

様式7

アドバイス・レポート

令和7年12月9日

令和7年10月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた サンヒルズ紫豊館 様につきましては、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. 地域との連携・情報発信、地域への貢献 事業計画に「地域に開かれ、愛され地域福祉の拠点となる施設経営を目指す」を掲げ、施設が実施する地域への介護予防教室等を通じて地域ニーズを把握していました。また20年以上、独居高齢者に対し配食サービス（ふれあい給食）を実施していました。 地域貢献として地域の草刈りを職員が10年以上継続していました。結果さらにその要望が広がり、現在は6地域を順番に実施する事で地域から頼られる施設となっていました。また地域の祭りには毎年相談ブースを設け、介護に関する相談に応じていました。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 業務マニュアル「はじめの一步」を作成し、誰でも見やすく実践に活用できる内容でした。またQRコードを活用し動画でも確認でき外国人職員にもわかりやすくなっていました。排泄、入浴介助の場面での尊厳の保持、プライバシーの保護についても明記していました。投薬事故が起こった際に「はじめの一步」の内容を変更していました。マニュアルは年に1回更新していました。</p> <p>3. 災害発生時の対応 災害時発生マニュアルを整備していました。訓練はBCP（事業継続計画）訓練ワークシートにて机上訓練、夜間を想定した災害時の避難訓練を19:00～20:30に実施していました。自治会と防災協定を結ぶほか、防災計画をもとに消防団と避難訓練を実施していました。</p> <p>4. プライバシー等の保護 高齢者虐待防止マニュアルに身体拘束禁止項目を整備し、月1回リスクマネジメント委員会を開催していました。高齢者虐待防止法については人権研修の中で学び、「虐待の芽チェックリスト」で職員自身の理解度・行動を確認し、不適切ケアの事案と合わせてリーダー会議への報告、部署会議で対応・検討を行っていました。</p> |
|-----------------|---|

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点と その理由(※)</p> | <p>評価結果対比シートでは全て「A」評価となっていますが、更にサービスを改善する為に下記の点を記載します。</p> <p>1. 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 研修プロジェクト（委員会）が体系的研修計画を作成し、実施していましたが、実施結果（研修報告書）の保管方法が共有されていない事で確認しにくい状況がありました。</p> <p>2. 利用者の決定方法 満床等の理由で利用を受けられない場合、介護支援専門員や家族を通して理由・利用見込みを口頭で伝え、他の介護保険施設等への紹介を行う仕組みもありましたが、利用を受けられない具体的な理由や、他の介護保険施設・医療機関等への紹介の手順等の明文化が不足していました。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1. 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 各種研修は計画的に実施されていますので、その実施結果が今後の研修計画さらには人材育成に有効に活用されるために、研修プロジェクトで検討されてはいかがでしょうか。また実施結果（研修報告書）の保管についても品質マニュアルを活用されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 利用者の決定方法 利用申込みを受けられないケース・他の介護保険施設等への紹介・支援困難ケース等、配慮を必要とするケースへの関係機関等との連携方法について明文化しておくこと職員間および担当者交代があっても同じように伝えられるのではないのでしょうか。法人冊子「和顔愛語」などを参考に検討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。

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| 事業所番号 | 2672600075 |
| 事業所名 | サンヒルズ紫豊館 |
| 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) | (介護予防) 短期入所生活介護 通所介護 訪問介護 居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 令和7年11月7日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人 京都府介護福祉士会 |

| 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. 法人理念に基づき、高齢者施設経営方針、サービス目標を設定していました。年4回の発行の法人機関誌に掲載し、利用者家族に周知していました。更に品質方針「まごころと思いやりを大切に、そして地域に愛される施設づくりを目指す」を掲げ、毎朝礼時に唱和するほか、施設各部署や廊下、フロア等に掲示し、意識づけに努めていました。さらに理念や運営方針等、法人が目指す各種取り組みを冊子化した「和顔愛語」の理解度調査を行い、確実な成長運営につなげていました。 2. 組織体制は、各部署会議からリーダー会議（管理職会議）・法人内の施設長会議、そして理事会へと職員の意見を反映する仕組みがありました。年2回の人事考課面談も職員個人の目標達成が、結果として施設の事業計画の達成につながるということが分かる様式を作成し実施していました。 | | |
| (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. 5年ごとの中長期ビジョンのもとに単年度の事業計画を策定し、年4回発行の法人機関誌「ききょう」に掲載することで利用者や家族に周知していました。今年度はICTや介護ロボットに力を入れる計画となっていました。 4. 業務レベルにおける課題として、リスクマネジメント委員会で表皮剥離の減少を目標に掲げ、毎月確認していました。 | | |
| (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) | <p>5. 施設長は京都府老人福祉協議会が主催する経営に関する研修に参加し、各部署の会議で職員に周知していました。また各種法令は事務所の書棚に設置する他、ISOによるリスト化した法令一覧により、必要時に職員が調べられる体制となっていました。</p> <p>6. 品質マニュアルの中の職務分掌規定を整備し、管理者の役割を明文化していました。また職員が記載する自己申告書に自由記載欄を設け、施設長に対する評価を実施していました。自己申告書には多くの意見が記載されており、意見しやすい関係性があるとヒアリングで聞き取りました。</p> <p>7. 施設長は、常に携帯電話を所持し、いつでも指示を行う体制がありました。また、事業の実施状況も各種書類のチェックを行い、把握していました。日常の緊急時は課長や部長が判断し、必要時に施設長に指示を仰いでいました。</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. 法人が作成している冊子「和顔愛語」に、求めるスタッフ像（笑顔あいさつ・良識常識・人間的成長・感情豊か・専門職みがき・目標を持ち実践）を明記し、人事システムガイド（キャリアパス）に基づき人事管理していました。</p> <p>9. 事業計画に人財確保の方針を明記し、人財確保プロジェクト（委員会）を立ち上げ、人財担当者が就職フェアの参加やSNSの活用を通じて、積極的に人財確保に努めていました。</p> <p>10. 研修プロジェクト（委員会）が体系的研修計画を作成し、実施していました。外部研修については、施設長が職員個々の目標や能力を把握し、必要な研修受講を指示するほか、個人の希望するものも受講できるようにしていました。毎日夕方のミーティングでは、その日の利用者等の情報を共有し、職員間で気づいたことを話し合っていました。</p> <p>11. 実習受入マニュアルにその意義と方針を明記し、毎年医師会からの看護実習を受け入れていました。現在は、介護福祉系の実習依頼はありませんが、入所課長を中心に実習指導の研修及び実習体制がありました。</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) | | <p>12. 有給休暇は希望に応じて取れるようにしており、時間外労働もほとんど無い勤務状況でした。育児休業は男性の取得実績もありました。職員の負担軽減として、利用者がベッド臥床時の身体状態を把握するセンサーシステムやベッド車いす間の移乗リフト等の活用をしていました。</p> <p>13. 嘱託医が産業医でもあり、職場巡視や週1回の診察時に職員からの相談も受ける体制となっていました。ハラスメントに対する相談体制は、総務部長が担当していました。福利厚生は職員親睦会やスポーツ大会等、コロナ禍以前の状態に戻り、ストレス解消につなげていました。休憩室は適度な広さがあるととも施設全体の空間の広さで各所で休憩していました。</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) | | <p>14. 事業計画に「地域に開かれ、愛される地域福祉の拠点となる施設経営を目指す」を掲げ、施設が実施する地域への介護予防教室等を通じて地域ニーズを把握していました。また20年以上、独居高齢者に対する配食サービス（ふれあい給食）を実施していました。</p> <p>15. ボランティア受け入れマニュアルに基本姿勢を明記し、ボランティア委員会を中心に受け入れ調整していました。現状では月1回書道の先生を受け入れ、利用者の作品を廊下に展示していました。小学校に向い認知症サポーター養成講座の実施や保育所との交流を毎年実施していました。</p> <p>16. 地域貢献として地域の草刈りを職員が10年以上継続していました。結果さらにその要望が広がり、現在は6地域を順番に実施する事で地域から頼られる施設となっていました。また地域の祭りには毎年相談ブースを設け、介護に関する相談に応じていました。</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) | | 17. パンフレット、ホームページは、写真等を活用し誰でも見やすいものになっていました。SNSも活用し情報発信を積極的に行っていました。利用者や家族等からの見学等の希望は相談カードに記録していました。 | | |

(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. 保険外のサービス料金は、重要事項説明書に記載していました。成年後見制度を活用している利用者もいました。成年後見制度等の仕組みがわかるようパンフレットを玄関に設置していました。 | | |

(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. 面接報告書・「入所にあたって」の用紙を活用しアセスメントしていました。アセスメント方法は生活相談員手順書を活用していました。月に1回施設サービス計画書評価、モニタリング記録を活用し再アセスメントを実施していました。</p> <p>20. 施設サービス計画書の説明を本人・家族に行い、同意を得ていました。家族の面会時にサービス担当者会議への参加の有無を確認していました。</p> <p>21. 定期的にサービス担当者会議を行い、担当者会議の要点を記載していました。診察にいられた嘱託医の診察記録を意見・照会としていました。</p> <p>22. 「施設ケアマネ手順書」にモニタリング1ヶ月、施設サービス計画書の見直しは6ヶ月と定めていました。施設サービス計画書の更新・変更時には印刷し担当職員に配布していました。</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) | | 23. 利用者の入院時には医務室がサマリーを作成し入院先の病院と連携していました。施設介護支援専門員が福知山市介護支援専門員会に参加し、地域課題に取り組んでいました。 24. 直近では退所や他のサービスに移行したケースはありませんが、特養退所プロセス（生活相談員手順書）がありました。サービスの利用終了等の窓口は生活相談員が担っていました。 | | |
| (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 | 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) | | 25. 業務マニュアル「はじめの一步」を作成し、教科書のように写真やイラストを入れ誰でも見やすく実践に活用できる内容でした。またQRコードを活用し動画でも確認でき外国人職員にもわかりやすくしていました。排泄、入浴介助の場面での尊厳の保持、プライバシーの保護についても明記していました。投薬事故が起こった際に「はじめの一步」の内容を変更し再発防止に努めていました。マニュアルは年に1回更新をしていました。 26. 施設サービス計画書に即して実践していることをケース記録に記録していました。記録等の個人情報の管理は、記録一覧表・文章管理規定に定めていました。個人情報保護、記録管理に関する研修はファーストステージプログラム（新人研修）で実施していました。全職員へは11月に研修の予定をしていました。 27. 朝礼・引継ぎノート・報告書を活用し、職員間の情報共有や意見交換をしていました。パソコンでの情報管理は個人にID、パスワードを発行していました。 28. 面会制限はありましたが、面会や通話アプリを活用し利用者家族と情報交換をしていました。遠方で面会・面接が難しい家族には、近況報告書を請求書に同封し3ヶ月に1回送付していました。 | | |
| (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. 感染症共通マニュアルに管理体制、感染拡大予防の適切な対応、感染症発生時の具体的な対応を明記していました。感染症認定看護師（外部講師）による講義を実施していました。講義に参加できない職員に対しては動画視聴にて受講ができるよう工夫していました。感染症である利用者への対応は、感染症の種類ごとに対策を立てて受け入れをしていました。 30. 施設内清掃はシルバー人材センター・障がい者雇用を活用し、清掃記録で管理していました。臭気対策の一環として、空気清浄器を各居室に1台、廊下には等間隔で設置し異臭はありませんでした。 | | |

| (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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>31. 事故や緊急時の対応等は、「緊急対応規定」のフローチャートでわかりやすく表示し、指示命令系統も明確になっていました。看護師が不在となる夜間に体調不良（例：発熱）の利用者が発生した際も介護職員の対応範囲を明確に示し、職員間での対応の統一を図る内容となっていました。研修や実践的な訓練は年2回の避難訓練のほかKYT（危険予知トレーニング）も実施しており、その後チェックシートにより理解度を図る取り組みも実施していました。</p> <p>32. 事故が発生した際は「緊急対応・不適合報告書」で再発防止までの経過を記録し最終確認を行い、各部署選出メンバーによるリスクマネジメント委員会においてマニュアルや事故防止策の評価・見直しを行う仕組みがありました。</p> <p>33. 災害発生時対応マニュアルを整備していました。訓練はBCP（事業継続計画）訓練ワークシートにて机上訓練、夜間を想定した災害時の避難訓練を19:00～20:30に実施していました。自治会と防災協定を結ぶほか、防災計画をもとにして消防団と避難訓練を実施していました。</p> <p>34. BCPを策定し、大規模災害、感染症の蔓延時に備えた内容となっており、施設の立地条件にあった内容になっていました。BCP訓練は机上訓練と災害時避難訓練を実施していました。</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. 「和顔愛語」に利用者の尊厳を明示し、利用者本位のサービスの提供を行っていました。認知症ケア向上委員会を中心に日常業務の振り返りと検討を行い、ユマニチュード（認知症ケア手法のひとつ）で認知症ケアの実践を行っていました。利用者の基本的な人権への配慮については、年1回のプライバシーと人権・虐待事故防止の動画視聴研修にて職員への意識向上を図っていました。</p> <p>36. 高齢者虐待防止マニュアルに身体拘束禁止項目を整備し、月1回リスクマネジメント委員会を開催していました。高齢者虐待防止法については人権研修の中で学び、「虐待の芽チェックリスト」で職員自身の理解度・行動を確認し、不適切ケアの事案と合わせてリーダー会議への報告、部署会議で対応・検討を行っていました。</p> <p>37. 入職時研修「ファーストステージプログラム」および「和顔愛語」にて、利用者のプライバシー・羞恥心への配慮を学び、日常の支援に生かしていました。また、個々の職員が「虐待の芽チェックリスト」各項目をチェックし、その結果を部署会議の中で確認して必要なフォローも実施していました。</p> <p>38. 入所判定会議に第三者委員もメンバーとして出席し、内部職員判断の偏りを防止する仕組みがありました。満床等で直ぐに入所を受け入れられない場合は、介護支援専門員を通して（または家族へ）その理由を伝えていました。</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) | | 39. 年1回顧客満足度調査を実施し利用者・家族からの意向を引き出していました。日常の場面では、介護職員が利用者とのコミュニケーションの中で得た意見要望等を部署会議で確認し、リーダー会議へ持ち寄り確認の上、各部署へフィードバックをしていました。利用者・家族との個別面談は毎週、日・水・土曜日の面会時に予約制で行っていました。 40. 利用者・家族からの意見・要望・苦情は、法人の苦情解決規定（責任者を記載したフローチャートで手順を明示）に従い対応するとともに施設内では「緊急対応・不適合報告書」で施設長へ報告し、解決まで組織として対応をしていました。意見・要望・苦情は年3回発行する施設機関誌「紫豊館たより」で、その内容および対応を公表していました。 41. 重要事項説明書に公的機関の名称・電話番号を記載し、また第三者委員の氏名を玄関に掲示し意見箱も設置していました。寄せられた苦情等は「緊急対応・不適合報告書」で報告対応を行っていました。介護サービス相談員が2ヶ月に1回利用者と面会し意見等を聴く機会を設けていました。 | | |

(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) | | 42. 顧客満足度調査を実施し、結果の分析・検討は法人本部のISO事務局が担当していました。2ヶ月に1回の検討会議で協議しサービスの向上につなげていました。調査結果・検討結果については、「紫豊館たより」で報告していました。 43. サービスの質の向上は各部署の施設長・部長・課長・係長・主任が出席する毎月1回のリーダー会議で職員の意見を検討する機会を設けていました。その事例として、浴槽に新たなリフトを設置していました。他事業所の取り組みなどの情報は、インターネットを利用し、福知山市内の情報公表・第三者評価で自施設との比較を行うほか、施設長が福知山市民間社会福祉施設連絡協議会へ参加し情報を得ていました。 44. 年に2回法人ISO事務局による内部監査および年1回のJQA外部監査を受診し、その結果を各事業所の目標・改善につなげていました。第三者評価は3年に1回受診し、前回のアドバイスレポートを基に改善に取り組んでいました。 | | |