

アドバイス・レポート

令和 8 年 2 月 1 0 日

令和 7 年 1 0 月 9 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 にしがも舟山庵 ）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>1) 理念の浸透と意見が反映される組織づくり</p> <p>「あたたかさのある組織をつくる」ことを目標として、適切な事業運営及びサービスの質の向上に努めておられます。事業所ヒアリング、職員ヒアリングの中で、複数の職員が自然に「あたたかい職場」「あたたかい雰囲気」と言葉にされています。また、利用者アンケートや利用者ヒアリングから、利用者の満足度も高いです。施設長をはじめ各担当者は、普段から職員同士で積極的にコミュニケーションを図るとともに、定期的に職員面談やアンケートを実施される等、職員が意見を言える機会を多く設けることで「入居者が自分を大切にし、尊重されながら暮らせる」「職員が自分を大切にし、尊重されながら働ける」という職場風土と組織体制が構築されています。職員は問題や課題があれば、各部署責任者を中心に解決に向けて検討協議し、出来ることから実践されています。</p> <p>2) 地域貢献と関係の深化</p> <p>地域貢献について、事業計画の基本方針や重点項目に明記されており、地域の各種機関とも連携を図られています。地域とのつながりの重要性を理解し、地域との関係づくりがしっかり行われています。地域で開催される研修や勉強会へ協力したり、防災活動等のイベントに職員が企画、準備から参加するなど実施可能なことから取り組まれています。また、施設スペースを地域行事に開放したり、ボランティアの協力のもとで喫茶イベントを定期開催されたりすることで、人々の交流が推進されています。地域における福祉施設としての役割を果たし、その機能を地域に還元されているすばらしい取り組みとして評価できます。</p> <p>3) サービスの質の向上につながる ICT (情報通信技術) の導入</p> <p>ICTを導入し、利用者の安全性を高め安心、安全なケアを提供されています。見守り支援システムが全室に導入されており、アラーム機能（事故防止用）は権利擁護委員会にて、利用者ごとに必要性を評価、判断し、プライバシーや尊厳に配慮して適切に運用されています。また、睡眠リズムを把握する機能を活用することで、内服薬の調整、適切なタイミングでの起床、排泄介助につながり、利用者の負担軽減につながっています。ICTの導入が、個別ケアを深めるツールとして活かされています。必要に応じて継続的に改善が図られることで、組織全体の生産性向上を後押しする形にもなっています。また、標準化や平準化が進み業務の効率化が図られるとともに、職員の業務負担の軽減となり、さらにはサービスの質の向上につながっているとと言えます。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 多様性の確保による第三者委員の機能向上 苦情相談窓口については、重要事項説明書に記載するとともに掲示され、相談や苦情に関する窓口や方法について利用者、家族等に周知されています。第三者への相談機会の確保としては、地域ボランティアに依頼し、イベント開催時を相談の機会とされ、加えて、第三者委員を設置しその委員を大学教授に依頼されています。受け付けられた苦情や意見については、適宜、報告し助言等を受けておられますが、委員を複数名設置するとより第三者委員の機能が高められると考えられます。</p> <p>2) 評価の実施と課題の明確化 自己評価としては事業計画について、各種会議で検討し中間評価と年度末に最終評価を行い、抽出された課題を次年度に取り組むべきこととして事業計画に反映されています。しかしながら、一定の基準に基づき評価し課題を明らかにするプロセスを示すものが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 多様性の確保による第三者委員の機能向上 利用者や家族にとっての相談機能として、第三者委員を設置し、その役割を大学教授に依頼し、適宜、苦情や意見を報告し助言を受けておられます。第三者委員の公平性、透明性、多様性、信頼性を確保するという観点からは、構成委員を複数名設置することができるのとさらにその機能が高まると考えられます。学識経験者や地域住人、福祉関係者など異なる背景を持つ人を委員にすることで、利用者や家族の声を幅広く受け止められ、多様な視点を反映させることが期待できます。元利用者の家族や認知症の人と家族の会等の団体など、利用者、家族の視点で意見を述べる事が出来る人材の検討をされてみてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 評価の実施と課題の明確化 評価の実施に関しては、一定の評価基準に基づくという観点から「定められた評価基準」を検討してください。例えば第三者評価項目チェックシートを活用されてみてはいかがでしょうか。第三者評価の受診を行わない年度も職員全体で取り組むことで、職員の意識がさらに向上し、サービスの質を改善する好循環が生まれるかもしれません。</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	2670100813
事業所名	社会福祉法人 京都社会事業財団 介護老人福祉施設 にしがも舟山庵
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和7年11月19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。	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) 理念及び運営方針は明文化され、ホームページやネームタグ、名刺の裏面に記載されていました。職員向け広報誌や定期的開催される各部署会議において、理念に基づく方針が示され、その方針に沿った事業計画によりサービス提供が実践されています。利用者、家族等には、ホームページやSNSに加えて、家族懇談会での報告や広報誌を活用し周知されています。 2) 職務分担・職務権限規程や組織図が策定され、責任者及び各種会議や委員会の構成を明確にされています。また、キャリアパス制度において、各階層に求める役割を明確にし職員に周知されています。運営会議や実践サポート会議等の各種会議が設置され、意思決定事項が共有されるとともに、生産性向上や職場環境改善に関する検討など、現場職員の意見を反映する仕組みがありました。		

(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) 理念、基本方針に基づいた法人高齢・障害者中・長期計画が策定されています。各事業所で策定された事業計画は、各種会議で周知され実行されていました。年度内に2回（上半期・下半期）、評価と達成度を確認し課題把握が行われ、その際には、各種会議において職員の意見を確認し反映する機会が設けられています。 4) 事業所の事業計画に基づき、各部門の計画が策定されています。年2回、振り返りの機会を設け、各部門や各種会議が連動し計画の進捗確認と課題検討が行われ、組織的に計画遂行と改善に取り組んでおられます。		

(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、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)	<p>5) 遵守すべき法令等については、情報共有ツールを通じて法人事務センターより発信され、各現場責任者はいつでも確認できる環境となっています。また、各種研修会や勉強会に施設長が参加するとともに、職種や役職に応じて職員も参加できるよう配慮されています。職員への周知は、各種会議や資料の回覧により共有と周知を図っておられます。</p> <p>6) 運営規程や職務分担・職務権限規程により職務職責を明確にされています。法人内定例会議への出席や、事業所内の各種会議や研修会に施設長が参加し、具体的に取組みや方向性を伝えるとともに、職員面談やアンケートにおいて職員からの意見を聞く機会を設け、組織課題の把握と分析を行っておられます。</p> <p>7) 介護記録ソフトや業務日誌、報告書で日常の状況確認や情報共有をされています。また、緊急時の対応については、フローチャートに沿った事案別の方法が定められており、施設長が具体的に指示することができます。施設長は常に携帯電話を所持し連絡が取れる体制となっています。法人内の対応がスムーズに図れるよう法人マニュアルも整備されています。</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) キャリアパス制度が整備され、階層別に目指すべき職員像や職位を確認できる仕組みがあります。また、職員研修実施要綱において、職員育成方針及び求める職員像が明記されています。人事考課制度が適用されており、役割、課題、処遇等が総合的に評価される仕組みとなっています。</p> <p>9) 人材確保については、プロジェクトを立ち上げ法人全体で取組み、広報、人材発掘、育成支援を行い、新卒採用、中途採用、シルバー人材や外国人の採用に幅広く対応されています。事業計画作成時に人材の質、配置人数、常勤、契約職員、有資格者の必要数等を定め、毎月の現状及び当年度の状況確認が行われています。</p> <p>10) 職員研修実施要綱に基づく研修計画により各種研修が整備され、職員のステージに連動した研修が実施されています。施設の行動指針に「気づく」があり、各種会議や委員会等においては、気づきを共有し学び合う場や風土があります。また、年度末には、職員同士が褒め合える発表会「職員自慢大会」が開催され、気づきを促し、互いに学び合うための仕組みがあります。外部講師によるスーパービジョン研修を受ける体制があります。</p> <p>11) 実習要綱、実習受け入れマニュアルが整備されています。資格者養成のための実習として、社会福祉士の実習を受け入れておられます。実習指導者は外部の研修に参加し、新しいプログラムの検討や資料の作成など、実習指導におけるポイントを押しえた指導に取り組んでおられます。</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)		12) 有給休暇取得率、時間外労働をデータ管理し運営会議や衛生管理委員会で共有されています。「京都モデルワークライフバランス認証企業」として認証を受けておられ、育児、介護、看護休暇、アニバーサリー休暇の設定や取得しやすい労働環境にも配慮されています。また、職員の業務負担軽減のためのインカム（ヘッドセット型無線機）や音声入力記録システム、見守り支援システムベッド、その他、各種介護機器の導入も進めておられ、令和7年度、介護職員の働きやすい職場環境づくりの厚生労働大臣表彰奨励賞を受賞されています。 13) 産業医に相談できる体制があり、外部のメンタルヘルス相談窓口と併せて案内し、職員掲示板に掲示されています。ハラスメント規程や、法人職員用目安箱（投書箱）の設置に関して案内し、相談できる体制が整えられています。相談窓口として、男女それぞれの担当者が設置されていました。職員休憩室に加え、休憩スペースとして会議室を開放するなど職員が現場から離れて休憩可能な場所が確保されています。		
(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、事業計画の基本方針や重点項目として明記し、その活動内容がホームページや広報誌などで情報開示されています。また、地域貢献活動として各部署と連携するとともに、地域の各種機関とも連携を図られています。 15) 「ボランティア受け入れにあたり」を整備しボランティアの受け入れ体制を整えるとともに、介護等体験の受け入れを行うなど地域への協力体制があります。 16) 地域で開催される研修や勉強会に企画・準備から携わるとともに、法人専門職を派遣するなど施設機能を地域に還元されています。また、地域行事への参加や施設スペースを開放するなど地域貢献活動に積極的に取り組まれています。		

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		17) 事業所のホームページには重要事項説明書や料金表だけでなく、アンケート結果、内部研修一覧、苦情・相談等の内容も掲載され、わかりやすい内容となっていました。随時、入所相談や見学対応をしておられ、体験入所を希望の利用者には、ショートステイの利用を案内されています。			
	(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)		18) サービス内容や利用料金は、契約書及び重要事項説明書を用いて書面により説明されています。理美容代等の保険外サービスについては「立替購入依頼書」にて希望の確認をされました。成年後見制度を活用し、案内やパンフレットは事務所書棚に常備されていました。			
	(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。	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)介護記録ソフトの包括自立支援プログラム・ケアチェックシートを用いて、利用者、家族から生活状況や希望、要望等を聞き取り、各職種が協働してアセスメントを行っておられました。「施設サービス計画書の作成から実施までの手順」を作成し、認定更新時、状態変化時、看取り移行時等の手続きを定められておられました。</p> <p>20)利用者の生活スタイルや必要なサポートを時間ごとにまとめた「24時間シート」や、ケース記録に「意向・思い」等を記載し、利用者及び家族の希望を抽出されています。担当者会議への参加についても積極的に案内をされており、個々のニーズに沿った計画を策定されています。</p> <p>21)個別援助計画の策定にあたり、医師や看護師をはじめ、作業療法士、訪問マッサージ等の専門職から意見を聴取し、集約して計画書に反映されていました。</p> <p>22)3カ月ごとに計画の見直しを実施されています。手順書に計画書を変更する基準を定め、24時間シートをユニット職員・看護職員が見直し、変更点は赤字で表記されています。必要に応じて計画の変更を行い、変更後は各部署への配布と周知により情報共有が図られています。</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)施設の嘱託医及び、協力医療機関と入居者の健康管理や医療サポートについて連携を取っておられます。協力医療機関連携会議を毎月開催し、状況の共有や共通課題について検討と連携を図っておられました。地域ケア会議や地域防災会議にも参加し、地域包括支援センター等と有機的な連携にも努めておられます。</p> <p>24)重要事項説明書に「円滑な退居のための援助」の項目があり、契約の際に退居となるケースについての説明と必要な場合には情報提供をされています。在宅復帰を希望される入居者に対しては、各職種が協働し、家族や関係機関と連携を図り支援されていることが確認できました。</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)介護サービス提供マニュアル及び各種マニュアルが整備されています。各部署のパソコン内にデータがあり、いつでも確認できる状況です。利用者の尊厳の保持、プライバシーの配慮についてもマニュアルを整備し明示されていました。職員指導の際や必要時に活用され、各委員会でも1年に1度見直し、更新されていました。</p> <p>26)介護記録ソフトを使用し、適切な管理のもと各部署のパソコンで情報共有されています。入居者の状態や、サービス提供内容に沿ったケース種別タイトルごとに各職種で記録が行われています。個人情報保護と情報開示の観点から、記録の管理についてマニュアルの整備と研修を実施し周知されています。</p> <p>27)ケースカンファレンスには各専門職が参加されていました。会議録は各部署に配布され、情報共有されています。取り急ぎ共有すべき申し送り事項は、業務日誌に記載することで共有されていました。加えてインカムや見守り支援システムのモニター機能等のICT（情報通信技術）を活用し、職員間で共有し連携を図っておられます。</p> <p>28)利用者家族とは、面会時に情報共有を行うとともに、事故発生時や状態の変化など必要に応じて報告されています。9時から21時まで面会時間を設け、家族の宿泊にも対応されています。2カ月に1度、広報誌を発行し、SNSにおいても入居者の様子を発信されていました。</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)	29)「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針」および各種感染症対策マニュアルを作成されています。e-ラーニングや協力医療機関を通して、感染症に関わる研修を受講し予防対策に努めておられます。感染症が発生した場合は、臨時で感染症委員会を開催し状況の共有と確認を行い適切に対応されています。 30)書類はキャビネット等に保管され、介護材料類は必要箇所に整理し保管されています。保管場所にはラベルが貼られ、経験の浅い職員や外国人労働者がわかりやすいよう工夫されています。清掃及び環境整備が適切に実施され、施設内は清潔に保たれており臭気も気になりませんでした。しかしながら、利用者アンケートにおいて、私物（洗濯物、洗面用具等）の管理に関して、より丁寧な対応を求めるところがありましたのでご注意ください。			
(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)事故マニュアル、緊急時対応マニュアル、オンコール（緊急呼び出し）マニュアルが作成され、パソコン内で全職員が確認できるシステムにされています。車椅子や歩行器等は、点検表をもとに半年に1回点検を実施されていました。事故予防研修を年3回、緊急時や急変時の訓練を毎年実施されていました。 32)事故発生後はカンファレンスを開催し、事故原因と対応策を検討されています。事故・ヒヤリハット報告は、事故防止委員会で報告、共有し、再発防止や事故に発展しないよう対策を見直されていました。 33)災害時対応マニュアルとBCP計画（事業継続計画）を整備し、年2回（1回は消防署指導のもと）、消火・避難訓練を実施されています。防災担当委員が法人や地域の訓練や研修にも参加し、地域との連携も想定されています。また、緊急連絡網の作成と指示系統についても定めるなど非常時に備えておられます。3日分の備蓄を倉庫に保管し、管理栄養士が管理されています。 34)自然災害及び感染症に関して、BCP計画を策定し有事の際の対応が明確化されています。施設はハザードマップ上では問題ありませんが、水害など考えられる事態とその時に出来る対応等をふまえた事業継続体制を整え、適宜、訓練も実施されています。		

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
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) 利用者の人権を尊重することが、運営規程、介護サービス提供マニュアルに明記されています。虐待防止研修が全職員を対象に実施され、入職時研修にも組み込まれています。半年に1回、「自己評価チェックリスト」を用いて支援内容を振り返る機会があり、日々の業務で覚える「違和感」を「不適切ケアアンケート」を活用して抽出し、これらを権利擁護委員会にて分析、各部署に共有し、さらに研修内容に反映されています。</p> <p>36) 身体拘束禁止について、運営方針・高齢者虐待防止指針・身体拘束適正化指針に記載されています。権利擁護委員会が設置され、虐待発生の有無の確認、研修の企画・運営が行われています。見守り支援機器を全室に導入されていますが、アラーム機能（事故防止用）については、その必要性を入居者ごとに評価、判定し適切に使用されています。また、睡眠リズムを把握する機能を活用することで、起床、排泄の介助における利用者負担を軽減し、個別ケアを深めるツールとして活用されています。</p> <p>37) プライバシー保護マニュアルが整備されています。また、「入居者の尊厳を支えるための人的環境ルール」としてルール化、言語化されています。具体化された内容は「自己評価チェックリスト」に反映され、年2回の振り返りに活用されています。介護技術研修会として「オムツマイスター研修」を実施。羞恥心に配慮した研修内容が含まれています。</p> <p>38) 施設開設以来、「利用申し込みを断らないこと」を原則とされています。受け入れ不可の基準は無く、入居者の決定は入居検討委員会にて検討されています。また、透析クリニックを併設しており、透析が必要な利用者を積極的に受け入れることを継続されています。すぐに入居が出来ないケースには、様子伺いの連絡や他施設紹介をされている事例を確認しました。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>39) 介護記録に「意向・思い」というオリジナルの種別を設定され、日々の関わりの中で、利用者の意向や思いを聞き取り、記録・共有されています。この内容は介護計画・介護内容のヒントとして活用されています。年1回「家族アンケート」、入居者懇談会「ふれあいの会」、家族懇談会の開催があり意向の聞き取りが行われています。アンケート集計結果については、ホームページや広報誌で公開されています。</p> <p>40) 「苦情への対応の実施要綱」「苦情処理様式集」が備えられています。受け付けた意見や苦情は権利擁護委員会、実践サポート会議にて共有し、改善策について検討されています。プライバシーに配慮しつつ、ホームページに内容と結果を公開されています。</p> <p>41) 外部の第三者委員（大学教授）を設置、連絡先を重要事項説明書に記載し事業所内に掲示されています。受け付けた意見・苦情を報告して、コメントや助言を頂く体制になっています。外部人材を活用した相談機会確保のため、ボランティアに協力を依頼し、イベント終了後に相談の有無を確認されています。</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	B
(評価機関コメント)		<p>42) 年1回「家族アンケート」を実施し、アンケートの集計結果を実践サポート会議にて、分析・検討を行い、各部署で共有されています。取り組みの評価、確認まで実施し、状況把握に努めておられます。利用者に関しては、入居者懇談会やケア記録「意向・思い」の種別にして抽出しサービスの向上に繋げておられます。</p> <p>43) 実践サポート会議を毎月開催し、各委員会の取り組みを報告し検討されています。各種委員会では、年間予算と権限の委譲がなされ、職員が主体性を発揮できるように工夫されています。京都市老人福祉施設協議会の各部会やハートメッセンジャー（介護の魅力や価値を社会に発信する活動）活動に参加し、外部の事業所の取り組み等に触れる機会を作っておられます。</p> <p>44) 3年ごとに第三者評価を受診されています。運営会議や実践サポート会議にて事業計画を策定し、半期ごとに振り返りが行われています。しかしながら、評価の実施に関する一定の評価基準は定めておられず、毎年の事業評価（体制・内容・質など）は確認できませんでした。</p>		