

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 9 月 4 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
 令和 4 年 6 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた特定施設入所者生活介護 あいらの杜京都桃山につきましては、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>通番 8 質の高い人材の確保と育成</p> <p>施設が必要とする人材や人員体制に関する基本的な考え方を施設長マニュアルに明示し、人材の募集は本部の人事部がホームページで行っています。採用は有資格者を優先していますが無資格及び未経験者も採用し、新人社員研修マニュアル、キャリアパス制度、資格取得制度職員研修（オンデマンド研修）等で採用後の育成に努めています。現職者からの紹介を奨励し、入職後の資格取得者に祝い金制度を設ける等で人材確保に成果をあげています。</p> <p>通番 9 継続的な研修・OJT</p> <p>無資格者と未経験者を対象とした「新人職員育成計画」、「プリセプター研修マニュアル」に基づいて、新人社員研修 3 ヶ月（内 1 ヶ月間毎日面談実施）実施後、研修成果を「OJT チェックシート」で確認しています。また、各部門で職員が互いに学び合う勉強会等も開催しています。</p> <p>通番 17～通番 21 個別状況に応じた計画の実施</p> <p>所定のケアマネジメントシートを活用し、心身及び生活状況に応じた利用者一人ひとりの援助計画を利用者・家族等に加え、医師・看護師・介護職員・リハビリ職員等、職種・部門を横断した関係職員の合議により作成しています。介護サービス計画・機能訓練計画、カンファレンス記録、個別サービス計画書等の記録から読み取ることが出来ました。</p> <p>通番 24 職員間の情報共有</p> <p>職員は、朝夕の申し送り・業務日誌・各フロアの「入所者申し送りノート」、月例のフロア会議等で施設入居者の情報を共有しています。新規入居者のアセスメントや個別介護サービス計画の更新、その他確認事項等の周知徹底に</p>
-----------------------------	--

	<p>心がけています。「個別ケア記録」の冒頭に個別サービス計画書を貼付し、職員は、日々のケアを計画と照合しながらサービスの提供と記録を行っています。1～2カ月に1回、家族等に入居者の近況を写真付きの便りで報告し、施設の機関紙「もあいだより」で施設生活の様子を知らせています。また、家族等と電話や面会（遠方の家族とは面会再開後もオンライン面会を継続実施）、医療機関の通院等で情報交換を行なっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番 3 事業計画等の策定 通番 4 業務レベルにおける課題の設定</p> <p>組織の理念と運営方針に基づいて、各種の会議及び委員会等を定期開催し、組織の事業目標や実行内容等の検討結果を議事録に記載していますが、中長期及び単年度の事業計画等の策定（文書化）が行われていませんでした。</p> <p>また、施設サービスを提供している医療・介護・看護・栄養・機能訓練・ケアマネジャー・生活相談員・事務・管理部門などの職種が、定例の検討会議（会議や委員会）等に参画し、現状の課題等を検討していますが、中長期事業計画や単年度事業計画等に基づく各業務レベルの課題設定（文書化）が行われていませんでした。</p> <p>通番 29 事故の再発防止への組織的対応</p> <p>所定の事故報告やヒヤリハット報告の様式を作成し、事故防止委員会を設置していますが、新型コロナ対応に追われ、報告書の整備や委員会の開催が行われていませんでした。既存の事故報告書には事故当事者本人の再発予防に関する対応策等の記載がありましたが、事故の再発防止に向けた組織的な取組みの検討が記録からは確認できませんでした。</p> <p>通番 36 第三者機関設置</p> <p>苦情等の申立方法について苦情対応細則に明記し、重要事項説明書や施設内掲示板で利用者や家族等に周知していますが、公的機関や法人・施設以外の第三者へのアクセス方法を明示していませんでした。</p> <p>通番 37・39 利用者満足度に向けた取り組み</p> <p>利用者及び家族等に対する利用者満足度の把握の取り組みについては、日常的に個別に聞き取りを行っていますが、利用者満足度調査表を使った調査は実施されていませんでした。</p> <p>各種の検討会議や検討委員会を定期的で開催し、施設サービスの質の向上について検討しています。介護保険制度の自己点検については毎年実施していますが、今回実施した施設サービス提供状況の質の向上を目的とした第三者評価（3年に1回）と自己評価（年に1回）については実施されていませんでした。第三者評価は2016年に実施しています。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 3 事業計画等の策定 通番 4)業務レベルにおける課題の設定</p> <p>法人理念や運営方針に基づいた中・長期計画の策定とそれを踏まえた単年度の事業計画の策定は、介護サービス事業の今後の経営の安定化と利用者・家族等、職員の「安心」という点から必要であると考えます。各種の検討会議で職員の総意で業務レベルの課題や地域性も考慮した事業継続計画 (BCP) 等の設定も含めてご検討下さい。</p> <p>通番 29 事故の再発防止への組織的対応</p> <p>利用者の安全確保を組織的に取り組むためには、事故時のマニュアルの整備と未然防止策に備えたリスク集の洗い出し、また、事故防止策、職員研修、訓練等を通しての対処方法の見直し等が必要と考えます。これらの取り組みを組織的に行なうことをご検討下さい。事故発生時の初動につながると考えます。</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)

※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	2670917125
事業所名	あいらの杜京都桃山
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入所者生活介護
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	令和4年7月22日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1. 組織の理念及び運営方針を明文化し、重要事項説明書や運営規程に明記するとともに施設内に掲示している。ホームページやパンフレット・広報誌等に掲載していないため、その文書を常に地域社会に公示・公開しているとは言えない。職員には新人研修マニュアルや職員研修、各種の検討会議等で周知している。 2. 役職者会議（施設長・介護主任・看護主任・看護副主任）、職員会議（全体・ヘルパー・フロア）、委員会（リスクマネジメント・衛生管理・人材育成・サービス管理・機能訓練）で事業の運営に関する検討会議を定期的に行っている。これらの検討会議にケアマネジャー、生活相談員、事務職員等も参画している。内容を議事録で確認することが出来る。組織の意思決定を公正・適正なプロセスで行っている。			
(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。	C	C	
	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		3. 組織の理念と運営方針に基づいて、各種の会議および委員会等を定期的に行い、組織の事業目標や実行内容等を検討し議事録に記載している。中長期および単年度の事業計画等の策定・文書化が行われていない。 4. 医療・介護・看護・栄養・機能訓練・ケアマネジャー・生活相談員・事務・管理等の各職種が定例の検討会議・委員会に参画し、現状の課題等を検討している。中長期および単年度事業計画等に基づいた各業務レベルの課題設定が行われていない。			
(3) 管理者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	B	
	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。	B	B	

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. 管理者が毎年、法令遵守の観点で有料老人ホーム自主点検表・介護保険サービス自主点検表に取り組み、結果を事務所に開示している。職員は高齢者虐待防止法・介護保険法・個人情報保護法等をオンデマンド研修で周知している。事業運営に必要とする法令や地域条例等を対処手順を含めて文書化（リスト化）し、会議等で継続的に職員に周知する取り組みが十分とは言えない。</p> <p>6. 組織図、職務分掌規定、キャリアパス制度等に基づき役職者研修を実施している。また、毎月、運営会議でコンプライアンス規程（本社策定）を周知し、マネージャーが施設の定期巡回を行い現場の実施状況を確認している。新入社員に個人面談（週1回・3カ月間実施）で周知している（面談記録に記載）。経営責任者や運営管理者に対する評価の仕組みを構築していなかった。</p> <p>7. 経営責任者及び運営管理者は業務日誌や各種の報告書、緊急時体制「連絡マニュアルフロー」、始業時（朝礼）申し送りで施設の状況を把握し、職員に具体的な指示を行っている。</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。	B	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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 本部の人事部が人材の募集をホームページで行っている。必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方については、施設長マニュアルに明示している。採用は有資格者を優先しているが、無資格および未経験者も採用し、新入社員研修マニュアル・キャリアパス制度・資格取得制度職員研修（オンデマンド研修）制度により、採用後の育成に努めている。オンデマンド研修には介護福祉士・ケアマネジャー、初任者研修・実務者研修等がある。現任職員からの紹介等で人材確保の窓口を広げ、また、入職後の資格取得者に対する祝い金制度を設ける等の試みが成果をあげている。 9. 無資格者と未経験者を対象の「新人職員育成計画」を実施している。プリセプター研修マニュアルに基づいて、新入社員研修3カ月間（内1カ月間毎日面談実施）を行い、研修の成果を「OJTチェックシート」で確認している。各部門で職員が互いに学び合う勉強会等も開催している。 10. 独自の実習生の受け入れマニュアル等は作成していないが、大学・高校を訪問し、施設の見学・介護体験等を受け入れ、インターンシップ制度の活用につなげている。特別支援学校生の職場実習を10日間受け入れている。		
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 労働関係法令の遵守を基に「勤怠管理報告書シート」で職員の労働環境の実態や意向を把握・管理している。アームレスト車椅子・移乗シート・バスボード等の介護補助機器を設置し職員の介護負担軽減に努めている。 12. 福利厚生制度に法人運営の「宿泊ホテル」の紹介・費用の割引を実施している。職員間のハラスメント防止について、法人策定のコンプライアンス規定に明記し、職員に研修で周知している。仕事上での悩みや組織・上司に対する要望・不満等を吸い上げてはいるが、解決策を講じるための具体的な取り組みについては十分とは言えない。職員専用の休憩や宿直の場所を確保している。		
(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。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		13. 「情報の公表制度」に基づき、施設の情報を地域にホームページで開示し、パンフレット等で広報している。法人または施設の設立の本旨（運営理念）とそれを実行のための方向性（運営方針）等についてはホームページやパンフレットに掲載していない。 14. 現在、新型コロナウイルスの影響下で、事業所が有する高齢者介護の技能（知識や技術等）を地域に提供する取り組みを行っていない。		

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. ホームページ（情報の公表等）や2種の写真入りパンフレット等で施設が提供する看護・介護サービス等の情報を提供している。また、施設見学の受け入れ等の情報を提供し、見学希望者を受付票で随時受け入れている。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書に「有料老人ホーム」と「介護保険特定施設入所者生活介護」の適用サービスの内容及び料金等をそれぞれ明記し、利用開始時に本人及び家族等に説明し同意を得ている。また、「特定施設入所者生活介護」の運営規定及び別紙に料金表を添付している。2名の入居者が成年後見制度を活用している。今後も必要に応じて制度の活用を推進する意向である。			
(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活用しアセスメントを実施している。本人の心身や生活状況とそれに基づく支援内容を介護計画や機能訓練計画に反映させている。アセスメントは通常、入居前と入居後6カ月で実施しているが、本人の状況が安定すれば6～12カ月周期、不安定であれば頻繁に実施している。 18. サービス担当者会議は家族の面会時に当日出勤の看護・介護・リハビリ職等とで開催し、関係者総出で介護計画及び機能訓練計画を検討している。介護計画（第1票）記載の本人・家族等の意向をもとに具体的なサービス内容や期間（第2票）を本人及び家族等に説明し同意を得ている。サービス担当者会議や月例のモニタリング等で聴き取った本人・家族等の要望等を介護計画に反映している。 19. 施設訪問の医師・かかりつけ医、看護師・薬剤師・理学療法士等が提供したサービスを介護計画及び機能訓練計画に明記している。また、これらの計画はサービス担当者会議で聴取し多職種の意向を取り入れ関係職員の合議により作成している。サービス担当者会議録等や看護日誌等で確認できた。 20. 毎月、定期的にモニタリングを実施し介護計画や機能訓練計画を見直している。状態が不安定な場合は、5～7日毎に行い、医療に繋げる等を講じている。介護計画は個々の状態に合わせ、通常6～12月の間、または認定期間満了時に更新している。状態の変化時はその都度職員や家族等と検討している。			

(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。	B	A
(評価機関コメント)		21. 訪問診療の際、入居者の居室を医師と看護師が訪問し、看護日誌に診療記録と連絡事項を記載している。通院付き添いの際も入手した通院情報を記録している。入退院の際も医療機関に施設の本人情報を提供している。入退院時にはカンファレンスに出席し、看護サマリー等を入手している。施設を退去し、または施設から医療機関や特別養護老人ホーム等に移る場合は先方に必要な情報を提供している。		
(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。	B	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。	B	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 各種業務マニュアルを整備し、マニュアルを職員の行動指針としている。新人のOJTの一環として、また、職員がマニュアル通りに行動しているかを、主任以上の経験を積んだ職員が業務を共に行う中で定期的に確認している。本社策定のマニュアルと施設独自で作成した個別で具体的なマニュアルとを併用している。マニュアルの見直しの記録がなかった。 23. サービスの提供状況は個別サービス計画書に基づいて、ケース記録に詳細に記録している。帳票類は事務所のキャビネット内で施錠管理し、パソコン内はID・パスワードで管理している。各職員の権限で操作範囲が決まっている。帳票類の管理は日中は1階事務所職員が行い、夜間は事務所入口を施錠の上警備保障会社に一任している。退院時カンファレンスや通院時等に個人情報を持ち出す際の規定を策定していなかった。プライバシー保護の研修は施設外企画のWEB研修で実施している。 24. 職員は入居者の情イ報を、朝夕の申し送り、業務日誌、各階設置の「入所者申し送りノート」、月例のフロア会議等で共有している。新規入居者のアセスメントや個別サービス計画の更新、その他確認事項等の周知徹底に心がけている。「個別ケア記録」の冒頭に個別サービス計画書を貼付し、計画と照合しながら日々のケアを提供し記録している。 25. 1～2カ月に1回、家族等に写真付きの便りを入居者の近況を知らせている。施設の機関紙「もあいだより」で施設の様子を報じている。家族とは電話や面会時、通院前後等で情報交換を行なっている。遠方の家族とは面会再開後もオンライン面会を継続実施している。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症や食中毒等の予防・まん延防止マニュアルを整備し、新しい情報にはその都度対応している。施設内の看護師4人を中心に感染予防対策を周知徹底している。手洗いやガウンテクニック等や吐物の処理などの実践的な研修を実施している。新型コロナウイルス感染防止策を機に全職員が同じ認識で効果的な行動を遂行できるようにしている、赤字の注意書きや職員配置を具体的に明示する等、有事の際の実用的な手順書を日誌に貼付している。 27. 事業所内は鏡などの調度品に至るまでコロナ対策に徹している。入居者の個室やリビング・廊下に60個以上のオゾン脱臭機を置き、除菌・脱臭を行うとともに定期的に換気を行っている。部外者が館内の自動販売機に触るリスク等もチェックする等、感染まん延防止に慎重な体制で臨んでいる。		

(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。	B	B
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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>28. 法人作成の「緊急時対応マニュアル」及び「事故防止対応マニュアル」、有料老人ホーム協会研修サイトで職員に事故対応等の研修を実施し、管理者が受講状況を確認している。事故防止委員会で事故の発生原因等を分析・評価し、事故の重要度に応じて行政に報告している。コロナの影響下で緊急時の実践的な訓練（AEDの実施訓練等）は行っていない。</p> <p>29. 事故報告書やヒヤリハット報告書を用意しているが、事故等の記載がなかった。事故防止委員会を設置しているが、新型コロナ対応に追われて開催していない。今後、新体制で定期的に開催する意向である。事故報告書に事故当事者の反省や再発予防策が記載してあったが、事故の再発防止に向けた組織的な検討が記録からは確認できなかった。</p> <p>30. 以前は年1～2回消防署立ち合いのもとで火災・防災訓練を実施していたが、最近では事業所内で単独実施している。今年は消防署に実施依頼をする予定である。施設に想定される災害は地震・火災・台風・土砂崩れであるが、建物は新耐震基準適合ホームである。消防署から地震・台風の被災時は屋外に出ないように指導されている。発電機はあるが停電時、在宅酸素等医療機器の給電体制に不安がある。備蓄は水と非常食3日分であり、地域の唯一の介護施設であるため地域の避難者に対応できる体制にすることを今後の課題としている。現在、地域性も考慮した事業継続計画（BCP）を作成中である。</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。	B	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. 入居契約書に入居者の権利として、個人情報保護・プライバシー保護・身体拘束禁止等を上げ、各種の委員会や会議で検討し、職員に研修で周知徹底している。</p> <p>32. 「プライバシー保護マニュアル」や「オンデマンド研修」で職員に周知をしている。特に入浴や排泄時のサービスは個別に行い、配慮・保護を徹底している。</p> <p>33. 入居希望者については原則断らないこととしている。また、医療的処置など人員体制などで入居者数の受け入れ基準を超える場合は理由を説明し希望者に適した施設等を紹介している。</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。	B	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 日頃から様々な機会を通じて利用者・家族等の意向を拾い上げている。意見箱を設置し、定期的に利用者一人ひとりにモニタリングを実施している。苦情対応細則を整備し、申し立てのあった苦情については苦情対応担当者が申立者と協議し、内容によっては運営懇談会で改善策を講じている。苦情の処理に関する経過や結果等を公開するまでには至っていない。</p> <p>35. 「サービス質向上委員会」で「苦情・相談・苦情ヒヤリハット報告書」を集約し、運営懇談会に報告しているが、広義の公開までには至っていない。</p> <p>36. 苦情等の申立方法について苦情対応細則に明記し、重要事項説明書や施設内掲示板で利用者や家族等に周知しているが、公的機関や法人・施設以外の第三者へのアクセス方法（窓口）を設置していない。</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。	C	B	
	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。	B	B	
	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。	B	C	
	(評価機関コメント)		<p>37. 利用者及び家族等に対する利用者満足度については、個別に聞き取りを行っているが、利用者満足度調査表を使った調査は実施していない。その重要性については、今後の課題にあげている。</p> <p>38. 定例の運営会議でサービスの質の向上について関係者間で検討しているが、法人外の施設との比較は行っていない。法人内グループに同様の施設が数あることから、法人グループ間で課題の共有が可能であると考えている。</p> <p>39. 施設サービス提供状況の質の向上についての第三者による評価（3年に1回）や自己評価（年1回）を2016年以降は実施していない。</p>			