

アドバイス・レポート

令和 7 年 3 月 1 4 日

令和 7 年 1 月 8 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修道洛東園 ）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) 地域との交流と関係づくり 地域貢献について法人理念や取り組み目標に明記されており、地域の各種機関とも連携を図られています。地域との繋がりの重要性を理解し地域との関係づくりがしっかり行われています。町内会活動への協力、防災活動等の地域イベントに職員が参加するなど実施可能なことから取り組まれています。また、施設 1 階にある地域交流センターを地域住民に開放したり、近隣の障がい者施設の就労継続支援事業と共同で喫茶の運営をすることで地域の人々との交流を推進されています。地域における福祉施設としての役割を果たし、その機能を地域に還元されている実践だと言えます。 2) 職場環境への配慮と人材育成について ユニット型施設の人員配置基準以上の職員を配置し、利用者ニーズに寄り添ったサービスを提供されています。職員の働き方に応じたシフト調整や工夫が行われており、公休の他、時間有給休暇やリフレッシュ休暇が取得できる協力体制が確保され、多様な働き方を支援した労働環境となっています。また、人材育成に関しては、キャリアアップのための仕組みがあり、法人内階層別研修に加えて個別に外部研修受講の機会を設け、職員のステージに連動した研修が実施されています。加えて、研修受講や資格取得を支援するための助成金制度がありキャリアアップの助けとなっています。これらのことは職員の負担軽減や働きやすさに繋がっており、ワークライフバランスに配慮した働きやすい職場環境づくりとして評価できます。 3) 虐待防止、身体拘束禁止等の権利擁護に関する取り組み マニュアルを整備し研修を実施するとともに、「虐待の芽チェックリスト（入所施設版）」を用いた不適切ケア防止のための仕組みがあります。また、外部の事例などを取り上げてリーダー会議で検証と情報共有を行うなど対策が講じられています。身体拘束については、家族からの安全管理を重視した要望があった際には、カンファレンスに同席して頂き一緒に対応を検討するなど、組織として身体拘束を禁止する取り組みについて理解が得られるよう努められています。また同様に、事故防止策の検討カンファレンスにおいても家族と一緒に対策を検討しておられました。利用者の権利擁護について適切に取り組んでおられます。
-----------------------------	---

特に改善が望まれる点とその理由（※）	1) 意見・要望・苦情への対応とサービス改善に対する取り組み 年1回の利用者・家族アンケート調査を実施し、利用者や家族の意向を確認されています。アンケート結果については、職員間で共有するとともに、広報誌でのフィードバックや玄関に利用者や家族が閲覧できるように設置されています。随時、意見・要望・苦情の受け付けや聴き取りを行うなど個別対応をされていますが、その内容や結果について個人情報保護に配慮しつつ公開される仕組みはありませんでした。 2) 評価の実施と課題の明確化 自己評価としては、取り組み目標について各種会議で検討し総括と最終評価を行い、抽出された課題を次年度の事業計画に反映されています。しかしながら、一定基準に基づき自己評価し課題を明らかにするプロセスを示すものが確認できませんでした。また、第三者評価の受診について、法人内では各事業所が順次受けておられますが、貴施設においては3年に1回の受診ができていない状況でした。 3) プライバシーへの配慮 プライバシーへの配慮については、マニュアルの整備や研修を実施し、利用者が安心して生活できるよう日々の取り組みを実践されているところであります。また、ユニット型特養のため全室個室であり、浴室は個浴となっており比較的プライバシーに配慮された環境となっています。しかしながら、在室中のある利用者の居室の扉が開放状態になっている所があり、暖簾を取り付けておられましたが内部が見えてしまう状況でした。
具体的なアドバイス	1) 意見・要望・苦情への対応とサービス改善に対する取り組み 利用者、家族からの意見・要望・苦情に対して個別に丁寧に対応されていますが、その内容や結果、改善状況を公開される仕組みを構築されるとサービスの改善により効果的です。掲示や広い範囲の公開が難しい場合は、家族懇談会を開催してお伝えすることや家族向けのお知らせを作成するなど、実施可能なことから始められてはいかがでしょうか。 2) 評価の実施と課題の明確化 評価の実施に関しては、一定の評価基準に基づくという観点から「定められた評価基準」をご検討ください。例えば第三者評価項目チェックシートを活用されるのはいかがでしょうか。第三者評価を受診される際に利用することができ、また、職員全体で取り組むことで、より修道洛東園の魅力が共有・発信されサービスの向上につながるのではないかと思います。第三者評価については、3年1回計画的に受診できるよう予め事業計画や年間予定等に明記するという方法も考えられます。 3) プライバシーへの配慮 居室扉が開放されていた状況については、安否確認のための対応かと思われますが、プライバシーに配慮した設えや環境を検討する余地があるように思

様式 7

	われます。職員で協議される際には、利用者や家族と一緒に検討されるとより理解が深まり、効果的な支援方法やアイデアが生まれるかもしれません。
--	--

※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	2670800271
事業所名	特別養護老人ホーム修道洛東園
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	2025年1月21日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 理念及び運営方針は明文化されパンフレットやホームページに掲載されています。毎年4月に定期開催される法人内研修において、理念に基づく方針が伝えられ、各部署、各ユニットでその方針に沿った事業計画や取り組み目標を設定しサービスを実践されています。利用者、家族、関係機関にはパンフレット、ホームページ、広報誌を活用し説明されています。玄関に設置されたファイルで閲覧も可能でした。2) 規程集を作成し事業内容や執行体制、職務権限、責任者や各種会議の内容を明確にし職員に周知されています。理事会や経営会議に加えて各種会議、各種委員会が設置され、意思決定事項が共有されるとともに現場職員の意見も反映する仕組みがありました。			
(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)		3) 法人理念、基本方針に基づき中・長期計画を策定されています。各部署、各ユニットで策定された事業計画は各種会議で周知され実行されていました。また、取り組みの振り返りにより評価と達成度を確認し課題の把握が行われており、その際には職員の意見やアンケートの結果が反映されています。4) 事業所の事業計画に基づき、各部署、各ユニットの計画が策定されています。4半期ごとに振り返りの機会を設け、各種会議が連動し取り組み目標の進捗確認と課題検討が行われています。			
(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
	(評価機関コメント)		5) 遵守すべき法令等については、規程集にリスト化し整理され、いつでも確認できる環境となっています。また、年1回以上、法令遵守に関する研修や勉強会を開催し、職種や役職に応じて参加できるようにされています。職員への周知は、各種会議や研修を開催し実施されています。6) 規程集に組織図や管理規程を明記し職務職責を明確にされています。職員用の意見箱の設置や、ヒアリングを行い職員からの意見を確認する機会を設け、組織課題の把握と分析を行っておられます。7) 介護ソフトを活用し日誌、報告書で日常の状況確認や情報共有が図られています。また、管理者は常時携帯電話を所持しいつでも連絡が取れる体制となっています。加えてグループLINEを活用するなど適切に対応できるよう工夫されています。			

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。	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)		8) キャリアパス（職位に応じた職務内容、勤務条件、賃金体系等を定めたもの）が提示され目指すべき職員像や職位を確認できる仕組みがあります。また、人事考課制度を実施され、役割、課題、処遇等が総合的に評価される仕組みとなっています。9) 管理部会議において人材確保の方策や採用活動について協議検討されています。人材の質、配置人数、常勤・非常勤職員、有資格者の必要数等を定め、計画に基づき職員の採用募集が行われています。広報委員会による魅力発信にも取り組まれています。10) 法人内階層別研修に加えて個別に外部研修受講の機会を設け、職員のステージに連動した研修が実施されています。福祉人材育成委員会（法人内教育担当）の配置や新人職員への育成担当によるフォロー体制によりスーパービジョン（専門職員の成長や能力向上を目的とした対人援助法）を行う体制となっています。資格取得支援としては、研修受講のための助成金制度がある他、法人による各種受験対策講座が開催されています。11) 実習受け入れマニュアル、実習担当マニュアルを備え実習受け入れ体制を整えておられます。マニュアルが整備されており、プログラムの検討や資料の作成、担当者の育成が行われています。介護福祉士、社会福祉士など各種実習を受け入れておられます。		
(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)		12) 時間有給休暇の取得が可能で、またリフレッシュ休暇として5日以上の連続休暇取得など休暇制度が充実しています。「京都モデルワークライフバランス認証企業」として認証を受けておられ、育児、介護休暇や子の看護休暇の法定以上の設定など労働環境に配慮されています。また、職員の業務負担軽減のため福祉用具を活用したノーリフティングケアにも取り組んでおられます。13) ハラスメント相談窓口が設置されており、メンタルヘルス相談体制についても掲示し職員に案内されています。また、職員が現場から離れて休憩可能な場所があり、ソファベッドが設置され休憩や仮眠が可能です。クラブ活動や食事会などの交流会への補助金制度があります。		
(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のみ）	15	ボランティアの受け入れ、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)		14) 法人理念や取り組み目標に地域貢献について明記され、活動内容が広報誌などで情報開示されています。また、法人内の各部署と連携するとともに地域の各種機関、学区や町内会とも連携を図られています。15) 法人ボランティア受け入れ規程を作成しボランティアの受け入れ体制を整えておられます。また、チャレンジ体験やインターンシップ、介護等体験の受け入れを随時行うなどの協力体制があります。16) 地域で開催された研修に法人専門職を講師として派遣したり、地域イベントで車いす体験を実施するなど施設機能を地域に還元されています。また、認知症高齢者、障害施設等の児童、生徒の見守り活動に協力されており地域貢献活動が行われています。		

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) 法人のパンフレットやホームページは施設ごと、事業所ごとに作られており、情報を分かりやすく紹介されていました。また、ホームページ以外にもInstagramを活用し、随時更新して取り組みやイベントなどを伝えられています。入所相談や施設見学は土日祝日を問わず受け付け、体験利用については、空床を利用し入居体験を提案するなど個別の事情に合わせて対応されています。		
(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) パンフレットや重要事項説明書に基づきサービス内容や保険内外の料金等について説明し同意を得ておられます。重要事項説明書、契約書等の書類について署名捺印も確認出来ました。また、必要と判断された利用者に対しては、成年後見制度の活用を推進されています。		
(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) アセスメント様式は包括的自立支援プログラムのケアチェック表を用いておられます。基本的には6か月に1回再アセスメントを行い、状態変化や看取り対応となった場合にはその都度見直しされるなど丁寧に対応されています。また、その際は各専門職からの意見聴取や、家族からは面会時や電話にて意向の確認をされているとのことでした。20) 利用者や家族から意見があった際は、再アセスメントを行いサービスを調整し再度家族に同意を得ているとのことでした。サービス担当者会議では、家族にも声掛けを行い参加を促しておられ、7割ほどの家族が参加されているとのことでした。21) 個別援助計画の策定にあたり、各専門職がカンファレンスやサービス担当者会議に参加し、意見集約を行い個別援助計画を策定されています。参加できない場合は意見照会により意見聴取を行い個別援助計画に反映されていました。22) 個別援助計画は、3か月ごとのモニタリングや6か月ごとのアセスメントにより見直しが行われています。また、体調の変化等で状態が変わった時にも計画を見直され、職員への周知方法は、会議録や介護ソフトを活用し情報共有を図られています。		
(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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		23) 法人内の診療所との連携により毎週定期的に往診を受ける体制が確保されていました。協力医療機関とは、退院時カンファレンスへの参加や連携会議を毎月開催するなど、地域連携室との情報共有を図り連携を充実させておられます。また、地域ケア会議にも参加し地域包括支援センターやその他関係機関との連携にも努められています。24) 利用契約書に基づき契約の際に退所や在宅移行時の連携について説明をされています。医療的ニーズが高くなれた場合でも医療機関との連携を図り適切に対応されています。在宅復帰で退所されたケースでは、退所後もショートステイを利用されるなど各関係先と連携し継続的な関わりで取り組まれていることが確認できました。		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)	25)業務マニュアルが整備されており、基本的には1年1回の更新となっています。利用者・家族アンケートの結果や事故、苦情等の内容に応じ必要があれば随時内容の変更を行うとのことでした。業務マニュアルは職員がいつでも確認できるようにパソコン内での閲覧が可能で、加えてファイルでも管理されていました。利用者の尊厳の保持、プライバシーの保護についてもマニュアルを整備し明示されていました。26)個別援助計画に基づきサービスを実施し、適切な管理のもと介護ソフトを使って記録されていました。また、個人情報保護と情報開示の観点からの研修は年度内研修計画の中で計画され、年1回実施されています。個人情報の取り扱いについての家族への説明は入所時に行い契約書にも記載されていました。27)職員間での情報共有という点では、「日々の暮らしシート」を活用し利用者個々の過ごし方や関わりについて共有されています。また、「夜間申し送りメモ」というシートを活用し、その中には緊急時の連絡先や、その日の夜勤者、宿直者、また看取りの利用者注意事項などが記載されており、夜勤者がスムーズに安心して業務に当たれるように工夫されていました。28)利用者家族とは、面会時に情報共有を行うとともに、事故発生時や状態の変化など必要に応じて電話やメールなどを活用し報告されています。また、ホームページやインスタグラムも活用し利用者の日常の様子を発信していました。タブレットを活用しオンライン面会や写真や動画の閲覧にも対応されています。			
(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。	A	A
(評価機関コメント)	29)マニュアル及びBCP（事業継続計画）を作成し研修や訓練を実施されています。マニュアルは1年に1回更新されており、各感染症の類型に応じて整備されていました。研修や訓練に参加できなかった職員には、資料の確認とユニット会議で伝達しているとのことでした。また、BCP内に責任と役割等が記載されており、管理体制が整備されている事が確認できました。30)各ユニット内はユニット職員が清掃及び環境整備を実施されています。共用部の清掃に関しては、委託業者や宿直者が対応されています。ゴミや汚物の搬出については、専用エレベーター（小荷物専用昇降機）を使用し、区別することで衛生面や感染対策にも配慮されていました。施設内は清潔に保たれており、臭気も気になりませんでした。			
(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)事故や緊急時のマニュアルを整備されており、1年に1回更新されていました。必要時に確認できるようにスタッフルームに設置されています。また、事故や緊急時についての研修も実施されています。外部からの不審者等の対応については、防犯訓練を検討されていますがマニュアルには明記されていないため、今後検討されてはいかがでしょうか。32)ヒヤリハット、事故報告書、事故検討会記録は、パソコン内の介護ソフトで作成されており、職員へ回覧と周知をされています。また、家族を交えて事故防止策の検討カンファレンスを実施し、家族と一緒に対策を検討していました。ヒヤリハットや事故報告は4半期及び年度集計のタイミングでもリスクマネジメント委員会において分析されています。33)火災や風水害などの対応マニュアルやBCPを作成されており、その中に責任者や指揮命令系統が記載されています。緊急連絡網が作成されており、BCP内にも職員の参集規程が明記されていました。各種研修や訓練についても実施されています。コロナ以降、訓練に地域住民の参加はないとのことですが、BCPには、近隣の地域包括支援センターや障がい者施設など関係機関との連携についての記載が確認出来ました。備蓄リストを作成し、3日分の備蓄を倉庫に保管し管理栄養士が管理されていました。34)BCP内に非常時の事業を維持継続する体制が明記されていることが確認できました。適宜サービスに対応した訓練も実施されています。また、BCP内に山地からの出水による浸水や谷口に近い場所では土石流のリスクがある、比較的地盤は良いため地震は揺れにくい等地理的な特性も明記し有事に備えておられます。			

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。	A	B	
	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) 利用者の思いを尊重し、実現できる環境を家族と整えることを事業計画に明記し、利用者の意向に沿った嗜好品や家族からの差し入れ等も受け入れておられます。職員に対しては動画研修を導入し、人権についての研修を実施されています。36)「虐待の芽チェックリスト（入所施設版）」を用いて不適切ケアに対する自己評価を行う仕組みを作られています。また、評価結果の気になる職員については面談等で指導されています。センサーマットの使用についても定期的に評価し、その必要性について検討をされています。37) マニュアルの整備や研修を実施されています。全室個室のため、比較的プライバシーに配慮した設えとなっていますが、在室中のある利用者の居室の扉が安否確認のために開放状態になっている所がありました。暖簾を取り付けておられましたが、内部が見えてしまう状況でしたので工夫をされてはいかがでしょうか。38) 入所に関しては入所者選考規程に基づき入所判定委員会を開催し協議・決定されています。ユニット型施設で利用料の負担が大きくなる利用者の場合には、法人内の従来型施設を紹介されることで対応されています。他施設で対応が難しい方や虐待ケース、緊急ショートステイについても地域包括支援センターやケアマネジャーなど関係機関と連携し受け入れられた事例があります。				
	(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。	A	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てている。	B	B	
	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) 意見箱が施設内の各所に設置されており、利用者や家族が目にしやすく、かつ人目に触れずに投函できるものになっています。法人の管理職以上で構成されるサービス向上委員会において要望や苦情等について協議し対応されています。40) 年1回の利用者・家族アンケート調査を実施し利用者や家族の意向を確認されています。アンケート結果については、職員間で共有するとともに、広報誌でのフィードバックを行い、玄関に利用者や家族が閲覧できるように設置されています。意見・要望・苦情の受付と個別の対応はされていますが、個人情報保護に配慮しつつ公開される仕組みはありませんでした。41) 苦情窓口となる第三者委員については各所に掲示されています。第三者委員へ苦情報告書の開示を行い意見や助言を受けておられます。相談や苦情に迅速に対応する仕組みがあります。また、外部からボランティアや介護サービス相談員の受け入れもあり、利用者の相談機会が確保されています。				
	(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	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) 法人のサービス向上委員会が主体となって毎年アンケートを実施されています。アンケート結果は広報誌にて公表すると共にユニット会議でも共有し、改善策について話し合われています。43) サービス向上委員会や法人内各事業所の各種会議において、サービス内容の検討や他施設の取り組みを共有するなどの協議や検討を行いサービスの質の向上に努めておられます。法人内で共有、連携し横のつながりを活かされています。44) 事業については事業計画の振り返りを定期的に行い評価されていますが、サービスの質の向上のための一定の評価基準を用いた自己評価の仕組みはありませんでした。また、第三者評価の受診が7年前となっていました。				