

アドバイス・レポート

令和6年11月8日

令和6年7月18日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設じゅんぷう」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

特に良かった点とその理由(※)	<p>前回の第三者評価の受診後、自ら課題をしっかりと受け止め、継続的改善と実践されていることの可視化により法人の理念、運営方針に基づいたケアの方針が定められています。各会議、委員会等で仕組みを浸透させ、また職員自らが考え企画するなど、一人ひとりが実践し、いきいきと取り組む働きやすい職場作りに施設全体で尽力されている事に感銘を受けました。</p> <p>通番 4 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 事業計画の進捗について、毎月「フロア評価まとめ」会議にて各項目が漏れないように達成状況を数値化し、視覚的に表示して第三者が見ても非常に分かりやすくまとめられていました。事業計画は月次評価に加え、四半期ごとに会議で達成状況を確認しています。また、部門ごとでは半期で中間評価を行い、達成状況に応じて修正するなど組織全体で取り組むべき課題を明確にする仕組みが確認できました。</p> <p>通番 12 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） 法人として、組織管理がハード面、ソフト面で徹底されていることを確認しました。介護機器（入浴リフト等）、見守り介護ロボット（アムス）、ICT 機器（介護記録ソフト・勤怠管理）の導入を行い、職員の身体的な負担軽減に加え、パソコンによる情報共有とペーパーレス化が進んでいる事を確認できました。</p> <p>Ⅲ 適切な介護サービスの実施（3）個別状況に応じた計画策定 入所前から退所後まで、それぞれの職種が専門性を活かし、職種間の連携を図りながら、ケアを実施するためのマニュアル、チェック表や評価システムが構築され、実践的に使用されています。現場を管理する職員の安定感に加え、次世代のリーダーを担う職員が自らの役割を理解し、いきいきと仕事に取り組む姿が印象的でした。ご利用者を主体とした良い関わりが施設の環境とご利用者の表情に表れていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番 10 計画的な人材育成と継続的な研修・OJT の実施 法定研修や法定外研修、階層別研修、新規採用研修など、年間の教育訓練計画が立案され、計画的に実施されている事が確認できましたが、研修によっては参加人数が3名と非常に少ない研修がありました。</p> <p>通番 11 実習の受け入れ 介護実習受入方針、プログラム、マニュアル等が整備され、実習の受け入れ体制は整えられています。今年度は実習の受け入れがないと伺いましたが、実習生を指導する指導者に対する研修等を行う仕組みを確認することが出来ませんでした。</p> <p>通番 26 サービス提供に係る記録と情報の保護 サービス提供の記録とその管理は適切にされていましたが、個人情報保護に関する研修の参加者が少ない状態でした。前回の受診時のアドバイスをもとに、研修を受講できなかった職員のために録画し、後日 DVD で視聴できる取り組みをされていましたが、受講がすすんでいない状態でした。</p>
具体的なアドバイス	<p>通番 10 計画的な人材育成と継続的な研修・OJT の実施 研修の企画を早めに行い、全職員が履修できるように計画を立て、受講しやすくする複数回の開催、勤務時間外で実施していた研修時間の改善、開催後の研修の評価（ディスカッション）等、受講管理の取り組みをされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 11 実習の受け入れ 今年度は実習の受け入れ実績はありませんが、いつでも受け入れられるように実習指導者に対する研修を年間の教育訓練計画に組み込むなどされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 26 サービス提供に係る記録と情報の保護 在宅復帰したご利用者を退所後に訪問した際のレポートは施設内でのみ共有されていましたが、ご利用者・ご家族や居宅ケアマネジャーと共有することで、ご利用者の自立への励みや、施設の取り組みの PR になり得るものであるため、個人情報に留意の上、活用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。

評価結果対比シート

事業所番号	2650480037
事業所名	介護老人保健施設 じゅんぷう
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和6年10月10日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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. 理念や運営方針は各フロアに掲示され、またパンフレットやホームページに掲載されています。各ケアの方針も理念に基づき提供されています。周知や理解の機会は各委員会や会議、職員研修などで確保されています。 2. 職員の意見は、個人面談やフロアミーティングなどで聞き取り、管理者会議における委員会活動発表や施設との意見交換会において反映される仕組みが整っています。		
(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. 中長期計画は、定期的に評価・見直しがされていて、現在、第四次中期計画が実行されています。部門ごとの事業計画は、四半期ごとに評価を実施し、会議で達成状況を確認しています。また、半期で中間報告を実施し、継続の有無や必要に応じて修正を行っています。 4. 目標の設定・評価は職員の意見を反映し、各部門責任者は月次評価を行い、管理者への報告及びフィードバックにて毎月出来ていなかった事（未達成）の振り返り（反省）ではなく、次にどうしたら達成できるかなど話し合いが行われています。		
(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	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. 施設運営会議において、施設長が中心となり、法令遵守の観点から経営状況の評価がなされています。また「フロア評価まとめ」会議にてハラスメントに関する項目や5S活動の取り組み状況などを含めた評価を3カ月に1回行っています。 6. 施設長は、意見交換会や会議における意見交換、施設内パソコンによるメッセージ送信（匿名可）、施設長メールボックスへの投函（匿名可）により職員から意見を聞く機会を持たれています。 7. BCPについては、感染症発生時における業務継続計画、自然災害時における業務継続計画が策定され、シミュレーション、研修を実施されています。		

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
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	B
		(評価機関コメント)		<p>8. 中長期計画及び2024年の単年度事業計画の中に職員としてあるべき人物像、法人としての人材採用・育成の方針を明示し、全員一丸となって業務改善、ケアの質向上に取り組んでいます。また、残業、有給休暇等の勤怠管理表・職員の定着に向けた計画書が明示され、施設全体で管理されています。</p> <p>9. 新規の採用活動では就職フェアに出向くほか、管理部門で人事異動、管理が行われ、適切な業務が進められるように配慮されています。</p> <p>10. 入職時には、チューターが寄り添い、業務が円滑に進められるように指導しています。法人内でキャリアパスが定められていて、階層別に設定された研修計画を基に、内外の研修に参加し、そのレポートに研修担当がコメントを加え、その後の伝達講習で全職員への共有を図っています。</p> <p>11. 実習受け入れの方針を明示し、受け入れマニュアルも整備されています。実習の受け入れ態勢は整っていますが、コロナ感染症5類移行後も介護実習生の受け入れはなく、そのため実習指導者への指導研修には着手していません。今年度は受け入れを中止されていました。地域との交流の一環として介護の体験サポートを近隣の小学校に出向き実施されています。</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. 勤怠管理が集約され、残業の把握がされています。各介護リーダーは、カンファレンス等で職員と意見を交わすほか、定期的にヒアリングシートを用いて面談を行い、現場の要望、意見を聴取し、課題を把握することで業務改善、ケアの質向上を目指しています。その問題点を上部のリーダー会議に上程して検討し、取り決め事項を明文化して全員に周知、徹底されています。</p> <p>13. ストレスチェックでは、所定の書式でセルフチェックを行い、必要があれば、外部委託先に繋ぐマネジメントができています。ハラスメント規定も整備され、職員相互でチェックするほか、法人本部へのホットラインも設けられています。福利厚生面では母体病院を受診した場合の医療費が全額還元される制度があり、職員には好評です。業務のICT化が進み、組織内の情報伝達、共有などがペーパーレス化されています。</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	ボランティアの受け入れ、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)		<p>14. ホームページ、フェイスブック、広報誌、パンフレットなどを駆使し、事業所情報を発信しています。地域のネットワーク形成のため、下京介護保険事業者連絡会議にも参加しています。広報誌にはご入所者の表情が分かる写真が多く掲載されています。広報誌を地域包括支援センター、近隣のパン屋等にも配布して随時、施設見学にも対応され、新規の利用を目指されています。</p> <p>15. ボランティア受け入れ方針及びそのマニュアルが整備されています。地元の下京シルバークラブ、近隣小学校の3年生一同などとの交流も続いています。</p> <p>16. 事業所は京都市から福祉避難所の指定を受けています。法人の持つノウハウを還元するために、介護職員代表メンバーが近隣小学校へ出向き、自施設の紹介を行うと共に、高齢者疑似体験授業を行い、介護福祉への理解に繋がっています。</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
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)		ホームページで施設概要、利用料金、職員の取り組み（写真・動画）が分かるようになっています。またフェイスブックで施設の空き状況も確認ができ、利用を検討する側が求める情報を確認することができます。 利用料金については、ご家族からの声を元に、1 カ月あたりの料金が分かるよう改善がなされています。			
(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)		入所前の面接とは別で、利用開始前に契約を交わす日時を設定し、支援相談員がご本人・ご家族へサービス内容や料金について説明する機会を設けています。 権利擁護のための取組として、京都市発行の「すこやか進行中」、家庭裁判所発行の「後見等申し立てセット」を常備し、支援相談員によって相談対応ができる体制があります。			
(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)		19. 入所前のアセスメント情報が施設ケアマネジャーから職員へ伝達され、入所後は「モニタリング日課表」を使用し、当日勤務する看護師・介護士が協力しご利用者の状態を観察する仕組みがあり、毎日実施できています。褥瘡の発生や食欲低下など、状態に変化があった場合にはカンファレンスを行い、ケア内容を見直していることが確認できました。 20. 入所後のサービス担当者会議にはご利用者・ご家族へ参加を呼びかけ、カンファレンスを実施し、希望を尊重した計画が立てられています。認知症などにより意思表示がしづらい方の代弁にあたっては、「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援マニュアル」を令和5年7月に策定し、ご利用者の思いを代弁して支援の実施に努めています。 21. 個別援助計画の策定に当たっては、施設内の各専門職だけでなく、施設ケアマネジャーの働きかけにより、ご家族がカンファレンスに参加し、施設が掲げている「家庭でのおもいおもいの暮らし」の実現に向けた個別援助計画を策定しています。入所前にはかかりつけ医、退所前には居宅ケアマネジャーと支援相談員が意見照会をするなどして、連携を図り、個別援助計画を作成しています。訪問リハビリでは3カ月に一度、ご利用者宅でリハビリテーション会議を開催し、得た意見を個別計画に反映させています。 22. モニタリング日課表によって計画に基づいたケアの実践と評価がなされています。日々の気付きは職員が毎日確認する「気づきノート」や「NSノート」で共有され、職員間での情報共有が行われています。「NSノート」には病状について記載がされ、施設長も確認して日々の回診を行っています。計画変更の基準となる「ケアプラン・加算書類マニュアル」を今年4月に作成され、各フロアに整備し、計画を更新した際には更新したことの分かる書類を作成し、管理者・施設長へ報告しています。			

(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. 入退所時には医師・看護師・リハビリテーション職・栄養士等の各専門職からのサマリーによって情報共有を図っています。必要に応じ、支援相談員はかかりつけ医に健康診断書や血液検査データの提出依頼をするなど連携に努めています。</p> <p>郁文学区・醒泉学区と関わりを持ち「郁文まちづくり会議」には支援相談員が月に1回参加しています。島原地域包括支援センターが主催する会議には年に2回参加し、高齢化や防災対策について話し合いを持っています。</p> <p>24. 「相談員業務まとめ」「入通所・退所検討マニュアル」が令和4年4月に整備され、各種サマリーの交付など、手順に沿ってサービスの移行がなされています。在宅復帰後には介護職員等が自宅訪問を行い、退所後のご利用者・ご家族のフォローや訪問後の様子について写真付きのレポートを作成し、施設職員で共有しています。この取り組みは若い職員のモチベーションアップにつながっていました。</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. 各マニュアルは1冊のファイルにまとめられ、各フロアに整備されています。基本マニュアル(プライバシー保護の観点の記載あり)のほかにリスク回避・食事・入浴・排泄等の業務手順を示す「安全なケアマニュアル」があり、職員の職能要件に基づいたチェックシートがあり、求められる技術と到達レベルが確認できる仕組みがありました。こちらは査定の基準にもなっていました。</p> <p>マニュアルは毎年4月の各委員会の会議で見直しの協議が行われています。</p> <p>26. 介護ソフト「ケアカルテ」と手書きの「気づきノート」等で日々の記録や申し送りが実施されています。個別援助計画内容が利用者ファイル内の「モニタリング日課表」に記載されていて、職員は毎日計画内容を見て、チェックができる仕組みになっています。食事・清掃の業者とは情報の取り扱いに関して文書を取り交わし、情報漏洩への対策が講じられています。記録管理には問題はありませんが、職員に対する研修は、7月25日に開催された際の参加者は3名と少ない状況となりました。</p> <p>27. フロアで鍵付きの保管庫に管理している利用者ファイルには施設ケアマネジャーのアセスメント情報や日課表があり、入所後の情報は介護ソフト「ケアカルテ」内でケアプランや個別援助計画書等の確認ができます。申し送りは手書きの「気づきノート」や申し送り表で共有されています。パソコンの閲覧時にはパスワード設定によってセキュリティに配慮されています。</p> <p>28. ご家族との面接は入所前・入所時・入所に面接の機会を設けています。入所後には居室担当の介護職員からご家族に連絡をすることが「職能要件」の接遇定義の中で定められていて、支援相談員や施設ケアマネジャーに連絡業務が偏っていない点が評価できます。</p> <p>フロアにはイベント時の写真が掲示されていて、写真付きの広報誌「えがお」は3カ月に1度発行され、ご家族に郵送されています。</p> <p>感染症の発生はこの1年以上ありませんが、発生した際には写真付きの手紙をご家族に送り、情報を発信していました。</p> <p>10月に開催する施設の秋祭りにはご家族を招待されています。通所リハビリテーションでは個別で連絡ノートを作成し、ご家庭での様子とサービス利用中の様子を共有しています。</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	A
(評価機関コメント)		<p>29. 感染症に関する指針・マニュアルがともに策定され、更新は毎年4月に実施しています。今年度より母体である堀川病院の医師を招いての研修会と感染症発生時のゾーニング等のアドバイスを受けるなどの取り組みを開始しています。感染症に関する研修は年間で複数回企画されていて、いずれかの回で全職員が受講できるように取り組まれています。</p> <p>BCPマニュアルは感染症・災害共に大枠で策定済となっていて、訓練も計画的に実施されています。</p> <p>コロナ感染後の受け入れも行って、入所は抗原検査を実施してから受け入れをされています。</p> <p>30. 委託の清掃業者が施設内を清掃し、年に2回レポートでの報告がなされ、衛生管理がされています。施設内は清潔に保たれていて、オゾン脱臭・プラズマクラスター機器の設置により、気になる臭気はありませんでした。夜間に使用したポータブルトイレを日中は収納部屋に置かれる工夫がされていて、居室内も快適な生活環境となっています。各部門の責任者が5S活動について評価を行う取り組みがされています。取り組みがスムーズではないという課題に対する改善策の検討がされていて、PDCAサイクルに取り組んでいます。</p>		

(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)		<p>31. 事故や緊急時の「指揮・命令・伝達・教育系統図」が各フロアに掲示されています。また「総論及び介護事故防止に関する基本的考え方」や「事故対応マニュアル（2021.07改訂）」、「事故発生時の防止及び発生時対応の指針」、「急変時マニュアル」、「緊急時の連絡体制」、「事故防止対策」、「緊急時の移送について」、「事故防止活動の取組結果」などが整備されています。</p> <p>32. リスクマネジメントに関しては、事例検討、KYT トレーニング等を行い、職員のレベル向上を図り、リスクマネジメント委員会活動や「アアムス」の導入により昨年8件発生した骨折事故が今年度は0件となっています。</p> <p>33. BCP（感染症・災害）マニュアルが作成され、各フロアで閲覧できるようになっています。通所リハビリテーションにおいては「通所BCP計画」が作成され、地域の福祉避難所の連絡先リストがありました。</p> <p>醒泉学区との大規模災害時の覚書は、調査時には確認することができませんでしたが、醒泉学区とは令和6年2月に、郁文学区とは令和6年3月に実施の防災訓練に支援相談員が参加し、地域と連携されています。災害発生時のご利用者・職員への連絡手段については、ICTを活用するなどして改善を図る予定があり、今後詳細を整えていく段階にあります。</p> <p>34. BCPマニュアル内でハザードマップも確認できるようになっていて、地形の特性や建物構造から、どのような場合に被害を受けそうかを想定されていました。感染症・災害それぞれに研修・訓練が計画され、実施されています。地域との具体的な連携方法は今後詳細を整えて行く段階にあります。</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
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. 人権・倫理の規定マニュアルがあり、その見直しもされています。ご利用者の日常生活自立度を把握し、一人ひとりに合わせたケアの中で、人権、自立心を損なわない対応を心掛けています。</p> <p>36. ご意見箱のほか、ご本人、ご家族の意見や要望を集約し、職員で共有のうえ、法人本部に提出されています。ご要望に応えられるよう、食事等に反映させています。虐待防止・人権保護の研修が年に数回、開催され、受講レポートが提出されていますが、ごく少人数の開催回があります。虐待防止などコンプライアンスに関する通報の窓口、ホットラインも設けられています。職員全員でコンプライアンスを意識したケアを行っています。</p> <p>37. 「プライバシー保護」マニュアルが作成されて、注意すべき入浴や排泄時のプライバシー保護がまとめられています。</p> <p>38. 利用希望があれば、診療情報提供書、生活歴・既往歴を対面でご本人から聞き取り、その情報を基に入所判定を行っています。受け入れ困難な事例については、他の事業所を紹介できる仕組みが作られています。入所後も、ご家族等への報告や情報共有が行われています。</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. ご利用者やご家族の意向を引き出せるように、玄関にご意見箱が設置されていて、職員が随時意見、苦情を汲み取っています。</p> <p>40. 相談苦情マニュアルは整備され、見直しもされています。苦情解決の流れは書面にまとめられ、集められた意見、苦情に対し、迅速な対応が行われています。</p> <p>41. 重要事項説明書に「苦情に対応する窓口」が複数明記されていて入所時に説明が行われ、玄関にも案内があります。</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. ご意見箱が設けられているほか、面会時等を活用し、ご利用者やご家族から施設利用についての意見・要望を聞いています。その意見は全職員で情報共有が徹底されています。</p> <p>43. 集まった意見、要望は、サービス向上委員会、リーダー会議にも付託され、改善の実践に取り組み、広報誌でフィードバックされています。利用者満足度調査の集計では、「食事をもっと充実させてほしい」旨が意見集約されています。</p> <p>44. 法人内に施設内部監査とは別に、別フロア担当者が介護・看護サービス、接遇、プライバシー保護、職員の基本動作、ケアプラン管理・進捗管理状況、衛生管理などを定期的にチェックする体制があり、その記録がまとめられています。第三者評価は定期的を受診されています。</p>			