

アドバイス・レポート

2025年 3月10日

令和6年6月17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夕風の里 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>○業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 法人本部と施設との部門ミーティングが毎月開催し、「重点項目シート」を用いて協働して事業運営に取り組む仕組みが確立していました。「重点項目シート」は部門ごとの年間目標をベースにPDCAサイクルを可視化したもので、人材育成、業務効率化、経費削減に継続して取り組むことによって、職員定着や利用者満足度の向上につながるものとなっていました。また、他事業所の状況も「重点項目シート」を通じて共有され、法人内留学といったユニークな取り組みを行うことで法人全体が相乗効果を発揮し、より良いサービスへと反映されていました。これらの仕組みは、法人本部の所在地が事業所から遠隔にある場合の優れたモデルのひとつとして高く評価できます。</p> <p>○労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） 「ノーリフトポリシー」を運営方針に定め、福祉機器を積極的に活用し、理学療法士の指導を受けるなど、長年継続してノーリフティングケアに取り組んでおられます。見学時にも、あたり前のように福祉機器を使いこなし、ノーリフティングケアを行う活き活きとした職員の姿を伺うことができました。また、眠りスキャンを導入し職員の精神的負担を軽減したり、チャットワークを活用しスムーズな情報共有につなげるなど、ICTを上手に活用し、生産性の向上と働きやすい職場づくりに努めておられました。こうした努力の積み重ねもまた、職員の定着に一役買っているものと思われまます。</p> <p>○利用者の権利擁護 虐待防止にかかる委員会を毎月開催し、不適切なケアがあった場合は、委員会に報告するとともに対策について検討されます。一例として、ベッドにマットレスが立てかけてある事例を、意図によっては虐待が疑われるケースと捉え、委員会等で協議・判断し、適宜指導（個別指導、レポート提出）するとともに、スタッフルームに掲示して、啓発を行っておられました。このように不適切ケアに関する感度を高め、虐待に至る前に未然に防止する仕組みは、利用者・家族に安心を与えるものと思われまます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 「文書取扱規程」や「個人情報・特定個人情報保護規程」などを整備して、記録の管理運用に努めておられますが、記録の持ち出しや開示に係る規程が確認できませんでした。危機管理の観点からも、ルールを定め、職員に周知することが望まれます。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 毎月の部門ミーティングにより、高いレベルでPDCAサイクルの運用が行われており、第三者評価も定期的に受診されていますが、定型化された評価基準に基づく自己評価は、自主点検以外実施されていませんでした。たとえば、第三者評価の「共通評価項目チェックシート」を毎年実施し、業務改善に取り組み、3年目に外部機関から評価を受ける、といった方法を検討されてはいかがでしょうか。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人よつば会が2012年に開設した 特別養護老人ホーム夕凧の里は「きょうと福祉人材育成認証制度」の上位認証を取得されていることからわかるように、人材育成や働きやすい職場づくり、地域交流など、様々な点において高いレベルで運営されています。屋上からは日本三景のひとつ、天橋立が一望でき、自然豊かな景観を楽しむことができる素晴らしい環境に建てられています。

滋賀県草津市を拠点とする南草津病院グループに属し、法人本部も草津市にあることから、ともすれば法人の管理が行き届かなかつたり、法人の意向が十分に反映されなかつたりする可能性もある中、毎月の部門ミーティングの実施や重点項目シートの活用などによって、コミュニケーションを綿密に図り、課題解決に向けてともに協働する体制・仕組みが整備されています。その結果、本部と拠点が、相互の信頼関係のもと運営が行われていました。

人材育成についても、「役割等級基準」や「よつばコンピテンシーモデル基準」を整備し、「人事評価規程」によって期待する行動特性を明確化することで、職員一人ひとりが果たすべき役割を自覚できるよう仕組化されています。これによって職員は、自発的・能動的に学び、行動することが促進されるとともに、人事考課のフィードバック面談で上司から適切な助言と評価が与えられることで昇進・昇格・昇給につながるため、モチベーションの向上にも大きく寄与しています。

職員採用は計画的に行っており、特にリファラル採用に力を入れています。離職者が少ないこともあって、人手不足が業界全体を覆うご時世であるにもかかわらず、人材確保には困っていないとのことでした。実際に施設見学をした際も、職員が生き生きとした表情で働いており、たいへん良い雰囲気のもと、事業が運営されていることが伝わってきました。こうしたこともあって、SNS等を通じて、自事業所のみならず、福祉全体の魅力発信に努めておられます。

ノーリフティングケアも定着しており、職員と利用者の安全に配慮した、高いレベルのケアが実践できています。長年にわたり猛威を振るった新型コロナウイルス感染症にもクラスターを出していないなど、感染症対策もしっかりしていることが、プロセスではなくアウトプットで証明できています。利用者・家族からの意見・要望は「なんでも報告書」に入力し、共有し、すみやかに改善を図るなど、サービス改善の取り組みも仕組みとして確立しています。

以上のように、総じて高いレベルで運営されていますが、今後は、コロナ禍で縮小せざるを得なかった地域との関係や、地域貢献、災害時における連携など、地域に根ざした事業所として、さらなる発展を遂げられることを、心から期待いたします。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672100134
事業所名	特別養護老人ホーム 夕凧の里
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)	(介護予防) 短期入所生活介護 居宅介護支援事業所 訪問介護
訪問調査実施日	令和6年11月12日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク 一期一会

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)		<p>1) 理念・方針は法人全体のものとして明文化している。名札の裏に理念と行動指針を明記し、職員全員が携帯する仕組みになっている。年に一回、理事長が全体会議の場で理念を伝える場がある。オフィシャルLINEがあり、理事長から理念についての啓発等が発信されている。3か年計画をInstagramで周知している。地域の方にも発信している。全体的に、ホームページからSNSに移行している。</p> <p>2) 組織体制について、理事会、評議員会、施設長会議を定期的開催している。事業所単位では、全体会議、役職者ごとの会議、各種委員会、ユニット会議がある。月に一回会議を実施している。施設長の職務は、「業務分掌」や組織図で明確にしている。職員から意見を集める仕組みを整備している。</p>		
(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	A
		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)		<p>3) 法人の5か年計画を元に、職員有志が策定メンバーにあたり、施設の3か年計画を策定している。法人全体の理念を、事業所の地域性を踏まえた実感できる内容にするため、事業所独自の存在意義（パーパス）として策定している。3か年計画の課題として、地域貢献、職員スキルアップ、業務改善を柱に掲げている。計画は全体会議にて周知している。利用者や家族への周知方法としてInstagramを活用している。5か年計画は、ホームページに掲載している。特養ではあるが、利用者に選んでもらえるような発信の仕方（SNS重視）を心掛けている。</p> <p>4) 単年度計画の策定にあたっては、3か年計画をベースに作成している。予算は、全体会議の中で職員から意見を集約し計画に盛り込んでいる。事業所全体の課題に対して、ユニットごとに取り組んでいく体制をとっている。課題として、コロナの影響もあり亡くなられる方が増えて稼働率が上がらないこと、また、ケアの質の向上等を挙げている。部門ミーティングを通じて進捗管理を行っている。</p>		

(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、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
(評価機関コメント)		<p>5) 法令順守等にかかる情報収集に関し、法人単位では施設長会議で伝達し各事業所に落とし込んでいる。事業所単位では、共有フォルダに様々な情報を保存して、誰でも見れる状態にしている。税理士、社労士、会計士と契約しており、法改正があった場合の情報等を収集している。義務的な制度（BCP、身体拘束、ハラスメント等）は動画研修を取り入れ職員に周知している。</p> <p>6) 事務分掌等で役割と責任を明文化している。ユニットリーダーとの面談を定期的実施し、現場の意見を収集している。フィードバック面談を年に一回実施している。各々が頑張っていることをアピールする場として機能しており、人事評価にも反映している。年に一回管理者の評価を実施している。</p> <p>7) 事業の実施状況については、業務日誌、介護記録で確認している。非常時には、社用携帯で常に連絡が取れる状態にある。指示系統については、BCPIにも記載している。チャットワークやNIコラボなどを駆使し、緊急時には責任者全員に連絡が付くよう体制整備している。</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						
		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。	A	A
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8) 期待する職員像を「職員ビジョン」として明文化している。人事評価規程でも法人共通の行動指針として示しており、入職時研修で周知している。年度始めに職員全員に目標を出してもらい、年度末に目標の達成状況を確認し、人事評価に反映している。自分の等級に求められるものが分かるよう、等級表を配布している。</p> <p>9) 人材確保に関しては、現在は安定している。採用計画を整備しており、リファラル採用に力を入れている。採用チームを結成し、必要に応じてメンバーを変更している。実務者研修は宮津市の半額補助制度を活用し、残りを法人負担としている。資格を取得した場合は、賃金のアップに繋がる賃金規程が整備されている。事業所の魅力発信については、SNSを使用したり、京都府のジョブネットに参加するなどしている。</p> <p>10) 法人内の教育委員会で、階層別研修、専門職研修棟の研修計画を策定している。ノーリフティング研修に力を入れており、定着してきた実感を持っている。外部研修の派遣は、職員を指名する場合もあれば、希望者を募ることもある。週間スケジュールを作成し、予定が分かりやすく、誰がどの研修を受講したかが分かるようになっている。</p> <p>11) 実習指導マニュアルを整備している。現在は、介護福祉士の受け入れを行っており、実習指導者研修に定期的に受講してもらっている。社会福祉士は、現在実習指導者がいないので受け入れしていない。</p>		
(2) 労働環境の整備						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>12) 労働状況については、システム（クロノス）を導入し、クラウドで管理し、遠隔地にある法人本部でも確認できるようになっている。ハラスメントの相談窓口等は、職員の見えるところに掲示している。メンタルヘルスのチェックリストを実施しており、精神的に調子を崩している職員には、近隣の精神科を紹介するようにしている。啓発のための掲示物も貼り出している。</p> <p>13) 職員のストレス管理について、必要に応じ外部機関に繋げる仕組みがある。福利厚生については法人本部のある滋賀の職員共済会への加入、法人本部の規程による慶弔や勤続表彰、お楽しみ抽選会などを実施している。仮眠やリラクセスが可能な休憩室が確保されている。休憩時間は60分を確保できている。</p>		

(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。	A	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)		<p>14) 事業計画、3か年計画等、あらゆる文書に地域に関わる考え方を明記している。認知症カフェの開催や、SNS等を通じた排せつ豆知識の発信、秋祭りのチラシ配布などを行っている。広報誌は毎月発行し、地域住民にも回覧している。宮津市の福祉計画にかかる会議等に参画し、自施設のみならず、地域全体の福祉の向上に努めている。地域ケア会議に参画している。京都府老人福祉施設協議会にも加盟し、他法人とも協力しながら活動している。</p> <p>15) 傾聴ボランティア、秋祭りの出演・運営ボランティアなどボランティアの受け入れを積極的に行っている。「ボランティア受入規程」に基づいてオリエンテーションを実施している。ボランティアの保険は施設の損害保険の中に組み込まれている。近隣の小学校で認知症サポーター養成講座を実施している。芋ほりを企画したら近隣の保育園児が手伝ってくれるなど、第三者が入ってきやすい施設を目指して活動している。</p> <p>16) ノーリフティング研修会を実施したり、北京都ジョブパークの依頼で、福祉の仕事ってどんなことや、福祉を目指す人の養成対策講座、などの講師派遣をしている。クールシェルターを実施している。子供が宿題をしにきたり、謎解きイベントや焼き芋など、ちょっとしたでも地域住民が入りやすい事業所を目指している。備品の貸し出し（綿あめ機、紅白幕など）など、地道なところから少しずつ地域に溶け込む努力をしている。</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	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、SNS等で情報発信したり、舞鶴市・京丹後市の居宅事業所にパンフレットを配布するなどして広報に努めている。パンフレット等の見直しは適宜行っている。利用を検討されている方に対しては、施設見学を勧めている。体験利用はしていないが、ショートステイの体験利用として、「チョコショート」という短時間利用を実施している。		
(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) 利用料金については、利用契約書に記載している。後見制度を利用している利用者がある。（加算項目についても明記しているが、利用者側からすれば、どの加算を取得しているのかが若干わかりにくい。）		

(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) 介護ソフト「ほのぼの」の包括的支援プログラムを使用し、アセスメントを実施している。入所時や適宜必要時に家族の意向を聞き取っている。アセスメントの見直しは適宜実施している。 20) 家族の意向は電話等で聞き取り明記している。サービス担当者会議における家族の参加は、月4組を目安に調整している。本人の意向は必ずしもケアプランに明記できていない。 21) 医師の意見は往診時に聴取し、ケアプランに反映している。毎週金曜日にサービス担当者会議を開催し、多職種での意見交換や合意形成を図っている。 22) サービスが計画通りに提供されているかどうかは、3か月に1回のモニタリングで確認している。計画を変更する基準は「施設介護専門員業務マニュアル」に明記されている。ケアプランのコピーを個別ファイルに綴じることで、職員に対し周知確認を促している。		
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	A
(評価機関コメント)		23) 「宮津市地域情報」というファイルを整備している。地域ケア会議への参加やジョブネット北部への参画など、他機関とも連携を取っている。医療機関との連携については、宮津武田病院で診られる範囲で診てもらい、救急は北部医療センターに搬送している。 24) 情報シートやサマリーを活用することで、サービスの継続性に配慮している。ケアマネジャー、地域連携室等とも適宜連携を図っている。		
(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。	A	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	B
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。	A	A

(評価機関コメント)	<p>25) 「介護サービス提供マニュアル」を整備している。苦情や意見を反映し、毎年9月頃から見直しをはじめ、12月頃に改訂版を公開している。各スタッフルーム、医務室、事務所等に配備し、いつでも確認できるようにしている。マニュアルにリンクしたチェックリストを用いて、マニュアル通りに業務ができていのかどうか確認している。</p> <p>26) 記録管理の責任者は施設長としている。「個人情報・特定個人情報保護規程」を整備し、個人情報の削除、廃棄等について定めている。記録の保持保管に関しては、「文書保護規程」に規定されている。しかし、文書の持ち出しや情報開示に関しての記述は確認できなかった。</p> <p>27) サービス提供にかかる記録は介護ソフト「ほのぼの」に入力し、全職員で共有している。朝夕の申し送りや情報共有ノートなどを用いて、タイムリーな情報共有を行っている。3か月に1回サービス担当者会議を開催し、支援内容の検討を行っている。「ほのぼの」は個人ごとにパスワード管理している。</p> <p>28) 家族等との情報交換については、対面を重視しており、居室面会の際に日ごろの様子を伝えるようにしている。家族が来れない場合は、写真やSNSで近況をお伝えをする仕組みを整えている。緊急時には電話連絡を行っている。広報誌「夕風通信」やインスタグラムを案内している。</p>
------------	---

(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)		<p>29) 感染対策マニュアルを整備し、必要な体制を構築している。マニュアルは感染委員会で毎年、あるいは必要に応じて随時見直しを行っている。嘔吐の実践訓練を毎年実施している。必要に応じて早期受診を促しながら、尿路感染症や緑膿菌などの感染症罹患者の受け入れもを行っている。</p> <p>30) 備品は適切に整理され保管されていることを見学時に確認した。臭気対策については、施設設備の換気システムを使用している。清掃専属の職員を雇用することで、業者では無理がきかない細かな箇所の清掃にも対応できている。</p>		

(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。	B	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)		<p>31) 「事故発生の防止のための指針・マニュアル」を整備している。各スタッフルーム、医務室等に配備し、いつでも見れるようになっていいる。緊急対応時の研修や胸骨圧迫研修を毎年開催している。緊急コール手順でコードブルーを発動する。</p> <p>32) 受診を伴う場合にはケアマネジャー、受診後の結果は看護師が連絡している。薬に関する事故、転倒・転落については、都度家族に連絡している。対応判断のヒエラルキーは、フロー化している。毎月の苦情拘束虐待リスク委員会で、前月のヒヤリハット・事故の共有、事故防止対策の見直し、評価を行っている。</p> <p>33) 災害対策マニュアルを整備している。BCPに関する研修会を法人全体で開催、施設では停電時シミュレーションなどの訓練を実施している。宮津市の5法人で災害における相互支援協定を締結し、協力体制を構築している。地域との関係構築もマニュアルに記載されている。福祉避難所に指定されている。備蓄は冷凍食品のローリングストックなどを活用し配備している。法人間で顔の見える関係性をつくるところから災害訓練に繋げていけるよう模索している。</p> <p>34) BCPが整備されており、訓練も実施している。ハザードマップの見直しを受け、垂直訓練を実施している。</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	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。	A	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) レクリエーションの一環でスーパーに買い物に行ったり、本人が行きたいと言えばファーストフードに行くなど、できる限り本人の要望に沿おうと心がけている。嫌がる人を無理やり集団の中に入れてもらうようなことはしていない。ホスピタリティマインド研修の中で、本人の意向に沿った対応について触れている。

36) 虐待防止マニュアルが整備されており、年2回動画研修を開催している。リスク・虐待防止・身体拘束廃止・苦情委員会を毎月開催している。動画研修を実施している。明らかに虐待とは言えなくても、意図によっては虐待が疑われる不適切なケアについては、委員会等で協議し、判断し、適宜指導（個別指導、レポート提出）・啓発を行う仕組みをとっている。疑問に思ったことは発信できるようにする環境を目指している。

37) プライバシー保護マニュアルを整備している。排せつ介助の際は扉を閉める、寝台に乗るときはタオルをかける、など、プライバシーへの配慮は普段から行っている。採用時オリエンテーション以外にも、おむつ体験研修などで、利用者本人の気持ちになることによって、プライバシーや羞恥心について考える機会を設けている。ユニットリーダー会議で意識の統一を図っている。

38) 入所判定会議にて、多職種で協議しながら次期利用者を決めている。医療ニーズの高い方については、適切な機関の情報を提供している。申し込みはケアマネジャーか、地域連携室経由が多い。

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	公的機関等の窓口で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) アンケートを実施したり、利用者の言動を「なんでも報告書」で拾い上げるなど、様々な形で意向を収集する仕組みを構築している。職員担当制を敷いており、プライバシーに配慮し、居室内で話を聞く場合がある。おやつを選んでとってもらえるレクリエーションを企画するなど、自己選択の機会を設けている。意思表示できにくい人については普段の表情や仕草から意向を類推することを心掛けている。

40) 利用者からの要望は「なんでも報告書」に記載し、職員間で共有したうえで対応策を検討し、廊下に掲示することによって公開している。

41) 相談先として外部の第三者を定め、重要事項説明書への記載や廊下への掲示によって連絡先を公開している。人権擁護委員が年に1回施設を訪問し、利用者の話を傾聴している。

(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	A	A
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	B	B
(評価機関コメント)		42) 家族アンケートを年1回実施している。改善事項も含め、結果は施設内に掲示している。サービス担当者会議に家族を招いたり、面会時間を長くしたりと、結果的に改善された事項も多々ある。 43) 法人本部との毎月の部門ミーティングで、質の向上について検討している。部門ミーティングの結果については、「重点項目シート」を共有することで、全職員に周知している。他施設が部門ミーティングで取り上げている事項についても共有されるため、参考にし、取り入れられるところは取り入れている。業務発表会を年1回実施しており、モチベーションアップに繋がっている。 44) 第三者評価は3年に1回受診している。全体会議で評価の確認作業を行っている。しかし、自主点検以外の自己評価は実施できていない。		