

アドバイス・レポート

令和6年12月24日

令和6年10月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人福祉施設つきかげ苑）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>1) 理念に基づくサービスの提供</p> <p>理念に「共生（ともいき）」を謳い、事業所の開設以来、利用者の思いに沿ったサービスの提供に努めて来られています。ユニットケアの特性を生かした個別ケアに力を入れられ、遠方への外出行事や一泊温泉旅行、自宅への外出や墓参り等、利用者の思いや築いてこられた関係性を切らないサービスの提供に積極的に取り組まれてきました。コロナ禍で外出行事は中断されましたが、コロナが5類に移行し社会的な活動が元に戻りつつある中で、再開に向けて取り組まれることを期待致します。また、理念等の特に家族への周知が課題とされていましたが、自宅への外出行事等、理念に基づいた取り組みであることを家族や職員にも積極的に発信していかれてはいかがでしょうか。そのことにより、職員の意識の高揚にも繋がり、結果としてサービスの質の向上に繋がっていくものと思われまます。</p> <p>2) 環境の力を活かしたサービスの提供</p> <p>事業所は京都市で2番目の個室ユニットの新型特養として整備されています。当初は従来型の特養として計画されていた所を新型特養に途中で設計を変更された建物はユニット毎に定員が異なっている等、使いづらさがあるものの、設え等工夫を凝らして施設内は家庭的な雰囲気は保たれ、利用者にとって居心地のいい空間を確保されていました。また、事業所は京都御所に隣接した寺院の境内にあり、静かな環境の中で、利用者も落ち着いた時間を送っておられることを利用者ヒアリングでも確認することができました。市街地にも近く、環境の力を活かして利用者が入所しても安心して過ごせる空間と時間を提供されていると思われました。</p> <p>3) 労働環境への配慮</p> <p>毎月の時間外の勤務状況は運営会議で報告し、有給休暇の取得状況は3カ月に1回主任及びリーダー職に報告し、ユニットリーダーによりシフト管理を行われています。また、様々な介護用品、機器の導入、介護助手の採用により介護負担の軽減を図られるとともに、グループウェアを積極的に活用して情報発信や意見集約を行ったり、介護記録ソフトの活用により情報共有を有効に行う等、記録等の事務作業に関しても業務負担の軽減に配慮されていました。事業所として様々な形で労働環境への配慮がなされており、職員の負担軽減に繋がっているものと思われ、働きやすい環境整備が行われていることを、職員ヒアリングでも確認いたしました。</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>1) 中・長期計画の策定</p> <p>毎年実施する利用者満足度調査の結果等を踏まえて単年度計画を策定されていますが、中・長期計画は、10周年を機に5年を見据えた中期計画を策定されてから以後は策定されていませんでした。この10年間の中でも制度的にも様々な動きがあったことを考えると、5年程度を目途に計画を策定し評価することが必要であったのではないかと考えられます。また、介護サービスを取り巻く状況の変化や制度改革に合わせて安定的に事業を運営していくためには、もう少し短いスパンで中期的な見通しを立て、目標を設定して達成に取り組む必要があるのではないかと考えられました。</p> <p>2) ハラスメントの相談窓口の整備</p> <p>ハラスメントに関する規程等は整備されていますが、相談窓口は特に定められておらず、直属の上司とされていました。ハラスメントの内容によっては、相談窓口である上司に相談しにくい事柄もあることが考えられます。事業が特養だけの単一事業の組織なので客観的な相談窓口の確保は難しい面はあると思いますが、職員のハラスメントに関する相談を適切に受け止め組織として対応するためには、何等か直属の上司以外に相談できる体制を工夫することが望まれます。</p> <p>3) 意見・要望・苦情等への対応状況の公開</p> <p>毎年利用者満足度調査を実施するとともに、利用者から出された意見・要望・苦情等に対しては苦情対応規程や苦情要望受付マニュアルに沿って適切に対応して全職員に共有されています。苦情・要望等は広報誌で公開されていますが、公開の内容が苦情・要望等そのものの公開に止まっており、個々の苦情・要望等への対応状況は公開されていませんでした。苦情や要望そのものの内容だけでなく、その一つ一つに対する事業所としての具体的な対応状況を、直接の当事者だけでなく他の利用者や第三者にも公開することで、苦情や要望等に対して事業所として適切に対応していることを明らかにできるものと考えられます。</p> <p>4) 定められた評価基準による事業評価の実施</p> <p>運営会議で事業計画の進捗度を確認するとともに、3年に1回定期的に第三者評価を受診し、評価に合わせて自己評価を行われていますが、定められた評価基準による年1回以上の自己評価は実施されていませんでした。実施する事業を定期的に振り返り事業所としての達成段階を確認するためには、一定の客観的な評価基準に基づき繰り返し事業評価をすることが必要と考えられます。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1) 中・長期計画の策定</p> <p>制度や介護保険事業者を取り巻く環境の変化等を考えた場合、事業者としても、比較的短いスパンで目標を設定し、状況の変化に応じて目標期間の間にも修正を加えながら目標達成に取り組むことが必要と考えられます。3年ごとに介護保険制制度の見直しや報酬改定が行われる事を考えれば、3年から</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>5年程度を中期、5年から10年程度を長期の目安として、事業展開や大規模修繕、人材の確保や育成等、複数年度かけて取り組む内容等を盛り込んだ法人・事業所としての中・長期計画を策定し、中・長期計画に基づいて単年度計画も立てていくという流れで取り組まれてははいかがでしょうか。そうすることによって、より安定した事業運営や、更には事業所を利用される利用者の安心にも繋がるものと思われます。</p> <p>2) ハラスメントの相談窓口の整備</p> <p>ハラスメントの客観的な相談窓口の確保は小さな組織体では確保が難しい面もあることと思われますが、例えば、他部署の管理職にも相談できるとしたり、出来れば男性・女性の複数の相談窓口を整備するなど、組織としてのハラスメントへの相談・対応体制を明確にした上で、職員に周知されてははいかがでしょうか。そうすることにより、ハラスメントによるストレスを職員の中でため込まず、適切に対応できる組織風土の育成にも繋がるものと思われます。</p> <p>3) 意見・要望・苦情等への対応状況の公開</p> <p>広報誌では、個々の苦情・要望等の要点と、委員会等で適切に対応する旨の記載に止まっていた。苦情・要望等の要点だけでなく、それぞれの苦情や要望等に対して、具体的に事業所としてどのように対応したか、対応しきれない内容についてはその理由や今後の改善に向けた取り組み等、事業所として個々の苦情や要望等に対してどのように向き合っているか具体的に示すことを検討されてははいかがでしょうか。そうすることにより、他の利用者にとっても同様の苦情や要望等を言いやすくなる環境を作ることになるとともに、苦情・要望等に誠実に対応していることを第三者に対しても示すことで、事業所の信頼にも繋がるものと考えられます。</p> <p>4) 定められた評価基準による事業評価の実施</p> <p>今回の第三者評価の訪問調査の中でも共通評価項目による自己評価の結果だけでなく、自己評価に取り組まれる中で気付かれた様々な事業所の課題に真摯に向き合われていることを確認することができました。評価結果に表れない事業所自体の課題を継続して意識し、課題解決に向けて取り組む意味でも、定められた評価基準として例えば第三者評価の共通評価項目で、評価受診年度以外の年にも繰り返し自己評価を実施することを検討されてははいかがでしょうか。また、共通評価項目は、管理運営面の内容が中心となっており、必ずしも実施するサービスの内容まで評価するものとはなっていませんが、例えば全国社会福祉協議会の第三者評価の中で公開されている「第三者評価内容評価基準ガイドライン」を用いれば、特養のサービスの内容も評価することができますので参考にされては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)

評価結果対比シート

| | |
|----------------------|--------------------|
| 事業所番号 | 2670200431 |
| 事業所名 | 介護老人福祉施設 つきかげ苑 |
| 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) | |
| 訪問調査実施日 | 2024年11月7日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都市老人福祉施設協議会 |

| 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。 | B | 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)「共生（ともいき）」を理念に掲げ、広報誌やホームページに理念を掲載するとともに、事業所内に掲示して利用者・家族及び職員に周知を図られています。職員には採用時の研修でも理念や方針の説明が行われています。利用者・家族の理解が深まる取り組みとして、自宅への外出等、理念に基づいて取り組んで来られたことを利用者・家族に向けて発信されてはいかがでしょうか。2)月1回の運営会議、各種委員会、フロアミーティングで組織的な意思決定を行うとともに、グループウェアを活用して必要に応じて職員の意見を聴取されています。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 3)毎年満足度調査を実施し、調査結果から課題を抽出して事業計画を策定されています。事業計画はグループウェアで職員に周知されていますが、職員の全体会議等重点課題等を職員が意識できる機会を持たれてはいかがでしょうか。また中・長期計画は10年近く前に策定されていますが、特に中期計画は5年程度の短い目標期間を設定して、実施と評価に取り組まれてはいかがでしょうか。4)各種委員会、部署定例会、フロアミーティング等で課題の把握と目標設定、達成度の振り返りに取り組まれています。十分に実践できていないとのことでした。 | | |
| (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、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)管理者レベルで必要に応じて法令遵守に関する研修に参加し、資料をPDFにして回覧されています。法令関連の書籍を購入し事務所に置いて閲覧可能にするとともに、自主点検表や集団指導の資料等はグループウェアで役職者やリーダーに周知されています。6)施設長に直接意見・相談・提案等ができるように職員の意見箱を設置するとともに、京都府の組織活性化プログラムを活用し毎年組織に対する評価を確認されています。7)グループウェア、介護・看護記録ソフトで情報を共有されています。介護部統括主任、看護主任、生活相談員には施設の携帯電話により不在時も連絡を取れる体制を整えられています。 | | |

| 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。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 8) 人事に関する基準を人事考課規程や職能資格基準表等に定められています。「期待する職員像」や職員が自らの姿を描くことができる仕組みづくりを今後の課題とし、検討中とのことでした。9) 有資格者の一覧表により必要な人材の配置について把握されています。シニア層、主婦層、他業種からの転職者など幅広い分野からの職員採用が行われています。10) 職員の到達度チェック表を作成されていますが、目標管理や目標に沿った教育・研修への参加など十分には活用されていませんでした。11) コロナ禍で昨年度まで実習受け入れを停止していましたが、過去には介護福祉士や栄養士の実習を受け入れられていました。介護福祉士の実習指導者講習の修了者は2名おられますが、実習指導マニュアルは確認できませんでした。 | | |
| (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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 12) 時間外労働の勤務状況は毎月の運営会議で報告・検討し、有給休暇の取得状況は3カ月毎にリーダー職に報告し取得できるよう配慮されています。育児休業や介護休業はこれまでに取得された実績がありました。13) 産業医をメンタルヘルス相談窓口とし職員に周知されています。ハラスメントの相談窓口は特に定められず上司に相談できることとされていますが、部署を超えて管理職に相談できることとしたり、できれば男性、女性それぞれを相談窓口として設置し、職員に周知されてはいかがでしょうか。 | | |
| (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。 | C | B |
| | | 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 14) 基本方針に地域との関わりを明文化し、地域からの利用者家族や法人の役員を通じて地域のニーズを収集し、地域からの入所への対応等を行われています。15) ボランティアの受け入れは生活相談員により登録、配置、事前説明等を行っていますが、ボランティアの受け入れマニュアルは作成されていませんでした。コロナ禍以前は職員により利用者の地域行事への参加も行われていました。教員免許取得のための介護体験や各種体験プログラムの受け入れはされていました。16) AEDの一般開放、多目的ホールの一般利用、特殊浴槽の利用等、事業所機能を地域に還元されています。地域の事業所と共同で地域住民向けの「読み聞かせ」事業等公益的な取り組みも行われています。 | | |

| 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 |
| 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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 17)重要事項説明書等は、冊子で綴られ、玄関の靴箱の上に置かれ、随時確認できるようにされていました。パンフレットには理念が書かれており、写真と建物の構造が記載され見やすいものとなっていました。短期入所は空床利用型でも実施されておらず、特養での体験利用や一日利用は実施されていませんでした。 | | | |
| (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)重要事項説明書等にサービス内容や料金等の他、保険外サービスの料金も記載されていました。判断の能力に支障がある利用者に対しては、成年後見人等にサービス内容等を説明し同意を得られています。サービス利用後に認知症と診断され、居宅介護支援事業所や司法書士と連携して成年後見人制度の利用に繋がられたケースもあるとのことでした。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | 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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | 19)アセスメントは包括的支援プログラムを使用されるとともに、不足する情報については補助的な情報シート、課題分析表を用いて多職種でアセスメントを実施されていました。20)コロナの影響でサービス担当者会議に家族や利用者本人の参加がありませんでしたが、面会時や電話での聞き取りで意向の確認をされていました。21)医師、看護師、介護職員、生活相談員、介護支援専門員の各職種が参加してサービス担当者会議を行い、個別援助計画を策定されています。22)3か月に1回モニタリングを行い、計画の見直しをされています。見直しにより変更になった計画の内容は、職員に配布して周知されていました。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | 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) | | 23)入退院の場合、診療情報などの情報提供、収集がされており、主治医とは、看護師が中心となり連携がなされていました。地域包括支援センターや行政等の連携はされていませんでした。24)退所のケースとしてこれまでに、他の介護施設の利用希望者や自宅で看取りを希望される方、在宅サービスを希望される利用者等がおられ、相談員が中心となりスムーズに引き継がれていました。 | | | |

(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 | B |
| 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 | B |
| 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) | | 25) 各種業務マニュアルは作成され、利用者満足度調査結果等を反映して見直しもされています。各マニュアル所属委員会が年1回見直すこととされていましたが、マニュアルの改訂がされていないものや改訂記録がないものがありました。26) 個人情報の取り扱いについて就業規則に定め入職時研修で説明されています。個人情報の持ち出しについてルールを定められていませんでした。27) 利用者の状況等に関する情報は、パソコンでグループウェアを用いて情報を共有できるシステムを構築されています。28) 利用者家族との情報共有は、ケアプラン立案時や面会時等に随時に行われ、また手紙や広報誌を送付されています。施設との連絡にLINEが使用できる利用者家族は入所時に確認し、情報を一斉送信されています。 | | |

(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 | B |
| 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) | | 29) 感染症に対しては、看護師が中心となりマニュアル作成や研修等が行われていました。1年に1回のマニュアルの見直しは行われていませんでした。コロナが発生した際には、シミュレーションに基づいて具体的に対応されていました。30) 居室及び共有部分の掃除は外部業者に委託して行われていました。汚物は、専用のエレベーターを使用して利用者の目に届くことなく処理され、事業所内は臭気も感じられませんでした。 | | |

(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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 31) 緊急時対応マニュアル、事故発生防止のための指針、事故・ヒヤリマニュアルを整備し、訓練を実施されています。夜間救急搬送の場合、夜勤職員が救急車に同乗し、残りの夜勤者が2フロアを見ることとし、相談員がかけつけ職員と交代する体制を取られていました。32) 事故報告書、ヒヤリハット報告書はグループウェアで共有し、リスクマネジメント委員会で検証し統計を取り、フロアミーティングでも検討されています。33) 地元の京極自主防災会と地域協力協定を締結し、災害発生時に連携を取ることとされています。34) 災害発生時のための備蓄品は、地下に置かれており、水害発生時の対応に課題を残されていました。 | | |

| 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。 | B | 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 35) 基本理念に自己決定の尊重を謳い、利用者の人権等を尊重したサービス提供に努められています。入所面接時の生活歴の聴き取りや趣味、嗜好の確認などを行い意思決定支援に繋がられています。36) 高齢者虐待防止の指針、身体拘束禁止のマニュアルを整備し、年2回研修を実施されています。虐待防止部会で職員が不適切と思ったケースを入力するシートを作成し、部会で検討されています。37) プライバシー保護マニュアルを整備し研修も実施されています。プライバシーにかかわる話は個室やパーテーションの中で行われていますが、特に家族面談の場所を課題とされており、家族とは宿直室で面談する等工夫されています。38) 支援困難ケースへの対応として、高齢者マンションで食事が摂れなくなった看取りに近い利用者を、専門職種で連携して受け入れられたケースもあったとのことでした。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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 | B |
| | | 第三者への相談機会の確保 | 41 | 公的機関等の窓口で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) | | 39) ケアプラン面談時や随時に苦情・要望等を確認し、グループウェアで共有し各委員会の会議やフロアミーティングで検討されています。事前に生活歴を確認される等、自ら明確に意思を表明できない利用者の意向確認に生かすなどの工夫はされていますが、組織的な仕組みとして整備していくことが望まれます。40) 受け付けた要望・意見等は広報誌で公開されていますが、要望等の内容だけの広報で、要望等への対応結果は公開されていませんでした。それぞれの要望等への事業所としての対応も具体的に掲載されてはいかがでしょうか。41) 苦情要望受付マニュアルがあり苦情等には適切に対応されていますが、外部の第三者への相談機会の確保として、以前は京都市の介護サービス相談員を受け入れられていましたが、現在は受け入れられていませんでした。再度介護サービス相談員の派遣を依頼してみるか、あるいは事業所で地域の代表者などに定期的に事業所を訪問して客観的な立場で利用者の声を聞き取って頂ける役割を依頼する等、事業所独自で外部に相談できる第三者を確保することを検討されてはいかがでしょうか。 | | |
| (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 | B | 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 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 42) 毎年満足度調査を実施し、調査結果を運営会議等で検討し検討内容を職員に対して説明会で周知されています。43) 京都市老人福祉施設協議会の各部会や浄土宗社会福祉協会加盟施設との交換研修等により他事業所の取り組みについて情報収集し自施設の取り組みとの比較検討等が行われています。44) 3年に1回定期的に第三者評価を受診されていますが、年1回以上の定められた評価基準による事業評価は実施されていませんでした。 | | |