

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5 年 4 月 23 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 12 月 7 日付けで支援機構に第三者評価の実施をお申込みいただいた（小栗栖の家ほっこり）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>	<ul style="list-style-type: none"> ● 人材の確保・育成（通番 8・通番 9） <p>2022 年度事業計画に人材育成をあげ、運営の改善化・研修方法の多様化に対応できる仕組みを構築しています。職員採用は本部人事課が採用方針に基づき有資格者・経験者を優先採用しています。法人および事業所として職員の採用から入職後の育成までを明確な方針に基づいて行っています。研修委員会（法人グループの各事業所の代表者で構成）および研修室（訓練室）を設置し、法人理念を明記した研修要綱（法人研修プログラム・各種の研修細目）と各エリア及び事業所の研修プログラムを作成し、職員研修を計画的に実施しています。職員の採用後の資格取得支援を行っています。資格支援研修（介護福祉士・社会福祉士・ケアマネジャー）及び資格取得に要する研修受講支援（認知症実践者研修・ユニットリーダー研修）の取り組みでは受験日を特別休暇とし、合格者に奨励金を付与しています。研修要綱に段階別・階層別・テーマ別研修（法定研修を含む）等とその細目を明示し、研修スタイルに直面・オンライン（ライブ動画・オンデマンド等）を採用しています。「職員心得」に事業所の運営方針「普通の生活を普通に送れるためのお手伝い」を明示し、新任職員にオリエンテーションで周知しています。また、OJT マニュアルに基づいて、新任着任研修（5 日間）を実施しています。担当者育成研修を修了した OJT 担当者（先輩職員二人）が、新人一人一人に対して介護現場で教育・育成に取り組んでいます。</p> ● 個別状況に応じた計画策定（通番 17、19） <p>法人 PC 内の利用者情報ツール「ほのぼの」を用い、職員間でアセスメントや記録等を共有しています。アセスメントは法人共通の介護ソフト「包括的自立支援プログラム」ケアチェック表を活用しています。心身の状態が安定している場合を除き、見直しは概ね 3 か月を目途に実施しています。アセスメントで食事および水分の摂取状況、排泄・入浴・洗面・口腔清潔・基本動作・医療情報・心理・社会面等の課題分析により、利用者が望む暮らしに必</p>
-----------------------------	---

要な支援を見極め、施設サービス計画書を作成しています。モニタリングを短期目標(3~6か月)に合わせて実施し、目標の達成状況を確認しています。モニタリング及び再アセスメントには各専門家へ意見照会を行っています。毎週、法人の診療所医師による訪問診療で看護師が入居者の心身の様子を伝え、適切な指示を得る他に電話等でも相談できる体制となっています。サービス担当者会議に看護師および介護職・介護支援専門員・管理栄養士等が出席し、各専門職合議の上で個別援助計画を作成しています。法人グループの訪問看護ステーション所属の理学療法士が来訪しポジショニングの指導を行い、職員全員が指導内容を動画でいつでも学習出来るようにしています。

● 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善 (通番 35)

自己点検(自己評価)チェックシートを活用し事業所の自己評価を行い、結果を「職員心得」に取りまとめ、利用者の意向に添ったサービスの提供に努めています。また、「利用者満足度調査」の結果を分析・評価し開示しています。食事に関するアンケート結果や利用者の声を管理栄養士の配置や調理等の改善に活かしています。全ての職員に対して「職員アンケート」を実施し、抽出された課題を「職員心得」に纏め、職員全員に配布し周知しています。職員は「マナー&接遇チェックリスト/85項目」で自己点検を行い、結果を「職員マナー&接遇チェックリスト集計まとめ/○△×で評価」で確認しています。職員は利用者の意向と自らの言動をチェックすることで、サービスの改善に役立てています。

● 質の向上に係る取り組み (通番 37、通番 39)

毎年、「利用者満足度調査」を実施し、ケア向上委員会で分析・評価し、結果をグラフ化し公表しています。各部署で検討課題に上げ、また、運営推進委員会に報告し、職員および地域の意見や要望をサービスの改善に役立てています。食事委員会では利用者一人一人から直接聴き取り、食材・食事形態・味付け等の改善に取り組んでいます。また、「内部監査スケジュール」に基づいて、自己評価と内部監査(職員相互/ほっこりパトロール)を実施しています。内部監査では、ヒアリング職員3名が事業所を訪問(パトロール)し、訪問先の事業所のセンター長及び管理者が監査項目40一つ一つに対して報告書(ヒアリング・書類・内容・総評)を作成しています。報告書を上位役職者と監事それぞれが確認後、現場にフィードバックしています。「内部監査スケジュール」に該当しない事業所は、各事業所で自己評価を実施し、グループ長に提出しています。第三者評価を3年毎に受診し、評価結果を次年度の事業運営に反映させています。

特に改善が望まれる点 とその理由（※）	
具体的なアドバイス	

※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	2690900085
事業所名	小栗栖の家 ほっこり
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	小規模多機能型居宅介護
訪問調査実施日	令和5年3月20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。	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「尊厳・信頼・共同・先駆」を掲げ、事業所の運営方針に「普通の生活を普通に送れるためのお手伝い」を上げ、ホームページ及び法人パンフレット・広報誌「京老かわらばん」・事業所の広報誌「ほっこり通信」等に掲載している。理念を玄関・事務所・各部署に掲示し、会議議事録・新人研修の資料・他職員配布の資料等に掲載している。年度始めの運営会議で法人の事業計画に基づく部署毎の年度目標を設定し、定期的に達成状況を理念および運営方針に照らし合わせ確認している。 2. 組織図（法人・事業所）・職務権限（表）・職責フレーム・会議/委員会分担表等で組織および役職者の権限と責任を明示している。会議や委員会で議論を交わし適切なプロセスで意思決定を行っている。規定および議事録を整備し、各PC内の法人共有フォルダで閲覧・確認できる。			
(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。	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. 年度始めに法人の事業計画に基づいて、事業所の事業計画および各部署の年度目標を設定している。毎月、ケア向上委員会を開催し、サービスの向上に向けた検討会議を行っている。利用者満足度アンケートや職員アンケートの結果を反映させ、職員や利用者の意向を検討課題に取り入れている。また、ユニットフロア会議や運営会議で改善に取り組んでいる。手作り昼食の提供や家族等に利用者の生活の様子を写真で知らせる等の実践報告があった。職員の意見をスローガンに掲げている。 4. 事業計画および各部署の年度目標をもとに、業務レベルの課題をユニットフロア会議や運営委員会で検討している。感染症の対応や課題等は組織全体の課題として、管理者間だけでなく専門職種に参加のもとで検討し、最新情報に基いた感染症マニュアルを作成している。			

(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. 就労規程に職員倫理規定を定め、法令遵守マニュアル（末尾にセルフチェック項目付記）を策定している。法人の法令遵守責任者のリードで法令遵守の年度計画（実施スケジュール）を策定している。自主点検表を活用し、介護保険法に基づく事業の点検・評価を複数の職員で実施している。また、法人職員が輪番で各施設の内部監査（ほっこりパトロール）を行っている。職員一人一人がより働きやすい職場とするため、常に高い意識を持って法令遵守に努めることを目標としている。職員研修に盛り込み、年2回実施の個別面談（ヒアリングシート活用）で確認している。</p> <p>6. 理事長が法人広報誌「京老かわらばん2月号」冒頭でコロナ禍での職員の現場実践に感謝の意を伝え、また、エッセンシャルワーカーとしてこれからも誇りを持って・・・とメッセージを送っている。職員ヒアリングシート・パーソナルデザインシート（PC内）等で職員の意向を把握し、また、自らのキャリアデザインを描く仕組みを構築している。</p> <p>7. 各種の会議や委員会にセンター長や各部署の管理者が出席している。また、各種の報告書やPC内介護ソフトのケース記録・日誌・報告書・情報共有ツール（ビジネスチャット）で事業の実施状況を随時把握している。緊急時対応マニュアルおよび連絡体制フローチャートを策定している。</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。	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. 2022年度事業計画に人材育成をあげ、運営の改善化・研修方法の多様化に対応で			
(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)	11. 少子高齢化社会や女性の働き方改革等のニーズを取り入れ、育孫休暇や男性職員の育児休暇を設けている（くるみん申請中）。規定の公休の他、特別休暇（リフレッシュ休暇・誕生日休暇・職員健診職免）を設けている。介護機器（浴室リフト・スライディングボード・ICT等）を導入し、職員の介護負担の軽減に努めている。 12. 事業所外で職員面談を行う仕組みがある。法人の「健康相談室」でメンタルヘルスケアを行っている。「明るい職場だより」「共済会/基金だより/ライフサポートクラブ」で職員のメンタルヘルスの相談支援をしている。ハラスメント対策としては、「明るい職場推進室」医務室の医師が職員個々のストレスチェックの結果を「健康相談室」に連絡し、職員は相談する仕組みとなっている。職員の休憩室を複数か所確保し、テレビ・レンジ・冷蔵庫・書籍等を揃えている。			

(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。	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. 学区自主防災会や学区社会福祉協議会に参加している。すこやか学級等の地域活動に利用者・家族等が参加できるように送迎サービスで支援している。地域のパンフレットやチラシ等を置き、また、利用者満足度調査の結果等を玄関に掲示している。隔月開催の「運営推進会議」で地域の運営推進委員と事業所の運営に関する情報等を共有している。ホームページ・パンフレット・広報誌（「さくらだより」・「京老かわらばん通信」・「ほっこり通信」）等で事業所の運営理念を開示し広報するとともに地域との関わりを大切にしている。</p> <p>14. コロナ禍で現在休止している認知症サポーター養成講座やオレンジカフェ等を地域包括支援センターと協働で再開する計画である。隣接のサービス高齢者住宅の利用者の相談に対応している。</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
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. 事業所にパンフレット・広報誌等を常備し、法人のホームページに事業所の情報やパンフレットなどを掲載している。法人発行の機関紙「さくらだより」やSNSで法人全体の事業所情報等を発信している。見学希望者には、感染症の状況を見ながら随時対応し、パンフレットや広報誌等で情報を提供している。相談員4名がビジネスチャットでエリアグループの情報を共有している。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. 契約書(別紙)及び重要事項説明書・ホームページに、利用料金及び介護保険以外の料金を明示している。契約時に説明し、本人・家族等の同意を得ている。成年後見制度の冊子で利用案内している。地域包括支援センターや関係者と協議の上、成年後見制度の利用を支援している。			
(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. 法人PCの利用者情報ツール「ほのぼの」で職員間でアセスメントや記録等を共有している。アセスメントは、法人共通の介護ソフト「包括的自立支援プログラム」ケアチェック表を活用している。心身の状態が安定している場合は、概ね6か月を目途に見直しを実施している。アセスメントで食事および水分の摂取状況、排泄、入浴、洗面、口腔清潔、基本動作、医療情報、心理・社会面等の課題分析により、利用者が望む暮らしに必要な支援を見極め、施設サービス計画書を作成している。 18. 施設サービス計画書は本人および家族等の意向を尊重し、また、自立支援を踏まえた内容となっている。家族に説明し同意を得ている。コロナ禍以前はサービス担当者会議に家族等も必ず参加していたが、現在は電話や来訪時に直接意向を確認している。 19. 毎週、法人の診療所医師が行う訪問診療で看護師が入居者の心身の様子を伝え、適切な指示を得る他、随時、電話等でも相談できる体制となっている。また、他の主治医には、認定の更新前や区分変更時に文書で必要事項を照会している。サービス担当者会議に看護師および介護職・介護支援専門員・管理栄養士等が出席し、各専門職合議の上で個別援助計画を作成している。グループの訪問看護ステーションの理学療法士が来訪しポジショニングの指導を行い、職員全員が指導内容を動画でいつでも学習出来るようにしている。 20. 短期目標(3~6か月)に合わせてモニタリングを実施し、目標の達成状況を確認している。モニタリングおよび、再アセスメントを行い状態変化に応じて、施設サービス計画を変更している。計画更新時には各専門家へ意見照会している。モニタリングは3か月ごとに実施している。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		21. 毎週、法人の医師による訪問診療で情報交換を行っている。小規模多機能居宅介護事業所では各利用者の主治医と書面や電話で行っている。利用者に関わりのある他の団体・機関のリストを事務所に常置している。地域包括支援センターと運営推進会議や地域の行事、地域包括運営会議等で連携し、情報共有に努めている。利用者の入退院時の医療情報は、カンファレンスに出席するとともに看護サマリー等で把握している。また事業所の担当医師と入院先の医師とがWeb会議で情報交換している。新型コロナウイルスのクラスターが発生した時は、市の介護ケア推進課および保健所・コロナ感染症サポートチーム等と連携し対応している。		

(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。	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. 各種業務マニュアル・看護師業務マニュアル・介護職員の役割について、各種職員の業務フロー等を整備している。毎年、マニュアル全ての見直しをケア向上委員会を中心に職員間で検討の上で実施している。「運転する時の心得11項目」に追記する等、利用者満足度調査の結果や事故報告書をマニュアルや手順書の更新に活かしている。職員一人ひとりに実施した「マナー&接遇チェックリスト」の集計結果をもとに「職員心得」を作成している。</p> <p>23. 日々の利用者支援の実際および支援計画・施設サービス計画・モニタリング情報・請求事務等は介護ソフト「ほのぼの」に入力し、ID・パスワードで管理している。利用者（個人情報等）の帳票類は鍵付きの書庫で施錠管理している。文書管理規定に記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程を定め、電子媒体に関しては個人情報保護規程に定めている。個人情報保護に関する職員研修を毎年、入職時とオンライン研修で実施している。職員一人一人の研修履歴を整備している。</p> <p>24. 職員は利用者の情報などをパソコン内および毎月開催の特養会議・ケース会議等で共有している。緊急性の高い課題は随時会議を開催し検討している。朝昼夕3回の引き継ぎの内、夕は看護師も交えて実施している。申し送りノートおよび、ホワイトボード（予定表）等で連絡漏れのないようにしてしている。職員ほぼ全員がケア向上や事故ヒヤリハット等の委員会や会議に参加し、フロア職員会議で伝達し、法人内連絡ツール（ビジネスチャット）でも情報共有している。</p> <p>25. 家族とは電話やメールで連絡を取り合い、面会時にも意向を聞き取っている。タブレットを使用したリモート面会や、新型コロナの状況を見て、多目的室での直接の面会もおこなっている。必要な物を持参されたときに普段の状況を家族に伝えている。毎月担当職員が手紙に写真を添えて家族に郵送している。</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. 感染症マニュアルを整備している。クラスター発生時の行政や感染症サポートチームのアドバイスをもとにマニュアルを追加・更新している。看護師の指導のもとで、事業所内の換気・清掃・消毒を毎日、定時に励行している。また、除菌機器を複数箇所に設置している。法人の危機管理室発行の「感染症拡大フェーズ1～6」に基づいた行動基準に沿って感染対策を講じている。コロナ対策プロジェクトチームを立ち上げ、コロナ対策eラーニング研修等を実施している。</p> <p>27. 事業所内の整理整頓が行き届いている。チェックシートを作成し、食材管理・掃除管理を行っている。清掃に就労支援の職員が週3日間わり、清掃チェック表を提出している。全館内清掃は週5日、専任の担当職員が行っている。空気清浄器を各ユニットに2台と一部利用者の居室に配置し、除菌機器は館内随所に設置している。事業所内に臭気は感じられなかった。</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. 月例のヒヤリハット・事故防止委員会は、職員自ら考え発言する場となっている。職員研修にリスクマネジメント研修を定期的に取り入れている。事故防止対策としてユニークな取組みで職員に注意喚起を促している。「まずどっちに時間をかける?」と服薬確認と事故対応を天秤にかけたイラスト入りのポスターを玄関に貼示している。毎月、一番事故の多かった事例のポスター作成に新人や若手の職員等のアイデアを取り入れている。職員は地域の救急救命講習に参加している。緊急時の指揮命令系統を緊急連絡先一覧に明記している。</p> <p>29. 月例のヒヤリハット・事故防止対策委員会で事故およびヒヤリハット報告書に上がった事例を検討・分析し、重大事故は行政や運営推進会議に報告し、法人の「ゼロプロジェクト」で検討し、組織全体で再発防止に取り組んでいる。ヒヤリハットからの気づきをさらに促す目的でパソコンが苦手な職員向けの簡易な書式を併用している。</p> <p>30. 法人で自然災害発生時の事業継続マニュアル（計画）を策定し、次年度に各事業所レベルの計画作成と災害時実施訓練を行う計画である。火災訓練を毎年2回（昼間と夜間）実施し、夜間訓練と地震想定訓練は消防署の立ち合いで行っている。今回、昼間想定は机上訓練で実施している。事業所は福祉避難所指定施設である。3日分の水・アルファ米・豚汁等のレトルト食品、ガウン・マスク・手袋、紙パンツ等の衛生用品と懐中電灯・発電機などを備蓄している。地域の救急救命講習を実施している。AED設置事業所として地域の地図に掲載し、地域の人でも利用できるよう広報している。</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
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. ケア向上委員会（毎月）・虐待防止委員会（年4回）・身体拘束廃止委員会（年4回）を開催している。また、法人および醍醐エリア主催で年2回、権利擁護、身体拘束、虐待等に関する職員研修を実施している。全職員に「ケアマニュアル」配布し、常に業務に携わるようにしている。緊急時マニュアルを作成している。</p> <p>32. 「介護サービス提供マニュアル」を職員に周知し、ケア向上委員会でプライバシー保護に関するアンケート（マナー&接遇自己点検チェック）を実施している。不適切なケアについて、現場（入浴・オムツ交換・トイレ等）および職員ミーティングや各種の検討委員会で話し合っている。</p> <p>33. 入所判定委員会を定期的に開催し、相談員等が申し込み者に連絡している。待機期間等でサービスが滞ることがないように、他の事業所（訪問看護ステーション等）と連絡調整を図っている。</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。	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. ケア向上委員会を設置している。毎年「利用者満足度調査アンケート」を実施し、集計結果を分析評価の上、グラフ化して公表している。事業所内の各部署で検討する他、運営推進会議に報告している。食事委員会では利用者の要望を直接聴き取り、迅速に対応している。</p> <p>35. 自己点検（自己評価）チェックシートを活用して、事業所の自己評価を行い、結果を「職員心得」に取りまとめ、利用者の意向に添ったサービスの提供に努めている。「利用者満足度調査」の結果を分析・評価し開示している。食事に関するアンケート結果や利用者の声を管理栄養士の配置や調理等の改善に活かしている。全ての職員に対して「職員アンケート」を実施し、抽出した課題を「職員心得」に纏め、職員全員に配布し周知している。職員は「マナー&接遇チェックリスト/85項目／○△×で数値化」で確認している。</p> <p>36. 公的機関等の窓口および第三者委員に相談や苦情を訴える方法を重要事項説明書等に明記している。また、事業所に掲示し、利用者・家族等に周知している。法人本部の法令遵守責任者が年2回、第三者委員に対して、利用者・家族等からのクレームや発生事故等を報告する機会（報告会）を設け、第三者委員から意見を聴取している。</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てている。	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. 毎年、「利用者満足度調査」を実施し、ケア向上委員会で分析・評価し、結果をグラフ化し公表している。各部署で検討課題に上げ、また、運営推進委員会に報告し、職員および地域の意見や要望をサービスの改善に役立てている。食事委員会では利用者一人一人から直接聴き取り、食材・食事形態・味付け等の改善に取り組んでいる。</p> <p>38. 各種の会議・委員会でサービスの質の向上に係る検討会議を行っている。職員は議事録をPC内の共有フォルダで閲覧できる。会議・委員会には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。</p> <p>39. 「内部監査スケジュール」に基づいて、自己評価と内部監査(職員相互/ほっこりパトロール)により実施している。内部監査は、ヒアリング職員3名が事業所を訪問(パトロール)し、訪問先の事業所のセンター長及び管理者が監査項目・チェック項目40一つ一つに対して報告書(ヒアリング・書類・内容・総評)を作成している。報告書を上位役職者と監事それぞれが確認し、最終、現場にフィードバックしている。内部監査スケジュールに該当しない事業所は、各事業所で自己評価を実施し、グループ長に提出している。第三者評価を3年毎に受診し、評価結果を次年度の事業運営に反映させている。</p>		