

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 24 年 4 月 23 日

平成 23 年 10 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた  
(水度坂友愛ホーム グループホーム友愛) 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<br/>その理由(※)</p> | <p><b>【通番1番】 理念の周知と実践</b></p> <p>住み慣れた地域で暮らし続ける事ができるための支援を謳った法人の理念の基、「家族と共に支え合い、絆を大切にする」との事業所の理念が掲げられています。職員は毎日の朝礼時に理念を唱和したり、利用開始時に利用者や家族に理念を説明し広く周知できるよう努めています。行事や終末期ケアなど、利用者や家族と思いを一つにして様々な取り組みを行っています。</p> <p><b>【通番8番】 質の高い人材の確保</b></p> <p><b>【通番9番】 継続的な研修・OJTの実施</b></p> <p>運営規程には必要な人員数や資格を明記しており、採用に当たってはヘルパー2級以上の資格を有することを条件とし、介護報酬に係る人員体制を維持できているかを毎月検証しています。施設内研修として年間計画を立てられ、職員は新人・中堅・リーダー等経験に合わせた研修を受講し、職員のスキルアップに積極的</p> |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | <p>に取り組んでいます。また、年間計画にある外部研修には勤務として参加し、施設で他の職員に内容を伝達し共有しています。日常の業務の中でも分からない事があれば、話し合ったりミーティングノートを通じて学び合っています。</p> <p><b>【通番13番】地域への情報公開</b></p> <p><b>【通番14番】地域への貢献</b></p> <p>ホームページやパンフレット等で事業所について地域に知ってもらえるように取り組み、地域の代表が参加する運営推進委員会や回覧板、地域の掲示板を通して事業所の行事等を知ってもらっています。地域の夏祭りや食事会、運動会に参加したり、事業所の行事に来てもらうなど、地域の方々との交流がなされています。NPO活動でも市の委託事業として認知症予防教室や、音楽療法「ゆりかご」、物忘れ予防教室等の講師の依頼を受けて取り組み、地域に開かれた施設になるよう努力しています。</p> |
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p><b>【通番3番】事業計画等の策定</b></p> <p>毎年度末に振り返り事業計画を策定し、行事計画や各委員会が目標を立てて取り組んでいます。中長期に向けて事業計画が立てられておらず、また事業計画を策定するための前年度の評価や会議等のプロセスを記載されたものが不十分な状況です。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p><b>【通番17番】 アセスメントの実施</b></p> <p><b>【通番20番】 個別援助計画等の見直し</b></p> <p>独自のアセスメント表を作られていますが、チェック方式であり具体的に記入されていなかったり、また、ケアプランに沿った日々の実施内容の記録が不十分であり、記録からは実践状況が読み取れない状況です。</p> <p><b>【通番22番】 業務マニュアルの作成</b></p> <p>職員研修のための資料や業務を行っていくうえで必要なマニュアルを整備していますが、接遇や食事、排泄等、日常的に行っている業務の中にマニュアル化していないものもあります。</p>                                      |
| 具体的なアドバイス | <p><b>【通番3番】 事業計画等の策定</b></p> <p>単年度の事業計画のみならず、中長期に向けた方向性やビジョンを明確にし、中長期の事業計画を策定されることを期待します。また、事業計画を策定するにあたっての前年度のまとめや会議の内容を記録に残されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>【通番17番】 アセスメントの実施</b></p> <p><b>【通番20番】 個別援助計画等の見直し</b></p> <p>ケアプランに反映できるよう、利用者の心身の状況を具体的に評価し分析できるアセスメント方法を検討されてはいかがでしょうか。また、ケアプランの実施が記録できる様式を使われていることもあり、その活用が充実されることを期待されます。</p> |

|  |                                                                                         |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>【通番22番】業務マニュアルの作成</b></p> <p>現在行っているサービスに関連して、各種マニュアルを不足なく整備され、活用さ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6)

評価結果対比シート

|                          |                                    |
|--------------------------|------------------------------------|
| 事業所番号                    | 26728000147                        |
| 事業所名                     | 特定非営利活動法人水度坂友愛ホーム<br>グループホーム友愛     |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 認知症対応型共同生活介護                       |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 介護予防認知症対応型共同生活介護、通所介護、<br>介護予防通所介護 |
| 訪問調査実施日                  | 平成24年1月20日                         |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>市民生活総合サポートセンター        |

| 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)        |     | 住み慣れた地域で暮らし続ける事ができるための支援を謳った法人の理念の基、「家族と共に支え合い、絆を大切に」との事業所の理念が掲げられています。職員は毎日の朝礼時に唱和し、家族との絆を大切に、地域と共に支え合うことを念頭に置き、様々な取り組みを行っています。利用者や家族と意思を一つにするために、利用開始時に利用者や家族に理念を説明し、同意を得て契約を結んでいます。また、法人の組織体制が整えられ、年4回以上の理事会が開催されています。毎月事業所ではケア会議が行われ、各スタッフは広報や文化、園芸等の委員会に参加し目標を設定し、其々が取り組み意見や提案ができる機会があり、運営に反映されています。 |      |      |       |
| (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    | B     |
|                    | 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)        |     | 毎年度末に振り返りを行い事業計画を策定し、実践するにあたっては、行事計画や各委員会が目標を立てて取り組んでいます。中長期に向けて事業計画が立てられておらず、また事業計画を策定するための前年度の評価や会議等のプロセスを記載されたものが不十分な状況です。各業務レベルで取り組んでいることは、その進捗状況を毎月開催される運営会議やケア会議で検証され、必要時には見直しに繋がっています。                                                                                                             |      |      |       |
| (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、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)        |     | 行政が行う集団指導を受け、事業所でも自主点検を行っています。また、法改正等があれば運営委員会職員へ通知し、法令遵守についての研修を行い周知を図り、法令遵守マニュアルの見直しを行っています。管理者は現場にいる時間を多く持ち、常に職員とのコミュニケーションを取り現状を把握し、リーダーシップを発揮しています。管理者が不在の時も携帯電話や日報、ミーティングノート等で報告を受けています。組織体制は組織図に明記し掲示され、法人の代表は事業所の総会に出席し職員との意見交換の場や、年に1回は個別面談も行い、職員の思いや意見を聞く機会も作られています。                            |      |      |       |

| 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 |     |               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |      |       |
|             |     | 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    | B     |
|             |     | (評価機関コメント)    | 運営規程には必要な人員数や資格を明記しており、採用に当たってはヘルパー2級以上の資格を有することを条件とし、介護報酬に係る人員体制を維持できているかを毎月検証しています。施設内研修として年間計画が立てられ、職員は新人・中堅・リーダー等、経験に合わせた研修を受講しています。また、年間計画にある外部研修には勤務として参加し、施設で他の職員に内容を伝達し共有しています。日常の業務の中でも分からない事があれば、話し合ったりミーティングノートを通じて学び合っています。実習生の受け入れに関しては、受け入れ窓口や姿勢等を明記したマニュアルがありますが、実際の実習生の受け入れはなく、マニュアルはボランティアの受け入れと共有しています。 |                                                                                                  |      |       |
| (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、スタッフの労働環境に配慮している。                                                        | B    | 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。 | B    | B     |
|             |     | (評価機関コメント)    | 就業規則を整備し有給休暇や特別休暇についても適切に取得できるようにしています。また、夜間も含め人員体制を多くすることで、重度の利用者の援助も職員の負担を軽減できるように取り組んでいます。管理者は職員一人ひとりと面談する機会を持ち、意見や要望、思いを聞いており、また、産業カウンセラーの資格を持つ職員がおり、相談できる環境が整えられています。法人として互助会に加入したり、交流会や食事会等を開き、職員のストレスを解消するための福利厚生制度があります。職員の休憩室や宿直の為の環境は整備できていません。                                                                 |                                                                                                  |      |       |
| (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)    | ホームページやパンフレット等で事業所について地域に知ってもらえるように取り組み、地域の代表が参加する運営推進委員会や回覧板、地域の掲示板を通して事業所の行事等を知ってもらっています。地域の夏祭りや食事会、運動会に参加したり、事業所の行事に来てもらうなど、地域の方々との交流がなされています。NPO活動でも市の委託事業として認知症予防教室や音楽療法「ゆりかご」、物忘れ予防教室等の講師の依頼を受けて取り組み、地域に開かれた施設になるよう努力しています。                                                                                         |                                                                                                  |      |       |

| 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   | 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)  |    | ホームページには事業所の様子の写真を載せ、パンフレットは見やすいものを作成し、利用者にわかりやすいように工夫し、事業所の情報を提供しています。事業所の玄関にパンフレットや運営推進会議の議事録等を置き、誰もが閲覧ができるようにしています。 |      |       |
| (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)  |    | サービス提供前には、重要事項説明書に加え料金表については別紙を作成し、説明しています。利用者は認知症の方であるため、家族や代理人との契約を明確にし、後見制度のについても利用できるように取り組んでいます。                  |      |       |

|                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |   |   |  |
|-------------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|--|
| (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 | B |  |
| 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)        |    | 入居時に本人や家族から希望を聞いたり、日々の関わりの中から心身の状況を独自のアセスメント様式に記載し、アセスメントを行いケアプランを作成しています。3か月毎にモニタリングを行い、職員の意見は書面でもらうようにし、家族には来訪時に意向を確認し見直しを行っています。日頃から医療との情報はノートを通じて共有し、歯科やマッサージ等の往診時にも状況を聞き、ケアプランに反映するように取り組んでいます。毎年、1月と6月にサービス担当者会議を開催し家族との絆を深められるよう、サービスの状況、医療的な情報等を伝え、家族や本人の意向を聞く機会としています。アセスメントがチェック式であり具体的に記入されていない、ケアプランに沿った日々の実施内容の記録が不十分であり、記録からは実践状況が読み取りにくい状況です。 |   |   |  |
| (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)        |    | 職員に看護師を配置し、月に2回の往診の状況を医療ノートを用いて情報を共有したり、利用者の入退院時にはカンファレンスに出席したり、サマリーを通じて医療と連携できるように取り組んでいます。運営推進会議には地域包括支援センター職員が参加したり、地域密着型サービスの事業所連絡会に出席し、各関係機関と共通の課題を持ち話し合う体制が構築されています。                                                                                                                                                                                   |   |   |  |
| (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。                                                                                                                                                                                                                                                                 | A | 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)        |    | 職員研修のための資料や業務を行っていくうえで必要な掃除マニュアルや入浴、終末期ケア等のマニュアルを整備しています。接遇や食事、排泄等、日常的に行っている業務にマニュアル化されていないものがあります。デイサービスでは、業務上で不都合があった際にはマニュアルの見直しに繋がった例があり、必要時に見直しを行っています。また、個人情報の保護規定が整備されており、施設内研修で年に1度は学ぶ機会があり周知を図っています。職員間ではミーティングノートや申し送り、日誌等を通して情報共有し、ケア会議で検討し共有に繋がっています。家族との絆を深めていくことを大切に考え、より多くコミュニケーションをとることを心がけ、月に2回の来訪をお願いしたり、サービス担当者会議に参加してもらっています。            |   |   |  |
| (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の作成等により、スタッフ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        | 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)        |    | 感染症のマニュアルを整備し、看護師を中心に勉強会を開催し、職員に感染症の対策について周知しています。感染症である利用者の受け入れ等、事業所で定めて対応していますが、マニュアルの中に明文化されていません。日々、衛生管理には気を付け、毎日の清掃や物品の整理整頓、換気、汚物の処理等を行い、年に2回は業者に委託し、エアコンなどを清掃してもらっています。                                                                                                                                                                                |   |   |  |

|                 |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |
|-----------------|-----------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| (7)危機管理         |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |
|                 | 事故・緊急時等の対応            | 28  | 事故や緊急時、災害発生時等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    |
|                 | (評価機関コメント)            |     | 緊急時や災害発生時の対応についてマニュアルを整備し、研修や避難訓練を行っています。避難訓練は、消防署や地域の消防団、家族、自治会役員等、多くの参加を得て行われています。また、事故やヒヤリハット事例は報告書を作成し、その対応を振り返り改善策を検討しています。                                                                                                                                                              |      |      |
| 大項目             | 中項目                   | 小項目 | 通番                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 評価項目 | 評価結果 |
|                 |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      | 自己評価 |
| IV利用者保護の観点      |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |
| (1)利用者保護        |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |
|                 | 人権等の尊重                | 30  | 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            | 31  | 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              | 32  | 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)            |     | 「利用者の尊厳ある生活を最期の看取りまで支援します」と法人の理念に謳い、事業所の方針にも「人としての尊厳を保ち、QOL(生活の質)を高め、地域住民の一人として暮らしている安住の場所をつくります。」とあり、職員全員が理解し日々の支援に努めています。身体拘束の禁止や高齢者虐待防止法、プライバシーの保護についても、勉強会を開き周知徹底しています。夜勤も含めて職員が2名以上勤務しており、互いに注意し合える環境も整えられています。また、入居に当たっては、申し込み順を基本とし緊急性の高い利用者がいないかな等を考慮する入居選任会議を実施し、公平中立の立場に立ち検討されています。 |      |      |
| (2)意見・要望・苦情への対応 |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |
|                 | 意見・要望・苦情の受付           | 33  | 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。                                                                                                                                                                                                                                                      | A    | A    |
|                 | 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 | 34  | 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          | 35  | 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)            |     | 利用者や家族とのコミュニケーションを大切にし、月に2回以上家族の面会があり、直接意見や要望を言いやすいように会話を多く持っています。家族が運営する家族会が年4回開催され家族会からの意見が出されたり、介護相談員の来訪が月に1回あり利用者の声を聞き事業所に伝えてもらっています。また、重要事項説明書には第三者や公的機関の相談や苦情窓口を記載し、利用開始時に説明しています。相談や要望の対応マニュアルを作成し、出された要望には会議等で検討し迅速に対応しています。改善状況については、個人情報に配慮し法人の機関紙に載せて公開しています。                      |      |      |
| (3)質の向上に係る取組    |                       |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |      |
|                 | 利用者満足度の向上の取組み         | 36  | 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          | 37  | 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          | 38  | 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)            |     | 毎年、外部評価を受審し担当を決め自己評価や利用者アンケートを行い、第三者評価を受けサービスの質の向上に向けて取り組んでいます。昨年から事業所独自でも利用者満足アンケートを行い、結果をケア会議や運営会議で話し合い、サービスの改善に繋げています。デイサービスのアンケート結果では、「カラオケが楽しかった」や「体操のマンネリ化」等の意見を頂き、レクリエーションや体操などのプログラムの充実が図られ、利用者の楽しみとなっています。                                                                           |      |      |