

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 5 年 3 月 9 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 1 2 月 2 2 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あじさい苑」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
(※)

1. 利用者が毎日を快適に過ごせる取り組みをしています

○高齢者虐待防止や事故防止、褥瘡、口腔ケア、食事等の各種委員会を設置し、利用者の快適な生活や日常の安全に努められています。また、3 人の介護支援専門員が、担当フロアを巡回し、利用者に直接声掛けを行い、体調や困りごと等について聴いています。聴取内容は、看護室とも連携し、職員全員で情報共有しています。

○管理職のリーダーシップのもと、職員間のコミュニケーションもよく、介護サービスの質の向上に向け「サービス向上宣言」を提唱し、職員一同 5 S の業務（責任・正確・誠意・整理整頓・速度）と 5 S の接遇（SMILE・SOFT・SMART・SYMPATHY・STUDY）に取り組んでいます。各フロアのステーションに 5 S の標語が掲示され、職員に意識が浸透しています。アンケートでも職員のていねいな対応について、家族から感謝の評価がありました。

○利用者がいつも安心して生活できる環境づくりに努めています。理学療法士（リハビリ専門職）が常勤配置され、利用者の楽しみや希望に合わせたリハビリテーション（ADL 改善）を提供しています。また、外部サービスで、訪問歯科、訪問マッサージとの連携を行い、歯科では入れ歯が合うようになり、食事形態のレベルが上がったり、歯茎の出血が止まったとの報告がありました。

2. 利用者の生活を豊かにする工夫が随所にあり、清潔な生活空間が保たれています。

○エントランスや廊下が広くゆったりと作られ、細部まで手入れが行届き、綺麗に清掃されていて利用者にとって快適な環境が保たれています。また、各ユニット入口の飾り棚や廊下の壁面に、手作りの折り紙や子どもの図画工作が飾られ、利用者が落ち着いて生活できる環境づくりをしています。エレ

	ベーターのスイッチは、安全のために折り紙のカバーでさりげなく覆われていて、利用者への配慮が感じられます。 ○理容・美容専用の部屋があり、部屋の前には理容サインポールが設置され、明るい雰囲気を作られています。談話室の窓ガラスは、大きくて採光がよく、季節の風景を感じられるようになっていて、利用者が思い思いの場所で寛いでいます。 ○排泄物排出専用のエレベーターを設置し、一般の動線と分ける事で衛生面の管理ができています。施設内は換気がよくされており臭気対策も行われています。 3. 人材育成と業務の効率化を進めています ○法人の担当部署が全体の研修計画を策定し、研修履歴の管理も行っています。研修は、全職員が参加できるように開催され、それでも時間等の都合で参加が困難な職員に対しては、配布された研修計画のQRコードを読み込むことで、ユーチューブ動画等で受講できるように工夫されています。また、認知症対応の強化や看取り支援を充実するための研修を実施し、適切な対応ができる人材を育成しています。 ○採用後の資格取得支援では、専門学校の講師を招いて講座を開催し、職員の受験対策の手助けをしています。人材確保の一環として、外国人技能実習生の受入れ環境を整え、受け入れ準備を行っています。 ○介護ロボット（眠りスキャン）の導入により、ユニットのステーションで、利用者の状況が常時把握でき、事故の未然防止になっています。また、利用者の持ち物確認をタブレットで行うことで、管理が容易にできるようになり、間違いや忘れ物がなくなりました。事務的には新しい介護ソフトを導入し、ICT化を進めることで記録作業の時間が短縮できています。老健・居宅・特養間でも情報共有ができ、業務の効率化を進めることで職員の負担軽減に繋がっています。職員は時間に余裕を持ってサービスに従事しています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	1. 中・長期事業計画が策定されていません 単年度の事業計画を策定し、介護サービスの質の向上に向けた課題の達成に取り組んでいますが、中・長期計画が策定されていませんでした。法人の理念・基本方針を基にして、達成目標とした業務上の課題、施設の課題（ハードとソフト面）等の解決のための中・長期計画の策定が必要です。 2. ストレスチェックの相談体制と職員面談が不十分です 職員のストレス管理は健康管理のうえで重要であり、現在、法人内に産業医が常駐されていますが、相談窓口が明確ではなく、職員と上司との定期的な

	面談の仕組みも、ありませんでした。 3. 業務マニュアルの見直しと確認が不十分でした 各専門委員会が中心になって業務マニュアルを作成し随時更新されていますが、事業所として統一した見直し基準がなく、定期的な見直しができていませんでした。また、サービス提供がマニュアルに基づいて実施されているかの確認ができていませんでした。
具体的なアドバイス	1. 中・長期事業計画の策定について 事業評価の中では、単年度の事業計画の策定に加え、理念・目標の実現に向けた中・長期計画の策定が求められています。組織体制や運営の現状分析を行う中で、単年度では達成できない中長期的課題等も多々あると思われます。こうした認識の上で、事業所として目標設定され、職員全員が意識して目標達成に取り組むために、中・長期計画を策定されることを期待します。 2. ストレスチェックの相談体制と職員面談について 職員のストレス解消やメンタルヘルス維持への取組みは必要であり、気軽に相談できる仕組み作りが求められています。常駐されている産業医への相談窓口づくりや職員との定期的な面談の仕組み作りを期待します。 3. 業務マニュアルの見直しと確認について 業務マニュアルの見直しは最低でも1年に1回とされており、施設として見直し基準を定められてはどうか。また、サービス実施内容の見直しの仕組み作りについても検討が必要と思います。マニュアル管理委員会などの設置も一つの方法かと考えます。
所感	ユニットごとにある6畳ほどの和室は、廊下側の窓に障子の引き戸がつけられている畳の部屋ですが、現在は介護用品や備品等の保管場所や談話室のテレビの置き場になっているのが残念です。回廊式になっているユニットは見通しがよく室内にも拘わらず解放感が感じられる造りとなっています。その利点を活かし、畳部屋の活用を検討されてはどうか。利用者、職員等からのアイデアで和（なごみ）の空間としてのより良い活用を期待します。

※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	2 6 7 0 9 0 0 7 9 0
事業所名	特別養護老人ホームあじさい苑
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 5 年 1 月 2 4 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. 理念と運営方針を事務所に掲示し、毎日確認しています。各階の介護ステーションには実践すべき標語（５Ｓの業務・５Ｓの接遇）が掲示され、職員に周知されています。現場の介護職員、看護職のリーダーが参加する毎月の運営会議の中でも、理念に沿った適切な業務遂行について話し合われています。利用者家族等には、毎月の郵便やメール、受診時の付き添いの機会を捉えて施設の取組み等を伝えています。 2. 組織・分掌業務規程や職務権限規程等で、案件別の意思決定方法や職務に応じた権限が定められています。理事長、施設長等、各部署のリーダーが参加する運営会議やユニットリーダー会議等が定期的に開催されています。各種会議や委員会に職員が参加し、意見を述べています。			
(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)		3. 施設長・事務長が中心になって単年度事業計画の素案を作成し、運営会議にかけて、法人の意見を聴いたうえで決定しています。介護サービスや運営状況に関する課題や問題点は、各階層ごとの会議の中で取り上げられ、次年度計画に反映させています。中・長期計画の策定が望まれます。 4. 定期的に開催される各部門ごとの会議で食事や口腔ケアなどの課題を拾い上げ、取り組んでいます。毎月の運営会議では、進捗状況を確認して問題点を検討し対応策を講じています。			

(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	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。	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)		5. 施設長・事務長は、京都府集団指導や府老協主催の法令研修に参加し、その内容は会議等で職員全員に周知しています。介護報酬の解釈集や法人規程集は、各フロアに配備され、職員は何時でも見ることができます。関連法令等についての情報は、法人キャリアサポート室が中心になって収集していますが、リスト化までには至っていませんでした。法令上の問題が発生した場合は、ユニットリーダー、ケアマネジャーを通して事務長等が対応する仕組みができています。 6. 施設長等の役割と権限等は職務権限規程に定められていて、職員に周知されています。施設長等は、運営方針の決定について、連絡会議の中で意見を述べています。職員の意見は、ユニット会議等のなかで聞くとともに、全ユニットを巡回する中で職員に直接声を掛けて聞いています。上司の評価等も含め職員の意見を聞くために、ネットのアプリを以前に利用していたことがあり、現在再活用を検討しています。 7. 施設長・事務長は常に携帯電話を所持し、夜間、休日にも連絡が取れる体制になっています。日々の業務状況は業務日誌でも管理しています。事故等の緊急事態が発生した場合は、緊急連絡網に基づき対応しています。		

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

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)		8. 職員採用は法人本部が行っており、常勤・非常勤の比率や有資格者の配置等の内容は毎月確認しています。人材確保の面では、外国人技能実習生の受入れも予定しています。採用後の資格取得支援などキャリアアップの制度があり、専門学校の教師を資格取得試験講座の講師として依頼しています。 9. 年間研修計画を策定し、新入職員研修、専門研修等を実施しています。同じ内容の研修を4回開催し、ネットでも配信して全職員が受講できるようにしています。法人研修とは別に、施設独自で看取り研修等も実施し、職員の学び合いの場を提供しています。 10. 実習生受入れマニュアルがあり、定期的に地域の高校・専門学校・病院から外国人研修生も含め実習生を受け入れています。実習指導者の研修は、外部の研修機関に参加して行っています。		

(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、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	B
(評価機関コメント)		11. 職員全員の有給休暇や時間外労働のデータを勤怠管理ソフトで管理しており、有給休暇取得の現状を職員に知らせています。就業状況等については、事務長が各部署のリーダーとのミーティングで分析・検討を行っていますが、今後面談も実施していく予定です。育児休業・介護休業についての規程があり、育休取得者もあります。業務の負担を軽減するために、介護ロボット（眠りSCAN）の導入や業務のICT化を推進しています。また、タブレットでバイタルチェックの記録や利用者の持ち物写真を撮影し管理しています。 12. 職員のストレス等の相談先として、キャリアサポート室が窓口になっています。また、法人内の産業医も対応していますが、相談窓口が職員に周知はされていませんでした。福利厚生制度として法人の親睦会があり、入会することで採用2か月目から有給休暇が付与される制度があります。男女別の休憩室は事務所から隔離され、リラックスできる環境になっています。ハラスメント防止規程は、就業規則から独立して定められています。宿直室等は、ベッド等が整備されリラックスできる環境です。		

(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)		13. ホームページ・Instagramに加えて広報紙を年2回発行し、受付に配架するとともに、リモート面会時等に家族に配布しています。また、住民等の施設見学会や利用契約時にも配布しています。地域と利用者等の関係では、区社協や学区社協の行事等に参加するなど地域との関りを大切にしています。 14. 地域の行事に実行委員として参加し、理学療法士等の専門職が講演会や勉強会を実施しています。施設内のサロンを地域の介護予防活動に提供しています。隣接の小学校で健康事業を地域包括支援センターと共同で開催し、地域情報の収集と事業所の情報発信を行っています。		

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)		15. ホームページ・SNSのブログなどで、サービス内容や事業所情報を発信しています。パンフレットは近隣の事業所にも配布しています。見学希望者には、随時、生活相談員が対応しています。入所前面談などでも見学の時間を設けて、施設の雰囲気が伝わるように心掛けています。			
(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)		16. 入所前面談で、施設生活に掛かる費用や利用者の権利擁護について説明を行い、入所契約時に重要事項説明書の内容を、本人・家族（契約代行者）に対して説明しています。標準的なサービス内容や保険外料金の説明も行い同意を得ています。個別のサービス内容に関しては、介護支援専門員が具体例を交えて説明し同意を得ています。			
(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	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. 所定のアセスメント様式により、利用者の生活状況の把握と課題抽出を行っており、職員間で情報入力漏れのないように専門職（看護師・理学療法士等）とも連携し確認しています。入所時・入所一ヶ月後・半年毎の他、長期入院後や介護保険認定見直しのタイミングでアセスメントを行っています。 18. 介護支援専門員が担当フロアを毎日巡回し、利用者の状態観察や聴き取りを行い、個別援助計画を策定しています。個別援助計画やサービス提供内容を決定する際には、本人や家族の同意を得ています。サービス担当者会議には本人・家族が参加しています。 19. 個別援助計画の策定にあたっては、家族、本人、専門職（介護職員、医師、看護師、栄養士、理学療法士）と意見交換を行い、理学療法士が作成した個別機能訓練計画書も参考にしています。また、理学療法士と連携して、利用者のポジショニング写真の居室掲示や福祉用具選定を行っています。 20. 施設サービス計画書のサービス内容の見直し期間としては、入所一ヶ月後・半年毎・区分見直し後、長期入院の退院後と、期間を区切っており、三ヶ月毎にもモニタリングを実施するなど、サービス内容見直しのタイミングを定めています。担当介護支援専門員が毎日巡回し、個別援助計画等の見直しが必要な場合には、適宜、カンファレンスを行い見直しを実施しています。施設サービス計画書の短期目標更新時にも、サービス担当者会議を開催しています。			
(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. 退院前のカンファレンスには生活相談員が参加しています。看護サマリーや利用者の服薬情報等の医療情報を収集し状態を把握することで、利用者がサービスを利用する際に安心・安全にサービス提供ができるように努めています。また、外部サービスの訪問歯科・訪問マッサージとも連携し、本人の要望や病状の変化の情報共有を行っています。			

(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	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	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)		22. 業務マニュアルは事務所及び各階に配備されていますが、見直しは各委員会が随時行い事業所として統一した時期ではありませんでした。月に一度のリーダー会議の中で、業務の振り返り等を行っていますが、マニュアル通りに業務遂行できているかを確認する仕組みは、特段ありませんでした。満足度調査は数年行っておりませんでした。が、今年度実施しました。 23. 個別援助計画に基づくサービス内容が、介護ソフトや記録用紙（理学療法士専用）に適切に記載され、サービス提供による利用者の変化の状態も具体的に記録されています。利用者ファイルはユニットごとに保管され、保管庫は施錠されています。記録の取り扱いに関する規程があり、保管・廃棄についてミーティングや職員会議で周知されています。個人情報保護・情報開示についても規程があり、法人内研修も開催しています。 24. 介護ソフトでの申し送り・事務連絡を行い、また介護現場での申し送りノート・意見ノート・各委員会ノートに利用者の状況等を記録しています。引き継ぎや重要な申し送りに関しては、分かり易いように文字を色分けし、詳細なサービス内容はユニットごとに伝達しています。介護支援専門員は、直接介護職員から聴き取りも行っています。コロナ禍であり、定期的なケアカンファレンスは実施できていませんが、書面・データ上で職員が確認しており、結果等も閲覧できるようにしています。書面・データで不足している情報については、他職種間では口頭で補い、定期的にはユニット会議を開催して情報の整理・共有を行っています。 25. コロナ禍において家族との面接の機会は作り難いですが、毎月の利用料の支払いに来所される時を利用して、介護支援専門員等が利用者の状況を説明しています。連絡が取り難い家族には、電話に代えてメールを使っています。また、利用者の状況に応じて手紙で詳細を知らせています。		

(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、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)		26. 感染症対応マニュアルを各部署に配備しています。研修については、法人のキャリアサポート委員会が毎年実施し、加えて、事業所の感染症対策委員会も独自の内容を実施することで、感染症に関する知識の向上と意識の統一に努めています。感染症である利用者に対しては、必要な対策を講じたうえで居室対応するなどして受け入れています。 27. 介護材料・備品等は、施設内の倉庫に保管しています。居室を除く施設内の清掃は、業者に委託し毎日行っています。汚物処理専用エレベーターがあり、汚物処理室にはオゾン発生器を設置して、臭気対策と衛生管理を徹底しています。環境整備委員会・衛生委員会を毎月開催し施設環境の整備に努めています。		

(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)		28. 事故防止マニュアル・緊急時対応マニュアルがあり、事務所と各階に配備しています。事故防止研修はキャリアサポート室が実施し、YouTube動画でも受講できます。毎月の事故防止対策委員会で事故の分析検証を行い、再発防止に取り組んでいます。事故発生時、緊急時の対応については、介護主任・ユニットリーダーが中心となって職員に指導しています。 29. 事故発生時には、家族や関係者に説明し事故報告書を作成しています。経過報告が必要な場合は、介護支援専門員からも家族等に説明しています。事故防止委員会で報告書を基に、発生状況等のグラフ化や事故の内容を精査し、必要によっては事故防止対策マニュアル等の見直しを行っています。前年度より事故件数は減っています。 30. 災害対策マニュアルがあり、毎年の研修で職員に周知されています。火災を想定した避難訓練を年2回消防署と行い、アドバイスを受けています。地域住民との防災協定を結んでおり、福祉避難所の登録施設にもなっていますが、自治会の規模が大きいため、地域との共同の訓練までには至っていません。BCP計画は、現在作成中です。		

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	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)		31. 利用者の意思を尊重することが、理念及び「サービス向上宣言」で明確にされています。身体拘束禁止と高齢者虐待についてのマニュアルがあり、毎年法人内研修を行い、職員の意識の向上に努めています。ユニットごとの毎日の会議のなかで、高齢者虐待防止や利用者の人権・自尊心に配慮した業務について、意見交換を行っています。 32. プライバシー保護・個人情報保護の研修を毎年実施し、職員に周知しています。居室の入口に暖簾を設置し、排泄・入浴時の他人の目からの遮断を徹底しています。利用者の希望により同性介助にも応じています。個人情報保護の例外ケースについては、入居時に同意を得ていますが、情報開示が必要な時は再度確認しています。 33. 利用者の決定については、入所選考規程に基づき、公平・公正に行っており、全ての利用申し込みを原則受け入れています。病気の程度やリハビリ希望等で意向に添えなかった申し込み者には、理由を説明し、要望に見合った施設等を紹介しています。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		34. 3人の介護支援専門員が、毎日担当フロアを巡回して、利用者の要望等を聞いています。また、利用料を窓口払いにすることで、毎月、家族等からの意見・要望等を聞く機会として、利用者・家族が相談や意見を言いやすい環境づくりをしています。利用者等からの意見・要望は、意見ノート・カルテに記録し、各職種の職員が情報を共有しています。必要な事項は施設サービス計画書にも記載しています。家族の意向はモニタリング時に確認していますが、懇談会開催が今後の検討課題になっています。 35. 利用者の意見・要望は、ケース記録やモニタリング時に記録し、事実確認後、家族等へ対応しています。苦情は、事務長・介護主任等が対応し、対応内容も含め、報告書を回覧しています。対応状況は、個人情報に配慮し施設内に掲示しています。 36. 第三者相談窓口・連絡先等を重要事項説明書に記載するとともに、事業所内にも掲示し、利用者・家族に周知しています。寄せられた苦情等には、事務長が中心になって関係職員と協議し、対応結果を記録しています。オンブズマン等外部の人材の受け入れは行っていません。		

(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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 利用者に対する満足度調査を3年間実施していませんでしたが、今年1月に、全利用者を対象に実施しました。今年度の調査結果の分析検討を行い、今後も継続して実施する予定です。 38. 毎月の運営連絡会議には各職種のリーダーが参加し、サービスの質の向上に関する課題についても検討を行っています。検討内容は各職種のリーダーを通じて、全職員に情報共有されています。法人内の他の事業所との合同会議で各事業所の取組み等の情報収集を行い、比較検討を行っています。 39. 業務遂行の適正化、サービスの質の向上に向けて、毎年、自主点検を行っていますが、自己評価まではできていません。今後、事業所としてサービスの質の向上にむけて自己評価を実施していく予定です。第三者評価は3年に1回受診しています。		