

アドバイス・レポート

令和 7 年 2 月 22 日

令和 6 年 7 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（小規模特別養護老人ホーム向陽苑21）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 (※)	【概要】 小規模特別養護老人ホーム向陽苑21は、社会福祉法人向陽福祉会が運営する定員29名の地域密着型介護老人福祉施設で、2012年2月に設立されました。建物は3階建てで、3階には定員10名の小規模ケアハウスが併設されています。同じ敷地内には、1995年に開苑した特別養護老人ホーム向陽苑があり、居宅介護支援事業所、デイサービスセンター、ホームヘルプセンター、向日市南地域包括支援センターが併設されています。これらの施設は、市域面積が約8㎢とコンパクトな西日本の中で最も小さい市（全国でも3番目）である京都市向日市（人口55,674人、2025年1月推計）にあります。「関わりを大切に、福祉からまちづくりを担う存在へ」の法人理念の下、向日市の福祉事業を担う事業所の一翼として、地域に密着したサービスを提供されています。 1. 利用者の思いに寄り添ったサービスが提供されています ○利用者一人ひとりの気持ちや心身の状況を把握するために、利用者アンケートの実施や認知能力の評価、意思疎通が苦手な利用者への丁寧な聴き取りを行っています。「食事で寿司が食べたい」という希望を聞き、利用者と一緒に、みんなが食べることができる「お寿司」を考え、それを実現しました。 ○利用者や家族から聴き取ったニーズや過去の生活情報を基に「24時間シート」を作成し、一人ひとりの生活スタイルに合った生活支援やケアを行っています。 2. 地域との関わりを大切にし、地域に欠かせない施設となっています ○法人は、理念「関わりを大切に、福祉からまちづくりを担う存在へ」に沿い、社会貢献事業を一つの目標として事業計画に組み入れ、地域の団体や学校、近隣農家との連携を蜜に取り組んで、地域の福祉の拠点として欠かせない存在となっています。施設職員も、地域行事に参加しています。 ○地域の人が気軽に來ることができる施設づくりの一環として、認知症安心サポート窓口を、毎週、開催しています。相談窓口開催のチラシは、地域の公民館やコミュニティセンター等に配架の協力をお願いしており、来所される地域の方々に丁寧に対応し、情報交換をする中で人間関係づくりに努めています。 3. 働きやすく職員の定着率が高い事業所です ○管理者は、毎月、生活相談員、看護師から介護職員の業務状況の報告を受け、業務の進み具合やサービス内容を確認し、業務量の適正化を行うことで職員が安心して仕事ができる環境を整えています。 ○職員の仕事と生活の調和を図り、職員定着率の向上のために「京都モデル・ワーク・ライフ・バランス」推進企業認証を受けています。希望通りの有給休暇取得やノー残業デーなど、働きやすい職場になっており、職員の定着率が高くなっています。 ○職員との意見交換を常に行い、作業の負担軽減を進めるためICTの活用はもとより、介護ロボットやシフトづくりソフト、ナースコールを兼ねたセンサーマット等、様々なツールの活用に取り組んでいます。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1. 中・長期計画の策定 中・長期の事業目標等は、会議等で話し合われていますが、目標達成に向けた計画が、明確にはされていませんでした。 2. 職員休憩室の分煙 職員休憩室は、職員がリラックスすることができる空間になっていて、業務フロアとは離れた場所にありますが、屋上の喫煙場所に隣接していることもあり、たばこ臭が気になりました。非喫煙者が快適に過ごせるような工夫を検討されてはどうでしょうか。

具体的なアドバイス	1. 中・長期計画の策定 様々な課題に対応して大きな目標を達成するためには、中・長期の計画が必要になってきます。例えば、現在、農福連携でブルーベリーを栽培されていますが、今後さらに検討される農福連携の計画については、単年度で完結するものではないため、法人の事業計画に参画する施設としても、中・長期計画の中で、将来目指す姿を数値目標なども入れ、具体的に描く必要があります。このことによって、毎年の取り組み内容もより詳細に計画されるようになり、進捗状況の確認等もすることができるのではないのでしょうか。 2. 職員休憩室の分煙 喫煙場所の確保とともに、非喫煙者への配慮も必要なことであり、全員が気持ちよくゆっくり休むことができるような工夫が望まれます。仕切りや脱臭装置の設置などが考えられます。
------------------	---

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2693100055
事業所名	小規模特別養護老人ホーム向陽苑21
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入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	地域密着型特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	令和6年12月13日
評価機関名	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. 理念・運営方針は、事業計画に明示にされ、ユニットごとに定められた年間目標にも反映されており、理念に基づいたサービス提供に努めています。理念・運営方針の周知については、職員に対しては、運営会議、ユニット会議で周知するとともに、年度初めに事業計画を配布して説明しています。利用者家族へは、家族懇談会や請求時に同封するユニットの便り等を利用し、理解が深まるよう努めています。 2. 理事会・運営会議等が定期的開催され、会議には施設長が出席しており、組織の意思決定には、各種会議での職員の意見等が反映されています。事業計画には、職種別に役割・権限が記載され、それぞれの責任が明確にされています。			
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。		A	A
	(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画が策定され、毎年の事業課題解決に向けた取組みが記載されています。中・長期の事業目標等については、会議等で話し合われていますが、明確な形での「計画」とはなっていませんでした。毎年の課題や問題点は、ユニット会議やユニットリーダー会議等で検討され、次年度の計画策定に反映されています。利用者・家族には、年度末に新年度の事業計画を送付しています。また、家族代表や民生委員が構成員である運営推進会議でも説明をしています。 4. 事業計画には、各事業部門の課題と目標を掲げ、課題への具体的取組み内容を記載しています。ユニット会議では、正副リーダーが計画内容を説明し、達成状況について見直しを行っています。検討された内容は、改善策も含め運営会議に報告しています。			
(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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

		5. 管理者は、集団指導・施設長研修に出席しています。関係法例はリスト化し、職員がいつでも閲覧できるよう、各ユニットのスタッフルームに設置しています。最新情報は、ネット等で常時情報収集し、ユニット会議で重要事項や遵守事項を職員に周知しています。法例リストに目次や改定日を入れられると、より利用しやすくなると思われます。 6. 文書規程と事業計画の中で、管理者の責任や権限を明確にしています。管理者は、運営会議等に出席して、運営状況を報告するなど、上意下達・下意上達に努めています。管理者、現場責任者（ユニットリーダー）、相談員、看護師が出席する月に1度の業務状況報告の中で、サービス内容や職員の業務遂行能力の確認を行っています。ユニット会議で職員の意見を聞き、運営方針に沿った「仕事を無理なく行える環境作り」に努めています。職員アンケートを毎年行い、管理者を評価する仕組みができています。 7. 管理者は、常に連絡が取れる状況にあり、緊急事態等の状況の把握や判断は、BCP計画に沿って確認しています。事業の実施状況は、PCや報告書で随時把握しています。事故等が発生した場合は、緊急連絡網に基づいて管理者に直ちに連絡し、指示を仰ぐ体制ができています。看護師は、オンコール対応で、ユニットからの連絡で応急処置を行い、家族・救急に連絡する体制になっています。夜間待機者が1F・2Fに1人ずつ配置され、自宅待機も含め夜間のサポート体制もできています。
--	--	--

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						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	B	B
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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. 事業計画の中の重点目標で「人材育成と定着」に関して、「専門職としての意識を持ち自分で考えて行動できる自発性、自主性に優れた人材を育成」と記載されていますが、期待する職員像として、明確に周知まではされていませんでした。きょうと福祉人材育成認証事業所であり、人事等に関する基準に基づき評価を行っています。キャリアパス計画が策定され、周知されています。 9. 法人全体で質の高い人材を確保するための方針を定め、事業計画にも記載しています。採用担当職員を配置し、有資格者、実務経験者だけでなく幅広く採用を行っています。事業所の魅力を知ってもらい有用な人材が採用できるよう、京都ワーク・ライフ・バランス推進企業認証を受け、就職希望者へのPR発信を行っています。 10. 事業所内に組織する委員会ごとに年間研修計画を策定しており、定期的に研修計画の評価と見直しを行っています。外部研修についても職員に情報提供を行い、参加しやすいよう勤務調整をするなどの配慮をしています。キャリアアップ資格取得支援では、初回の資格受験費用やケアマネ更新費用を負担しています。各委員会の中で職員は意見を交換し、互いに学び合う場としています。個別の目標管理をユニットリーダーが行っていましたが、コロナで中断していたため現在再開を検討しています。 11. 実習受け入れマニュアルがあり、窓口が決められています。これまで実習生を受け入れており、それぞれの職種に配慮した実習プログラムが整備されています。現在、実習指導者が退職したため、実習指導者に対する指導者研修の実施方法を検討しているところです。			
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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	A
		(評価機関コメント)	12. 有給休暇の消化率や時間外労働のデータは法人で管理し、職員の就労状況把握に努めるとともに、労働環境に配慮しています。管理者も、随時面談を行い、就業状況や職員の意向を把握し、ユニット会議の中でも相談受けるなど、相談しやすい職場となっています。京都ワーク・ライフ・バランス推進企業認証を受けており、育児休業・介護休業等の取得の促進を図っています。ICTタブレットの活用やナースコールも兼ねたPHSを配備するなど、業務の効率化を行い、職員の負担軽減を図っています。 13. 年1回ストレスチェックを全職員に実施し、必要に応じて産業医に相談できる体制があります。管理者は、業務の中で常に声かけを行うなど、会話の機会を設ける工夫をしています。職員共済会に加入し、職員の福利厚生に役立っています。各種ハラスメント規定があり、職員に周知されています。休憩場所は、物品保管場所と兼ねていますが、リラックスできるように配置されています。パーテーション等での仕切りがあれば、さらに環境が良くなると思われます。			

(3) 地域との交流				
地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	A
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		14. 法人理念に、地域を支える施設づくりを掲げ、事業計画やホームページ等にも、そのことを記載しています。法人内で組織する地域事業チームが中心になって、地域との連携を進めるとともに、情報発信にも努めています。地域の介護ニーズは、連携する地域のネットワークや併設する地域包括支援センターから情報収集しており、施設内に開設する認知症あんしんサポート相談窓口を通じて、地域住民に情報提供を行っています。 15. ボランティア活動を推進することが事業計画に明記され、ボランティア受入れマニュアルがあります。ボランティアと利用者は、施設内で交流したり、地域の活動と一緒に参加するなどしています。コロナ禍後は、まだ受入れを再開していませんが、体制は出来ています。地域の学校の職場体験や大学等の単位取得のための実習等への協力も行っています。 16. 事業計画の中に地域貢献活動の推進を明記し、事業所が持つ専門的知識や情報を地域に提供しています。子ども食堂や認知症カフェ（ホットカフェ）の実施や京都地域福祉創生事業「向日市わかプロジェクト」の取り組みなど、行政や地域包括支援センターと連携した公益的な取り組みも行っています。		

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	17	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)				
		17. ホームページやパンフレットで、事業所情報を提供しています。パンフレットは昨年作り直し、分かりやすい内容になっており、常に見直しもしています。隔月で発行する「おたより」には、月ごとの行事の様子などを掲載し、利用者・家族に送付しています。見学、体験入所については、随時対応しています。				
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	18	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)				
		18. 重要事項説明書には、サービス内容や利用料金、保険外サービス等が分かりやすく記載され、利用者と適切に契約が交わされていることが確認できました。利用開始時や入所後に、判断能力に支障があると判断された利用者へは、成年後見制度や権利擁護の仕組みを説明しています。				

(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	19	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	20	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
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. 決められたアセスメント様式を使用し、主治医や介護支援専門員から利用者情報を得て、アセスメントを作成しています。「利用者の生活感を大切に、生活のリズムに沿ったケア」を基本に、利用者の希望を聞き取っています。アセスメントは半年ごとに実施し、状況に応じて見直しを行っています。 20. 個別援助計画書は、アセスメントに基づき利用者や家族の希望を聞き、自立支援の目標が設定され、同意を得ています。サービス担当者会議を、利用者・家族の参加を担保するために、家族との面会時に開催しています。来苑できず、電話でのやり取りのみの家族に対しては、文書を送付しています。 21. 個別援助計画策定にあたっては、主治医や介護支援専門員からの意見、連携病院の意見を聞いています。また、施設内の各職種の意見に基づいて、計画書を作成しています。 22. 日常の業務の中で、管理者は職員からの聞き取りで、利用者個々の状況の変化を確認しています。特記事項やプラン変更時には、PCの申し送り機能を使い職員間で情報を共有しています。モニタリングは3か月もしくは6か月で行い、必要に応じて、また、入院など、状態が急変した時は、随時、専門家に意見照会を行い、計画の見直しをしています。		

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	B	B
(評価機関コメント)		23. 嘱託医、看護師とは常に連携しており、入退院時には看護サマリーを基に、担当ケアマネジャーと利用者情報を共有しています。関係機関・団体のリストが整備されており、職員間で共有が図られています。地域包括支援センターから提示された地域の共通の課題については、地区自治会、民生委員等との連携のもとに、課題解決に取り組んでいます。 24. 他サービスへの移行時には、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、病院の地域連携室、家族と連絡調整を行っています。しかし、サービスの移行時の手順と手続きが、文書では定められていませんでした。退所後の問い合わせ窓口を家族に説明し、相談対応が途切れないようにしています。		

(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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。	B	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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。	B	A
(評価機関コメント)	25. 各種マニュアル（感染症、接遇、個人情報保護、身体拘束、虐待防止等）が作成されており、利用者の尊厳やプライバシーなどに配慮した内容になっています。また、イラスト入りの説明もあり、わかりやすいものになっています。事故防止や感染症等の各委員会で、年度末に見直しを行っています。 26. サービス提供内容は定められた様式でPCやタブレットに記録され、管理者のもとで適切に管理されています。個人情報の取扱いについては、職員に対し定期的に教育や研修を行っています。個人情報のアクセス権は、職務に応じて制限しています。利用者記録はPC内で管理しており、紙媒体の文書の保管・保存・持ち出し・廃棄については、文書管理規程にもとづき適切に処理されています。利用者、家族には、重要事項説明書で周知しています。 27. 利用者情報はPCで管理し、担当する職員全員が共有しています。申し送り等については、PCの申し送り機能を利用しています。定期的にカンファレンスを開催し、細かい事柄は、連絡ノートを作り、情報共有しています。情報管理に関しては、各職員がIDとパスワードにより、PCの記録の閲覧や入力をするようになっています。 28. 感染予防のため、家族との面会は、現在乙訓地域で制限中であり、休止しています。コロナ禍前は「敬老の日のお祝い会」の後に、家族と職員の懇談会も行っていました。クラスター発生時は、オンラインでの面会を実施していました。利用者の日常の様子は、電話での連絡や写真を送って伝えています。			
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)	29. 感染症対策の指針に基づき各職員の役割分担を定めています。感染症対応マニュアルがあり、感染症対策委員会を3か月に一度開催して、その内容は、職員に周知しています。感染症の発生があった場合には、BCP計画やマニュアルに基づき適切に対応しています。二次感染を防ぐための対策もできています。 30. 事業所内は清潔に保たれ、書類等は整理整頓されています。居室内の清掃は職員が定期的に行っています。年2回、害虫駆除を外部委託しています。事業所内の臭気対策として、空気清浄機をフロアに数台配置しています。			

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		31. 「事故対応マニュアル」「病変発生時対応マニュアル」が整備され、毎年内部研修で職員に周知しています。事故・緊急時における責任者及び指揮命令系統は、事故対策委員会マニュアルに記載しています。 32. 事故発生時には適切に対応し、利用者、家族や関係者に説明するとともに、重大事故については保険者に報告しています。事故報告書が作成され、対応経過が記載されています。毎月開催される「介護事故対策委員会」で事故報告書やヒヤリハット事例をもとに改善策を検討し、定期的な評価・見直しに活用しています。見直した内容は、年2回開催する職員全体研修で周知しています。 33. 災害発生時の対応マニュアルが作成されており、責任者や指揮命令系統が明確にされています。マニュアルは職員に周知され、年2回、訓練を実施しています。地域との連携を意識したマニュアルとなっており、地域の住民が参加する訓練を実施しています。自然災害への対応マニュアルも新たに作成されており、備蓄リストの整備や地元消防署や自治会等との連携もできています。 34. BCP計画を策定し、事業を維持継続するための体制ができています。BCPは二次災害にも対応できるものとなっており、感染症のまん延期でもサービスが継続できる内容となっています。BCP計画に基づいて、訓練を実施しています。		

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
Ⅳ利用者保護の観点						
	(1) 利用者保護					
	人権等の尊重	35	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	
	利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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。	B	A	
	利用者の決定方法	38	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)	35. 利用者本位のサービス提供を行うことを事業所の運営方針で明確にし、事業計画や業務マニュアルにも反映しています。利用者の認知能力の評価を適切に行い、利用者の自己決定を支援しています。利用者アンケートや日常業務の中で、利用者の思いを聴き取ることを心がけています。利用者の尊重や基本的人権についての研修テキストは、担当委員会が作成し、利用者の人権に関する研修を毎年実施しています。 36. 身体拘束廃止、虐待防止に関する指針、マニュアルが整備され、毎年研修を行っています。身体拘束と虐待防止に関する委員会がそれぞれあり、3か月ごとに開催されています。「不適切ケア」が生じた場合の対応方法について、法人全体の指針が定められており、さらに「スピーチロック」といった具体的な不適切対応に焦点を当てた研修も実施しています。 37. プライバシー保護に関するマニュアルが整備され、入職時には研修を実施しています。利用者の居室は個室で、入浴は個室であり、利用者のプライバシーが守られる施設設計となっています。ユニット会議において、プライバシーや羞恥心に配慮した接遇についての検討が行われ、さらにユニットリーダー会議で検討を加えた上で、介護現場においてOJT研修を実施しています。 38. 事業所指針に沿って、毎月、入所判定会議を行っています。医療行為が必要であることを理由に、申込みを受けられない場合には、必要な医療を受けられる医療機関を紹介しています。支援困難ケースに関しては、市役所及び顧問弁護士と相談並びに連携を図り、対応しています。				
	(2) 意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	B	A	
	意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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)	39. 利用者等からの意向を引き出すために、ホームページで、連絡先のメールアドレスを告知しています。また、職員による日常生活援助の中や家族面会時に、聞き取りを行うなどの取り組みをしています。自らの意思を明確に表明できない利用者については、職員が業務の中で意向の聴き取りを行い、ユニット会議でその内容を代弁（アドボカシー）しています。 40. 苦情対応マニュアルがあり、迅速に対応しています。パソコンソフトに苦情・要望の受付機能があり、データとして蓄積されサービスの改善に役立っています。回答は管理者が行い、職員全員にも共有されており、ホームページでも公開しています。 41. 第三者を相談窓口を設置し、重要事項説明書に記載しています。第三者等を経由して寄せられた苦情等について、迅速に対応する仕組みができています。「運営推進委員会」のメンバーに、地域のキーパーソンを受け入れています。					

(3) 質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	42	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	B	B
質の向上に対する検討体制	43	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	44	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	C	B
(評価機関コメント)		42. コロナ禍以降面会制限が続いており「利用者満足度調査」の効果的な実施が難しい状況ではありますが、各ユニットで拾い上げた利用者の声を、ユニット会議で集約し満足度を高めるための工夫をしています。また、利用者の声は、介護業務支援ソフトにより管理者に報告され、「運営推進会議」で検討した結果を、職員研修に反映しています。 43. 月1回の運営会議や正副ユニットリーダー会議において、サービスの質の向上について検討しています。運営会議では、各部門の各職種から上げられ意見を検討し、サービス改善のための取組みに繋げています。法人内の他事業所の他に、地域密着連絡協議会の各部会で情報収集を行い、地域の課題について検討を行っています。 44. 年度末に事業計画に対する進捗・達成の評価を運営会議で行っており、その結果は、次年度の事業計画に反映させています。定期的な第三者評価の受診が望まれます。		