

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 7 月 1 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

2021年7月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（特別養護老人ホームフジの園）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. コロナ禍においても、利用者・家族の思いを叶えるための努力をしています</p> <p>○普段から手紙等で利用者や施設の様子を家族に知らせていますが、コロナ禍で面会等に制限があるため、SNS での掲載内容を増やすなど施設の様子なども含め、利用者情報の提供に努めています。</p> <p>○家族等が参加する行事もコロナ禍で中止となりましたが、利用者のファッションショー等の開催行事を動画配信し、利用者の動きのある表情等を伝えています。</p> <p>○外出制限により利用者が部屋にいる時間が増えたため、気分転換が図れるよう感染対策に配慮して、中庭でのガーデニング観賞や花摘み、玄関前に植木鉢を準備して花植えや水やりをするなど、部屋から出て、趣味を楽しむ機会を作られていました。</p> <p>2. 職員を大切にできる職場環境があります</p> <p>○「職員が安心して仕事を継続できる環境づくりは、サービスの質の向上に繋がる」という考えのもと、出産後の女性のワークライフバランスへの配慮や、男性の育児休暇の推奨、各種手当の支給等の取組みがなされています。</p> <p>○対人援助職に多いとされているバーンアウト予防のために、今年度より精神的支援（メンタルトレーニング）を取り入れ、職員が安心して働ける環境づくりに努めています。</p> <p>○コロナ禍であっても動画やZOOMを活用し、職員の仕事の状況に合わせて時間帯に制限なく研修が受講できる仕組みが作られています。</p>
-----------------------------	--

	<p>3. 安全で快適なサービスの提供に取り組んでいます</p> <p>○事務所は、書類等が整理整頓され、臭気対策や設備の消毒など衛生管理を徹底し、利用者にとって快適なサービス提供に繋がっています。また、コロナ禍で訪問する家族等にとっても、施設が安全で安心な環境であると思えるものとなっています。</p> <p>○施設設備が外観も含めきれいに管理され、清潔感があります。職員にとっても心地よく働ける環境だとの感想があり、職員の誇りとなっています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>1. 事業計画と課題について</p> <p>法人としての中・長期計画と事業所の単年度事業計画の中で、課題別に目標が設定され、達成に取り組まれています。しかしながら、達成目標と理念・運営方針との関連が明確ではありませんでした。課題を解決した先にある目標（理念又は運営方針）までが明記されるとより分かりやすい計画になると思います。</p> <p>2. アセスメントの記載内容について</p> <p>アセスメントが丁寧に行われ、心身の状況は定められた様式により、詳しく記載されていました。部屋内での生活状況の把握は難しい課題ですが、工夫されるとなおよいと思われます。</p> <p>3. 台風・暴風雨雪・準備対策マニュアル等の整備について</p> <p>台風・暴風雨雪・準備対策マニュアルは整備されていましたが、地震に対するマニュアルが確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス

1. 事業計画と課題について

介護保険制度が3年に一度変更になる厳しい状況のなか、中・長期計画は明確に立案されています。また、課題や問題点、達成目標や期間も詳細に記入されていました。しかし、単年度事業計画の内容を解決することが目的になっているような表現でした。課題を解決した先にある目標（理念又は運営方針）までを明記されるとより分かりやすい計画になると思います。職員全員が同じ目標に向かった先に理念「愛・開・創」の実現につながると思います。

2. 利用者の個室内行動の把握について

利用者はフロアで過ごされる時間が多く、その様子は詳細に把握し記録されています。しかし、居室の様子プライベートな場所であり職員が目が行き届き難いこともあって、記録も少なくなっています。プライベートな空間での支援方法は、利用者個々に違うものと思われそうですが、プライバシー保護に配慮したうえで、居室内の生活状況をより多く把握する工夫をされてはどうでしょうか。事故予防のためにも大事なことだと思います。

3. 台風・暴風雨雪・準備対策マニュアル等の整備について

台風・暴風雨雪・準備対策マニュアルが整備されていましたが、地震に対するマニュアルも、必要と思われます。早急にマニュアルを整備され、地震を想定した訓練等が、実施されることを期待します。

その他

利用者や家族への満足度調査は実施されていましたが、回答率が高くないと伺いました。今後は、アンケートの渡し方や回収の方法等、原因を分析されることが重要かと思われます。ますますのご活躍を期待いたします。

※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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670900246
事業所名	社会福祉法人フジの会 特別養護老人ホームフジの園
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4年5月18日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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. 理念は、ホームページ、パンフレットに記載されており、職員には採用時に配布する業務手引き書（行動基準書と呼ぶ）と、毎月初めの朝礼や職員会議で周知しています。また、理念・運営方針に基づいたサービスが提供されるよう、年度初めに職員全員に事業計画を説明しています。利用者・家族には、年間の行事の中で理念等の説明機会を設けています。理念を示したものは事務所の中にあり、職員等の目に触れる機会が少ないため玄関やホール等、利用者・家族などの目にもつきやすい場所に掲示するようにされてはいかがでしょうか。 2. 法人・施設の組織図に沿って意思決定・指示・命令が行われています。理事会が適宜開催され、法人内管理職会議は3カ月に1回、各職種における会議、委員会等は毎月開催しています。会議出席者は職員の意見を聴取し、会議で意見を述べています。会議後は、議事録を全職員へ回覧し周知徹底しています。職務分掌表に記載した内容に従って権限委譲し、責任を明確に規定しています。		
(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)			3. 法人の中・長期計画に基づき、施設の中・長期計画及び単年度事業計画を策定しています。利用者・家族へのアンケートから利用者ニーズを拾い上げ、サービスの課題や問題点を分析・明確にしています。 4. 毎月職員アンケートを実施し、担当部署ごとの課題を明確にしています。課題達成に向けた事業計画をたて、毎月の職員会議で担当者が事業計画の進捗状況を報告し、課題の再検討も行っています。事業計画の目標（課題）と理念等との関連を明記することで、取組みの目的が明確になりより分かりやすい計画になると思われます。		

(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。	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. 運営管理者等は、京都府集団指導に参加しその内容は各部署に配布して職員全員に周知しています。関連法令等は、事務所内のPCで確認することが出来ますが、一覧で確認できるようにフォルダー内の法令等のリスト化が必要です。制度改正等法令に関する情報の収集は、管理者等複数人で確認し、必要な情報は各部署に回覧等で周知しています。職員倫理や法令遵守研修を年間研修計画に組み込み継続的に実施することで、職員への周知を図っています。</p> <p>6. 運営管理者の役割・責任は、職務分掌規程に定められ職員に周知しています。運営管理者は、各部署の事業計画の点検や各委員会に参画し意見を述べています。また、職員会議で意見を聞くとともに、主任が行う面談等での意見も聞いています。毎年実施するストレスチェックの内容をフィードバックすることで、管理者自らの評価も行っています。</p> <p>7. 管理者は事業所内で業務を行っており、事業所を離れる場合も、常に連絡がつく体制が取れています。事業の実施状況は業務日誌等で把握しており、公休時も含め緊急時にはオンコールで医務室に繋がる連絡体制ができています。</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						
		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	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 法人内京都ブロックにおいて、各施設長・法人採用担当職員等が参画した採用プロジェクト会議を開催し、人事管理方針に基づき、法人に必要な有資格者等の数や配置を検討しています。また、新規採用職員には応募理由や採用等に関する意見を、退職者には離職理由を聞き、人材確保の改善に繋げています。採用後の資格取得支援など、キャリアアップの支援があり研修等費用の助成も行っています。</p> <p>9. 法人及び事業所で研修計画を策定し、新任、階層別、接遇、専門知識・技術研修等を、体系的に実施しています。外部研修情報を、各部署に配布し、参加調整を行っています。新入職員には、1年を通じて面談しながら、OJT研修を実施、それ以外の職員にも、年2回の面談を行い、業務を振返る機会を設けています。また、援助方法等について、常駐の看護師から助言を受け、利用者への実践結果を、職員会議等で報告し、業務改善に役立てています。</p> <p>10. 実習生受入れマニュアルがあり、近隣高校のインターンシップを受入ています。また、介護実習生には、実習終了時に、ミニカンファレンスを行い、実習の振り返りを行っています。実習指導者研修に参加し、実習生受入れ前には、職員に資料を配布し、伝達研修も行っています。</p>		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	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、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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>11. 職員全員の有給休暇や時間外労働のデータは、人事管理担当者が把握し、管理者に報告しています。また、産業医・衛生管理者等で構成する衛生管理委員会で、就労・健康面に関する労働環境水準について検討を行い、各種手当の支給やワークライフバランスに配慮した、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいます。育児休業・介護休業を就業規則に規定し、女性職員だけでなく、男性職員にも推奨し、介護機器等は、職員の意見を参考に導入しています。</p> <p>12. 職員のストレスチェックを毎年実施し、産業医・衛生管理者を本部に配置しています。また、定期的に個別面談や人事考課での面談を実施し、業務上の悩みを相談できる仕組みがあります。福利厚生制度があり、男女別の休憩室が整備されています。ハラスメントが規定されており、契約している社会保険労務士に相談できる体制があります。法人のリスクマネジメント会議でハラスメント規程の見直しについて、検討しています。宿直室や休憩室は、リラックスできる環境になっています。</p>		

(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)		<p>13. ホームページやパンフレット、施設機関誌を通して利用者や家族、地域住民や社会福祉協議会等の関係事業所に情報を提供しています。また、施設見学は、担当者が利用者のプライバシーに配慮しながら、随時行っています。地域のボランティアを受入れ、利用者との交流を図っています。「情報の公表制度」に公開した内容を、施設内に掲示していますが、第三者評価も含めてHPからのリンクも必要かと思われます。</p> <p>14. 高校のインターンシップや中学生のチャレンジ体験等を受入れ、高齢者との関わり方などの講習を行っています。また、地域の自主防災協議会・防火協議会に所属し、地域担当との協議の場を設けて一緒に防災に取り組んでいます。地域ケア会議や認知症サポーター講座にも、講師として参加しています。</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	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)		15. 法人パンフレットとフジの園専用パンフレットを作成し、わかりやすい内容となっています。また、インスタグラムへの投稿も行い、サービス内容を周知しています。 ただ、フジの園HPを閲覧する場合、法人HPから入っていかないと辿りつけず、必要な情報を直ぐに入手できません。法人HPのトップ画面に、バナーを作成するなど、フジの園に入りやすい工夫があれば、より利用しやすいのではないかと思います。			
(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)		16. サービス内容や料金、保険外サービス等については、契約時に説明をするとともに、いつでも閲覧できるように受付に重要事項説明書を配置するなどの工夫をしています。しかし、家族のアンケート結果では「わからない」との回答が多いため、事業所側からも、折をみて（家族会を再開されたとき等）説明する機会を、検討されてはいかがでしょうか。 また、判断能力に支障のある利用者には、権利擁護の制度活用を提案しています。現在、成年後見制度等を利用している利用者が数名おられ、十分に活用されている実態が確認できました。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	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	A	
	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)		17. 包括的自立支援プログラムを使用し、看護師・栄養士・介護担当が、利用者一人ひとりの心身状況や生活状況を、記録しています。また、個人ファイルの1ページ目には利用者の写真を貼付し、利用者の顔を思い浮かべやすくする工夫がされています。フロアや入浴時の様子はよく記録されていますが、大半の利用者は、居室内で過ごしている時間が長く、この状況がわかり難いという状況があります。プライバシーに配慮しながら、居室内での様子を確認する方法を工夫されてはいかがでしょうか。 18. 個別援助計画等の作成時には、これまで本人はもちろん、家族も出席していましたが、コロナ禍においては電話で家族の意向を確認し、その後、郵送で同意を得ています。また、ガーデニングが好きな利用者が中庭に花を観にいたり、鉢植えなどができるよう工夫するなど、コロナ禍でも利用者の希望を出来る限り尊重して支援をしています。退院時や看取りを想定した会議には、家族が参加し意向を確認して支援内容の同意を得ています。 19. 個別援助計画等の策定にあたり、看護師・栄養士等専門職に意見照会をしています。また、終末期ケアにおいては、床ずれや足の傷を悪化させないために、嘱託医や看護師と連携し、ポジショニングを検討しながら看取りをしています。 20. モニタリングを、3か月に1回以上行っており、状態の変化があるときには、専門職に意見照会し、個別援助計画を見直しています。利用者ファイルが、フェイスシートとモニタリング用の2冊あり、別々に保管されていました。利用者ごとにまとめて管理するほうが、わかりやすく効率的ではないでしょうか。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	21	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	

(評価機関コメント)

21. 嘱託医は週2日、施設で診察し、それ以外は24時間、電話とファックスで連携体制が取れています。入退院する場合の病院との連携や、退所する場合の地域での受け入れ先との連携もできています。地域包括支援センターや行政など、協力関係機関のリストを事務所に掲示し、連携体制や支援体制を確保しています。

(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、職員に活用されている。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	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	A
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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22. 法人共通の業務マニュアルが整備され、それをわかりやすくまとめた『行動基準書』は職員一人ひとりに配布されています。また、施設独自の業務別マニュアルも作成し、職員に配布しています。サービス提供がマニュアル通りに実施されていることを確認するためには、人事考課時やOJT時の指導連絡帳などを利用しています。介護職員業務マニュアルや日課表（時間軸で仕事内容が示されている）があり、職員はチェックリストをもとに「できたことできないこと」を分かりやすく知ることができ、事故防止や安全確保にも繋がっています。マニュアルの見直しは、利用者の希望やヒヤリハット報告書等を基に、担当者が毎年行っています。</p> <p>23. 利用者一人ひとりのサービスの実施状況は、支援経過記録に月ごとに記載され、サービス実施計画に基づくサービスの実施が確認できました。また、利用者の状態の推移等が具体的に記録されていました。記録等は、鍵付きキャビネットで保管しデータは、個人情報保護のためにパスワードで管理しています。管理体制は、法人共通マニュアルによって規定され、書類の持ち出しが必要な場合は、事務所にある「持ち出し台帳」に記載することになっています。書類の処分は、年に1回業者により適切に実施されていました。</p> <p>24. 利用者に関する情報共有は、毎日の朝礼と終礼、月1回の職員会議で行っています。また、定期的にケアカンファレンスを開催し、職員の意見集約を行っています。しかしながら、正職員やパートも含め「確実に」情報共有できる方法が確立していないと認識しており、現在、法人内で整備中のICT化により、この課題を解決できるよう取り組んでいます。</p> <p>25. サービス計画書作成前に、家族や後見人などに意見を聞き、その意見を反映させています。コロナ禍においては、オンラインやスクリーン越しの面談を実施するなどして、情報交換を行っています。利用者の様子や施設の状況は、居室担当職員が、毎月手紙で家族等に知らせています。</p>		

(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、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	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)		<p>26. 法人の感染症マニュアルに従い、対処法を共通認識するとともに、研修計画に基づき、全職員が、食中毒と感染症の研修を受講しています。法人本部から、感染症対策としての職員行動に関する通知が示され、動画を作成して、各部署で視聴するなど、確実な周知方法を工夫していました。</p> <p>27. 事業所内の清掃は、定期的に行われ、年1回の全館害虫駆除（厨房は毎月）や使用後の浴槽消毒、トイレ・居室の臭気対策のための空気清浄機設置等を行っています。また、調理室についても施設栄養士が、毎月、点検を実施、年一回、業者にも衛生点検を依頼しています。物品等の整理・整頓・処分マニュアルが作成されており、マニュアルに従い運用されています。</p>		

(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	28	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	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
災害発生時の対応	30	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
(評価機関コメント)		<p>28. 事故防止対策マニュアルがあり、各部署にマニュアルを整備しています。利用者の急変に対応するために、心肺蘇生AED等の研修・訓練を実施し、急変対応はオンコールで24時間、看護師が対応できる体制ができています。緊急連絡網は事務所に掲示し、責任者および指揮命令系統が各部署に明示されています。</p> <p>29. 事故が起こった場合には、事業所で適切に対応したうえで、本人、家族、関係者に連絡し報告書を作成しています。毎月、事故防止委員会を開催し、事故の原因や対応方法について分析を行うとともに、再発防止のためにマニュアルや事故防止策の評価・見直しなどに活用しています。また、リスクマネジメント研修受講者を2名置き、安全対策体制加算を受けています。</p> <p>30. 台風・暴風雨雪・雷準備対策マニュアルが整備され、年1回以上の研修と訓練が行われています。毎月防災会議を開催し、地域との連携について関係機関との調整を図っています。また、職員には法人内の連絡網（さくら連絡網）を用いて、安否確認等ができるシステムが整備されています。現在、地震に対するマニュアル整備を、令和5年度に向け検討しています。</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
IV 利用者保護の観点						
	(1) 利用者保護					
	人権等の尊重	31	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	32	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	33	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>31. 事業所の理念・運営方針や行動基準書に、利用者の人権や意思を尊重したサービスを行うことを明記しています。高齢者の尊厳保持の取組みとして、年一回、法人で「NGワードアンケート」を職員に実施するのに加え施設独自でも毎月実施し、「NGワード撲滅委員会」で原因の分析・改善に取り組んでいます。事業所の年間研修計画において、人権等の尊重についての研修を実施しています。</p> <p>32. 業務マニュアルに利用者の羞恥心やプライバシーに配慮したサービスの提供を行うことを明記し、各職員にも配布するとともに、定期的に読み合わせを行い徹底しています。毎年、プライバシー保護について勉強会を行っています。各居室、トイレ、浴室内は、カーテンやスクリーンを使用してプライバシーを確保し、利用者への声かけにも羞恥心等の配慮を徹底しています。</p> <p>33. 京都市の入所指針を基に作成した事業所の入所指針に則り、毎月の入所判定会議で緊急性の高い方を優先に公平・公正な決定を行っています。利用申込みを断った例はなく、胃ろうや酸素吸入が必要な方なども、医師・看護師と相談の上、万全を尽くして受入れています。</p>			

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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	36	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>34. 職員全員が『クレームは利用者からのラブコールである』の言葉を大切に、サービスの質の向上を目指し、クレーム一覧を冊子にして、誰もが閲覧できるように窓口においています。日常生活の要望は、居室担当が、意見・苦情等については、相談・支援担当が受け持って、利用者や家族が相談しやすい工夫をしています。</p> <p>35. 利用者の意向への対応は、マニュアルに定められ、運営管理者に報告するとともに、関係部署を交えて対処しています。利用者からの相談や意見は記録に残し、サービス改善に役立っています。また、対応と並行して事業所内に周知徹底できるように、朝礼や終礼時に申し送りし、報告書は、回覧しています。苦情や意見、改善策等の要点は、個人情報に配慮しながら、玄関受付で公開しています。今後はフジの園だよりやホームページ等での公開も、検討しています。</p> <p>36. 第三者委員を相談・苦情の窓口として定め、公的機関の相談窓口とともに重要事項説明書や事業所玄関に明示しています。事業所に寄せられた苦情等を、第三者委員に定期的に報告していますが、いつでも外部の第三者に連絡相談できるように、連絡先を分かりやすく明示するとよいと思います。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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	39	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>37. 年一回、利用者や家族への満足度調査を実施しています。調査結果は、運営管理者を含む検討会議で分析して、改善策を立て、直近の職員会議で報告しサービスの質の向上に繋げています。結果は施設内に掲示し、来園者にも公表しています。しかし、回答率改善が今後の課題と思われれます。</p> <p>38. サービスの質の向上については、毎月の職員会議や介護職員会議で検討を行い、会議に参加できない職員はPC内の議事録に意見等を提案するシステムで、より多くの意見が集まるように工夫しています。管理職会議においても、サービス提供の課題について検討し、その結果を現場にフィードバックしています。法人内の他事業所での取組みを、管理職会議で情報収集し水平展開しています。</p> <p>39. 毎年、自己評価を行っています。評価結果を踏まえて、課題を事業計画の目標に反映し、計画の進捗状況を毎月の職員会議で確認し見直しを行っています。3年に一回、第三者評価を受診しています。</p>		