎月全戸配布しています。</p> <p>(通番 3 1) 人権等の尊重</p> <p>利用者の人権尊重を基本に理念を策定し、事業所内に掲示、ホームページにも掲載しています。事業所内に虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会があり、身体拘束廃止に関する指針を設置して随時更新をしています。やむを得ない拘束は関係者にリスク説明を行い、状況を記録して定期的に再検討しています。また、職員は、虐待の芽チェックリストや不適切ケア報告書にて振り返りを行っています。管理者が高齢者虐待防止法の研修を受け、伝達研修として内部で虐待防止に特化した人権研修を全職種の全職員対象に実施しています。</p> <p>(通番 3 8) 質の向上に対する検討体制</p> <p>組織としてサービスの質の向上に関して部署会議からボトムアップで検討していく体制を確認しました。具体的には、各種委員会や会議発信で研修企画などを行っています。内容の全職員への周知、共有は議事録と補足説明にて行っています。また、京丹後市福祉サービス事業者協議会、社会福祉連携推進法人リガーレグループ等に参加しており、様々な分野での情報共有や取り組みの比較検討が積極的にできています。</p> |
|-----------------------------|--|

| | |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>（通番２２）業務マニュアルの作成</p> <p>特養介護マニュアルを整備しています。しかし、業務マニュアルの見直しは行っているが期日、期間を定めたものは確認できませんでした。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いていませんでした。各種マニュアルの整備と定期的な見直しは支援の質の担保・向上に不可欠ですが、これを漏れなく組織的に継続して実施できるよう、マニュアルの一覧（目次）を作成し、その策定期間、見直の実施状況、改定期間等を見やすく整理されてはいかでしょうか。</p> <p>（通番２３）サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>サービス提供に係る記録については、独自の処遇管理ソフトを用いて、行っています。また、ケアプランを意識した記録の検索機能をかけて抽出できるようにしています。情報の保護については、個人情報管理規程に保管、保存、持ち出し、廃棄にかかる項目を定め、個人情報保護にかかる研修も行っています。しかし、開示請求の手続きを定めたものが確認できませんでした。事業所におけるリスク管理の観点からも整備す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</p> <p>事業計画の進捗状況の確認は3カ月に1回行っていますが、事業所の提供するサービスそのものの自己評価はできていなかった。また、第三者評価については、事業所開設以来今回が初の受診となっています。自己評価を行う基準を定めるとともに、評価結果を次回以降の事業計画に反映する仕組みを整備されることを期待します。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>社会福祉法人はしうど福祉会は、京都府北部地域に位置する京丹後市丹後町にある法人です。町民の要望から設立され、法人理念「わたしたちは、地域の皆様に信頼され、愛される施設を目指します」を掲げ、丹後町の高齢者福祉・医療を担ってきました。</p> <p>その拠点のひとつである宇川いちがお園は、2016年に宇川診療所の指定管理を受け、開設された定員12名、全室個室の地域密着型の介護老人福祉施設です。丹後半島の先端にあり、利用者全員が地元の方たちです。1階に診療所があり、日常的に医療連携があるのが特徴です。少人数で家庭的な雰囲気の中で、個を尊重したケアを提供しています。できることは自分でできるようにサポートし、居場所と役割がある生活が過ごせるような関わりを心がけています。</p> <p>地域との関係も良好で、事業計画にも明記して法人全体で取り組んでいま</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>す。地域の方を対象に介護者教室を開催したり、認知症カフェ、サポーター養成講座、地域包括支援センターと中学校への講師を派遣しています。そうした活動を通じてニーズを把握して、市の委託で配食サービスの提供やもれた方には独自でも配食活動を行っています。住み慣れた地域で在宅サービスから施設サービスまで、「いちがお園があってよかった」と言われるよう地域にとって必要な福祉ニーズに応えていくことを目指しておられます。</p> <p>運営面においては、はしうど福祉会は、複数の社会福祉法人で組織される、社会福祉連携推進法人リガーレの一員として、経営機能の強化、人材確保・人材育成とキャリアパスの充実、ケアの質・ケアチームの質の向上について共有・連携をするとともに京丹後福祉サービス事業者事業者協議会に参加して情報交換等交流をして地域福祉の向上に取り組んでいます。</p> <p>また、働きやすい職場づくりとりわけ育児支援に力を入れており、育児休暇2年、「w i w i w」（育児休暇中のオンライン講座・上司との定期的なコミュニケーションのシステム化等々）の導入、育児休業後の働き方の多様性独自の仕組み等を整備し、「京都モデル」ワーク・ライフ・バランス認証企業も取得しています。</p> <p>これからも、長い歳月をかけて取り組んでこられた実践により一層の磨きをかけるとともに、地域共生社会の実現に向けて、その一翼を担っていかれることを期待します。</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+)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|---------------|
| 事業所番号 | 2693300192 |
| 事業所名 | 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 宇川いちがお園 |
| 併せて評価を受けた サービス(複数記入可) | |
| 訪問調査実施日 | 2021/11/29 |
| 評価機関名 | 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) 理念を明確にしており、明文化している。職員会議の際に唱和している。入職時に事業計画で説明している。施設内の掲示として理念を掲げている。各人が携行している。パンフレットや事業計画等をまとめたものを配布している。家族には、広報誌を作成して発信している。地域用、利用者用がある。重要事項説明書を説明すると同時に理念も伝えるようにしている。 2) 各階層の会議(月1回)が行われ意思が反映できるようになっている。管理規程に事務分掌が明記している。法人組織図も明確にしている。 | | | |
| (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 | 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) 中長期計画(19年から24年)(19年から21年)、単年度計画を明文化しており、整備している。報酬改定や満足度調査を実施して見直しをしている。 4) 各事業所で目標を掲げるとともに3カ月に1回、運営会議で進捗状況を確認している。感染症、身体拘束、研修ほか10委員会がある。理事会・評議員会・監査が四半期で開催されている。 | | | |
| (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 | 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 | 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) 集団指導、外部研修(人権研修)、内部研修(弁護士によるカスタマー研修、セクハラにかかる研修など)を通して情報収集をしている。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職員に周知・伝達している。オンラインで見れなかった人は録画を見ることとなっている。パソコン内で法令のリスト化を行って閲覧できるようにしている。 6) 管理規程に管理者等の役割と責任について明文化されている。会議には、必要に応じ施設長が参加し、意見を出したり、スーパーバイズを行っている。運営会議に管理者は必ず参加している。主任が行う人事考課とは別にメンタルヘルスチェック後など必要に応じ面談を実施している。しかし管理者が自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを確認する方法を持っていない。 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。処遇管理システムと園内メール(職員Eキューブ)。主任以上のグループラインで対応している。ユニット毎に非常時の連絡体制が整備しラインで対応できるようになっている。 | | | |

| 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 |
| 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) 人材採用に関する指針(毎年更新)を明文化している。採用に関して、求める職員像を明文化している。人材確保でリサーチと共同採用。リクルーターで年度の活動をしている。入職後に資格取得ができるよう、リーガルの対策講座(ケアマネ、介護福祉士)、研修費用の補助、資格手当をしている。キャリアアップの仕組みも構築している。</p> <p>9) いちがお園で年間研修プランを作成している。内部研修、ユニットIN北京都など外部研修、グループ法人の研修を活用している。今年度(令和3年)はオンライン授業中心。外部研修の案内をEキューブに掲載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、移乗など統一できるための研修を企画して行ったり、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の仕組みを導入して、新人職員や異動職員に対してエルダーを決めて指導している。(エルダーのための研修も開催する。認知症実践者研修にいった職員が自主的な研修、内部広報委員会による研修のほか、グループスーパーバイザー巡回指導の仕組みがある(3か月に1回))。</p> <p>10) 以前は社会福祉士の受け入れを行っていたが、コロナ禍のため実習生の受け入れを行っていない。ズームでインターンシップの受け入れ、介護等体験、即戦力を行っている。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。社会福祉士の実習指導者講習会を受講している。</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 | 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) 事務局で有給休暇の取得状況や超勤の管理を行っている。年度の初めに勤務表作成の際やアテンド職の活用するなど工夫をするようにしている。安全衛生委員会を月に1回開催している。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。(男性の取得者、復職100%)、個浴にしているため、トランス技術の向上のための研修、アクアムープなど導入している。</p> <p>12) 安全衛生委員会を設置するとともにメンタルヘルスチェックを行い、必要に応じ産業医につなげている。必要に応じて面談を行っている。共済会、職員親睦会がある。セクハラ、パワハラなどについて体制等、防止規程を整備している。休憩室スペースを設けてソファを整備している。</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) 地域に向けては、ホームページ、広報「いちがお園だより」を毎月全戸配布としている。としている。オープンデーを実施している。(コロナ禍でできず)施設主催のいちがお園祭りを開催するとともに地区の秋祭りにも参加していた。天理教、海岸清掃園自体が参加している。防災の日に地域に対して避難場所として避難誘導で参加している。</p> <p>14) 地域の方を対象に介護者教室を開催している。認知症カフェ、サポーター養成講座、包括支援センターと中学校への講師を派遣している。そうしたことを通じてニーズを把握している。登下校への青/白活動を行っている。市の委託で配食、漏れた方には独自でも配食活動を行っている。</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 |
| 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) | | ホームページ等を用いて、事業所の情報を発信している。問い合わせ、見学は随時受付して対応している。手順等の説明資料や写真等でわかりやすく説明している。申込者情報を記録している。 | | | |
| (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。(宇川ではない)入所時に看取りの指針に基づいて同意を得ている。 | | | |
| (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 | 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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | 17) 面談記録表を活用して、アセスメントを行っている。様式は独自に定めるとともに24時間シートを活用してアセスメントしている。1Fが診療所のため連携をはかっている。栄養士、看護師の意見を反映している。検索機能を行い、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。アセスメントは半年に1回の見直しをしている。 18) アセスメントに基づき具体的に思いを受け止めている。家族との面会制限が継続する中では、コロナ禍では、オンラインでの聞き取り。それ以前は、ご本人は必ず参加をするようにしていた。(再開した)面会が多い施設かと。 19) 計画作成時には、多職種(看護師、PT(通リハ)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おり、それを集約して作成するようにしている。 20) 3か月に1回個別援助計画の見直しを行っている。ユニット会議(1か月に1回)の中で必要に応じてカンファレンスを行い確認を行っている。計画を変更する基準等が文書化されていない。 | | | |
| (4)関係者との連携 | | | | | | |
| | 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) 地域医療機関(弥栄病院)との連携があり、医療体制が確立できている。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。地域医療連携室とも連携をしている。 | | | |

(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) | | 22) 特養介護マニュアルを整備している。業務マニュアルの見直しは行っているが期日、期間を定めたものはない。また、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ない。※マニュアルを一覧にして目次をつけて、項目の横に見直し年度を記載するようになれば、見直しや改定日が明確になるのではないかと。 23) 独自の処遇管理ソフトを用いて、記録している。ケアプランを意識した記録の検索機能をかけて抽出できるようにしている。個人情報管理規程に保管、保存、持ち出し、廃棄にかかる項目を定めている。個人情報保護にかかる研修を行った。しかし、開示請求の手続きを定めたものが確認できなかった。 24) 介護職、看護師の申し送りを朝・夕に実施しており、事務所内で共有している。申し送りノートを作成している。 25) コロナ禍でご家族と定期的に会って、ケアプランに対する意向を聞く機会が減っている。ホームページや特養だより「まんぐるわ」宇川いちがお園だより」を毎月発行してユニットの様子を伝えている。タブレットを活用し、オンライン面会以外にも動画や写真を送付している。 | | |

(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) | | 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。委員会を3カ月に1回開催するとともに流行期には毎月開催している。年に1回感染症全体研修、コロナ禍では動画で記録したものを見れるようにしている。Eキューブでコロナにかかる情報等発信をしている。 27) 日頃の清掃は用務員、職員で行い、施設内の害虫対策とワックス掛けは外部委託で行い、いずれも点検表で確認している。汚物専用洗濯機を設置し清潔に努めている。臭気対策として脱臭機を複数設置、往診の医師の指導の下、口腔ケア研修を実施している。備品は整理整頓され、書類は鍵付きの引き出しに保管されている。 | | |

(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 | B |
| (評価機関コメント) | | 28) マニュアルとして事故防止に関する指針があり、緊急時対応マニュアルを設置、緊急時の指揮命令系統を明確にしている。ドクターメイトの導入により看護師のオンコール代行や医療相談体制を整備している。地域性への配慮から市の「救マーク認定事業所」となっており、当該職員がAED講習を含む上級救命講習を受けている。 29) 事故発生時は本人、家族、関係者に説明し、職員間では朝礼、申し送りで共有、周知を図っている。独自の様式で事故報告書（ヒヤリハット含む）を作成し、状況、対応、経過を記録して、各会議にて分析・検討し再発防止に努めている。 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（年2回）を実施している。地域住民の避難場所として、施設も指定されており、災害時の備蓄品も明確化している。法人本部はあるが宇川いちがお園としてはマニュアルの策定、地域との関係は不十分と認識している。 | | |

| 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 |
| 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) 利用者の人権尊重を基本に理念を策定し、事業所内に掲示、ホームページにも掲載している。虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会があり、身体拘束廃止に関する指針を設置して随時更新している。職員は虐待の芽チェックリストや不適切ケア報告書にて振り返りを行っている。管理者が高齢者虐待防止法の研修を受け、伝達研修として内部で虐待防止に特化した人権研修を全職種の全職員対象に実施している。やむを得ない拘束は関係者にリスク説明を行い、状況を記録して定期的に再検討している。</p> <p>32) プライバシー保護について排泄介助時の道具類の工夫などを行っている。また、言葉掛けの仕方や言葉遣いへの配慮、ポータブルトイレを使用する場合、居室に設置する等している。全戸回覧の広報誌「宇川いちがお園だより」には利用者の写真等は掲載していない。</p> <p>33) 利用申し込みは基本的に受け付けている。入所判定会議は外部委員も入れて月1回開催している。入所決定までの流れを文書化している。</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。 | B | B | |
| | 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 | |
| | | | <p>34) 利用者満足度調査を年一回実施すると共に利用者自治会を設置、意見等を収集している。事業所内の家族会で家族への満足度調査を年一回行っている。苦情解決窓口を重要事項説明書に記載、本人・家族に説明する他、事業所内にも掲示している。利用者個別の相談面接はできていなかった。</p> <p>35) 「利用者の意見要望等の相談解決実施要綱」を策定し、苦情、相談等の受付から解決までの対応の仕組みを定めている。その流れをフローチャートに表し迅速に対応する仕組みとして機能している。重要事項説明書に苦情受付担当者や窓口を明記し、入居時に伝えるようにしている。苦情の内容等は「いちがお園便り」に掲載し公表している。</p> <p>36) 第三者委員、介護保険機関、適正化委員会などを事業所内に掲示するとともに重要事項説明書に掲載されている。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った仕組みはできていない。</p> | | | |
| | 利用者満足度の向上の取り組み | 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。 | B | 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。 | B | B | |
| | | | <p>37) 年一回利用者満足度調査と家族の満足度調査それぞれ実施している。集計した結果を部署会議で分析・検討し、課題を明確にして職員間で共有、改善を図っている。課題によって事業計画に盛り込むことで前後の改善状況を確認している。アンケート結果は広報誌に掲載している。</p> <p>38) 組織としてサービスの質の向上に関して部署会議からボトムアップで検討していく体制を確認した。各種委員会や会議発信で研修企画などを行っている。内容の全職員への周知、共有は議事録と補足説明にて行っている。京丹後市福祉サービス事業者協議会、社会福祉連携法人推進法人リカーレグループ等に参加しており、様々な分野での情報共有や取り組みの比較検討が積極的にできている。</p> <p>39) 事業計画の進捗状況の確認は三カ月一回行っているが、事業所の提供するサービスそのものの自己評価はできていなかった。第三者評価については、事業所開設以来今回が初の受診となっている。</p> | | | |