

アドバイス・レポート

令和 7 年 4 月 15 日

令和 6 年 6 月 19 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フジの園）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>【概要】 フジの園は、社会福祉法人フジの会の法人第1号の特別養護老人ホームとして、1984年（昭和59年）に京都市伏見区深草に設立され、2階建て、定員50名の少人数制を取り入れた施設です。国道沿線にある当施設の周辺は、マンション等が建ち並ぶ住宅街で、近鉄「伏見」駅から徒歩4分の場所にあり、隣接して、同法人が経営するもう一つの特別養護老人ホームがあります。また、障害者支援施設、児童福祉施設が道路を挟んで設置されており、全施設が連携して、地域の福祉の拠点として事業を展開しています。</p> <p>同園は、開園30年目の2014年（平成26年）に、リニューアル工事を行い、居室、トイレ、浴室等、利用者にとってより快適な設備が整えられました。「愛（感謝と敬愛の気持ち）・開（広く社会に開かれ）・創（時代の流れを読み固定観念にとらわれない自由な発想）」という法人理念に基づき、施設運営に取組まれています</p> <p>1. サービスの質の向上 と施設環境の保持に取り組んでいます ○どの職員が サービスを行っても、同じレベルでサービスが提供できるように、部署ごとの業務マニュアルを作成し、家庭的で明るく心とむサービスをモットーに「入所してよかった」と思われる質の高いサービス提供を目標に、取り組んでいます。 ○法人内では一番最初に建てられた古い施設ですが、リニューアルされ、施設内の衛生管理も行き届き、清潔で快適な環境が保持されています。 ○トイレ・浴槽は、使用ごとにしっかりと消毒され、居室も含め臭気対策が行き届いています。調理室の衛生管理は、大量調理施設衛生管理マニュアルに基づいて行われ、施設の管理栄養士が、毎月点検を実施し、年1回は、業者に衛生点検を依頼して、利用者に安全と安心の食生活を提供しています。</p> <p>2. 法令遵守と権利擁護の意識が高い事業所です ○全職員参加の下、毎年の研修会で、利用者に対する尊厳と権利擁護をしっかりと学び、組織として共通の理解を図っています。職員一人ひとりが、職員倫理等が記載された行動基準書を携帯し、日々実践しています。 ○職員は、不適切ケアチェック表を使って、年1回確認を行い、虐待等に至らない段階で課題を発見できるように取り組んでいます。 ○見守りシステムの導入にあたっては、本人のプライバシー保護に十分に配慮して行っています。機器の導入にあたっては、本人の心身の状況やヒヤリハット事例から、本人の安全や自立支援に結びつくかどうか等、慎重な検討を行っています。本人にも十分な説明をするほか、職員スタッフも、取り扱いなどの研鑽を積んでいます。</p> <p>3. 働きやすい職場作りに取り組んでいます ○職員の生活形態が、年齢とともに徐々に変化して行くことを踏まえて、労働環境に配慮としています。乳幼児が小学生になると、様々な学校行事への参加なども出てきます。仕事が子育ての邪魔にならないような働き方を導入し、続けて働ける職場を作られています。一人ひとりの生活に合わせた短時間勤務等を、取り入れています。 ○インカムや見守りシステムなどの各種機器を積極的に取り入れ、職員の仕事の負担軽減に努めています。 ○管理者が職員から信頼を得ているかを評価する仕組みとして、組織活性化プログラムやストレスチェックを取り入れ、分析・検討することで、職員との信頼関係を築かれています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 中・長期計画と単年度事業計画の関連について 法人の中・長期計画に掲げられている項目と事業所の単年度事業計画に掲げられている項目との関連が分かり難いので、明確にされてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 自己評価の方法について 事業所で採用されている自己評価基準が、分かり難いです。定義された自己評価基準との擦り合わせが必要だと思われます。</p> <p>3. 利用者アンケートの取り方について アンケート調査を実施することに加えて、利用者が答えやすい内容についても、検討することが必要と思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 中・長期計画と単年度事業計画の関連について 第三者評価においては、単年度事業計画が、中・長期計画を踏まえた事業内容となっていることが求められています。事業所の事業計画は、法人の策定した中・長期計画との関連性を明確にして策定してください。また、単年度では完結しない事業については、中期または長期計画に位置付ける必要があります。同じ項目が毎年のように単年度計画に挙げられている場合には、目標設定そのものを見直すか、別途、中・長期の取り組み課題として計画することも、検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 自己評価の方法について 第三者評価で定義されている自己評価基準には、「支援機構による第三者評価」などが、明記されています。現在使用されている自己評価シートと照らし合わせ、一度見直してみることをお勧めします。比較を行うことで、より客観的かつ確実な自己評価に繋がるものと考えられます。</p> <p>3. 利用者アンケートの取り方について 法人が策定している「求められる人材像」の中に「クレームはゲストからのラブコール」という表現が記載されています。アンケート調査の目的は、利用者の思いや意見、要望などを、どれだけ引き出せるかにあります。そのため、無記名で回答しやすい形式や簡便な回答方法などを検討することが重要です。</p>

※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	2670900246	
事業所名	社会福祉法人フジの会	特別養護老人ホームフジの園
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	令和7年2月28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. 理念等は、ホームページ、パンフレット、行動基準書に記載しています。行動基準書を全職員に配布し、毎月の朝礼、職員会議で理念について周知しています。また、全職員のロッカーにも理念・運営方針を掲示し、それに沿ったサービス提供に取り組んでいます。利用者・家族には、事務所カウンターに、理念を記載した事業計画書を置いています。 2. 理事会、管理職会議、職員会議等が定期的に行われ、意思決定の流れが明確にされており、組織としての透明性が確保されています。運営に関する会議には、必要な構成員が出席しており、決定内容には、職員の意見が反映されています。職務分掌表に基づき、職務に応じた職責が明確に規定されています。		
(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. 法人の中・長期計画に基づいて事業所の単年度事業計画を策定していますが、関連性に不明確な点があります。また、単年度で達成できない目標については、中・長期計画として見直す必要があると思われます。計画は、部署会議で、介護サービスの内容や運営上の課題を明確にし、職員の意見を反映したものになっています。事業計画に基づきICT等を導入する場合は、会議等で検討し、マニュアルを作成するとともに、プライバシー保護にも配慮しています。利用者や家族には、面会時に、事業計画を説明しています。 4. 介護、医務、事務の各部署において課題を明確にした上で目標を定め、進捗状況を毎月確認しています。職員会議において、毎月、現状の把握を行い、必要に応じて課題の見直しを行っています。達成状況の評価において、さらに取り組むべき課題があった場合、次年度の計画策定に反映するようにしています。		

(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. 管理者は、集団指導を動画で視聴し、必要に応じて、その内容を職員に周知しています。遵守すべき法令は、リスト化され、文書ファイルだけでなく、PCでも確認できる環境ができています。また、必要な行政通知等については、回覧で共有しています。法令遵守責任者は、法人本部長が担っており、常に情報の把握に努めています。職員に対しては、法令遵守や職業倫理研修を、毎年、実施しています。</p> <p>6. 管理者の役割と責任は、職務分掌規程で定めています。管理者は、各種会議・委員会で職員との意見交換を行い、職員の意見を運営方針に反映しています。職員とは、年2回、面談を行い、ストレスチェック、組織活性化プログラムを実施し、職員による上司の評価も行っています。</p> <p>7. 管理者は、常時、施設内で業務を行い、事業の実施状況を確認しています。用務等で事業所を離れる場合は、携帯電話等により常に連絡がつく体制をとっています。事業の実施状況については、業務日誌やPCで、随時、状況を把握しています。事故等の緊急時には、マニュアルに記載された連絡体制があり、隣接する施設との連携も図られています。</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. 全職員に配布している行動基準書に「求める人材像」を、明記しています。給与規則をはじめとする諸規則は、事務所でいつでも閲覧でき、職員に周知されています。人事考課制度により、職務に関する成果や貢献度を評価しています。キャリアパス制度が整備され、職員が自らの将来像を描くことができる仕組みがあります。</p> <p>9. 人材確保の方針に基づき、採用プロジェクト会議を隔月で開催し、必要な職員体制等について検討しています。採用セミナーの開催や求人サイトへの掲載を行っており、幅広い分野からの採用に取り組んでいます。また、職員が母校を訪問するなど、事業所の魅力の発信に努め、人材確保に繋がっています。</p> <p>10. 研修計画が策定され、計画に基づき、階層別、テーマ別等の研修を、実施しています。外部研修情報は、各部署に配布し、希望する研修に参加できるように勤務調整をしています。ケアマネジャーの研修受講や社会福祉士等の資格取得支援についても、費用の助成を行っています。新入職員には、1年を通じて、他の職員は、年2回の面談を実施して、自らの課題や業務の振り返りの機会としています。</p> <p>11. 実習生受け入れについての基本指針を明確にし、受入れマニュアルを定めています。実習の受け入れについては、マニュアルに沿って、専門職種の特性に配慮した実習指導を行い、終了時にはミニカンファレンスを行い、習得状況の振り返りの機会を設けています。実習指導者に対する研修を実施しています。</p>		
さ						
		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. 有給休暇消化率や時間外労働は、毎月、勤務情報管理ソフトで管理し、就業状況に気を配っています。産業医・衛生管理者等による衛生管理委員会を設け、職員の就業状況の把握や健康管理等も行っています。定期的な個別面談や職員アンケートで、心身の状況等を本人から聞き取るなど、相談しやすい環境づくりに努めています。育児休業・介護休業については、就業規則に規定しています。最近では、職員からの要望を受け、短時間勤務や勤務時間の固定など、職員の働き方に配慮した勤務形態を取り入れています。職員の身体的・精神的負担軽減に繋がるように、介護ソフトの更新やインカム、見守りシステムの導入を、積極的に進めています。</p> <p>13. 産業医・衛生管理者を設置し、必要に応じて社会保険労務士とも相談できる体制ができています。定期的に個別面談や人事考課を行い、職員の意見や要望等を汲み取る仕組みができています。法人独自の福利厚生制度があります。事業所内に職員の休憩スペースが確保され、十分な休憩が取れるようになっています。ハラスメント規程があり、全職員を対象に研修を実施しています。また、利用者・家族にも重要事項説明書で、これらについて説明をしています。</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. 事業計画等に、地域との関わりについての方針が、明記されています。事業所の理念や事業所情報は、ホームページ、パンフレット、機関紙で発信しています。学区で実施する防災訓練への参加や施設で実施する防災訓練に地域の方の参加を募るなどで、地域ニーズを収集しています。また、地域で開催されている「大人の居場所作り」の行事に参加し、事業所の情報を提供するなど、地域との連携に努めています。</p> <p>15. ボランティア受入れマニュアルがあり、利用者が、地域の「あじさい祭り」や「餅つき大会」に参加しています。職員は、準備や後片付けなど積極的に協力しています。地域学区の女性会等地域のボランティアが抹茶を振るまい、利用者との交流を、定期的に行っています。地域の学校や職場体験等への協力体制ができています。</p> <p>16. 認知症サポーター講座に、講師を派遣しています。地域の自衛消防協議会・防火協会に所属し、活動に参画しています。施設が主催する総合防災訓練について、消防署や近隣自治会の意見を聴くなど、地域との防災連携に取り組んでいます。</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. 事業所情報は、ホームページ、パンフレット等で提供し、施設内のエレベーターや各フロアにも、掲示しています。関係ファイルは、受付カウンターで閲覧できるようにしています。情報の内容は、適宜、見直しをしています。ショートステイでの体験や見学、相談等に、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. サービスの利用に際しては、契約書、重要事項説明書でサービス内容等の説明を行い、利用者・家族の同意を、書面で得ています。保険外サービスについても説明しています。判断能力に支障のある利用者には、権利擁護の観点から成年後見制度の説明をし、適切に対応しています。		

(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)		<p>19. 包括的自立支援プログラムのアセスメント様式により、利用者の心身状況や生活状況等を把握し、記録しています。アセスメントシート作成の際は、看護師、管理栄養士、介護職が連携し、利用者ニーズの把握に努めています。サービス担当者会議では、討議した内容・結論・残された課題を、項目ごとに確実に記録しています。6か月に1回以上アセスメントを行い、利用者・家族の同意を得ています。</p> <p>20. アセスメントに基づき、長期・短期目標を定め、個別援助計画を作成しています。利用者・家族の希望を尊重して個別援助計画を作成し、計画決定の際には、同意を得ています。</p> <p>21. サービス担当者会議には、看護師、管理栄養士、介護支援専門員等が出席し、意見交換を行っています。職種・部門を横断した関係職員の連携を行い、利用者のQOLを高められるように、計画を作成しています。</p> <p>22. モニタリングを実施し、必要に応じてプランの見直しを行っています。計画の見直しの際には、専門家への意見照会を行っています。入院等で体調が変化した場合やターミナル期には、プランの変更を行っています。関係職員と情報が共有できるよう、ケアプラン一覧表に変更ケースをファイルし、常に職員が確認できるようにしています。</p>		
(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)		<p>23. 施設の嘱託医とは、24時間連絡体制が確保されており、情報や意見交換を行っています。利用者の入退院の場合は、主治医等医療機関から、必要な情報（退院カンファレンス等）を得ています。関係機関・団体リストを作成し、職員間で情報共有しています。南部地域包括支援センターや深草地域連絡協議会等との連携ができています。</p> <p>24. 他のサービスへの移行に当たり、サービスの継続性に配慮した手続きを行うことを、重要事項説明書に明記し、文書で引継ぎをしています。引継ぎ要綱等の作成をされることを提案します。退所した場合でも、再度、入所生活ができるように、相談を受ける窓口があり、利用者に伝えられています。</p>		

(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)		<p>25. 法人の共通マニュアルと施設独自の業務別マニュアルが、整備されています。人事考課の際に、マニュアルに沿ったサービス提供ができているかを確認しています。マニュアルの見直しにおいては、利用者の希望や事故報告書等を基に、担当者が毎年行っています。</p> <p>26. 利用者の状況は、支援経過に記載し、記録等は、鍵付きキャビネットで保管しています。利用者のデータは、個人情報保護規定に則り、職員ごとにPCのパスワードを設定し、管理しています。持ち出し規定は「行動基準書」に記載しています。利用者・家族には、重要事項説明書で、個人情報の取扱いについて説明しています。</p> <p>27. 利用者の情報共有は、ケアプランをファイルした実施記録表や毎日の申し送り、職員会議で行っています。定期的にケアカンファレンスを開催し、職員間の意見集約を行っています。事業所内の情報共有は、PCや申し送り、日誌の確認等で行っています。</p> <p>28. 個別支援計画作成前に、家族等に意見を聞いています。サービス提供情報は、カンファレンス時に家族に伝え、出席できない家族には、サービス提供情報を郵送しています。利用者の様子や施設の状況は、広報紙で伝えています。災害発生時や感染症まん延時には、電話やメールで連絡を行っています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>29. 感染症予防対策マニュアルが作成され、管理体制が整備されています。感染症予防等に関する研修を毎年行っています。常に最新の情報を入手して、マニュアルの更新を行っています。マニュアルに基づき、感染症が発生した場合の計画等が策定されています。感染症である利用者の受入れは、感染症対策指針に基づき対応しています。また、感染症に関する案件については、毎月開催する感染症対策委員会で検討しています。</p> <p>30. 事業所内の書類・備品等は整理・整頓され安全に保管されています。事業所内の清掃は定期的実施され、居室、食堂は定期的に、トイレ、浴槽はその都度消毒を行い、換気扇や空気清浄機を使用して臭気対策に気を付けています。また、調理室は栄養士が毎月点検を行い、更に年1回業者にも衛生点検を依頼しています。</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。	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)		<p>31. 事故や緊急時に対応するマニュアルが整備され、毎年、見直しをしています。法人研修では、警察官を講師に迎え、毎年、訓練を実施しています。事業所として、避難訓練を年2回以上実施し、外部からの侵入者に対する避難誘導訓練も実施しています。</p> <p>32. 事故発生時は、適切に対応した上で、利用者・家族、行政等に連絡しています。事故報告書を作成し、対応経過を記載しています。事故防止委員会で、事故・ヒヤリハットを分析し、再発防止に取り組んでいます。事故防止委員会で検討した内容は、マニュアルや事故防止対策等の見直しに、反映しています。</p> <p>33. 防災に関するマニュアルが整備され、指揮命令系統が明記されています。また、帰宅困難職員に対する対応マニュアルも整備しています。避難訓練は、夜間想定訓練を重点に、毎年実施し、消防署立会いの訓練も行っています。職員の安否確認のための連絡網があります。事業所には、3日分の非常食と飲料水を、備蓄しています。福祉避難所としての独自の防災訓練も行い、地域の総合防災訓練にも参加しています。</p> <p>34. 事業所が作成したBCPIは、自然災害や感染症まん延等により不測の事態が生じて、必要な介護を継続して提供できる内容となっています。感染症まん延防止に関する外部研修に、各部署の職員が参加しています。また、BCPIに基づいた地域との防災訓練を実施しています。</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)		<p>35. 利用者の人権等を尊重したサービス提供を行うことが、運営方針や重要事項説明書に明記され、業務マニュアル等に反映されています。利用者の希望や意向を聞き取る際には、丁寧な聞き取りを心がけています。利用者の人権等を尊重したサービスが提供できているかを、確認しています。職員の業務を振り返る「職員アンケート」を毎年行い、人権擁護や職業倫理、プライバシー保護等についての研修を、毎年実施しています。</p> <p>36. 虐待防止・身体拘束禁止に関するマニュアルが整備され、年2回の研修を実施しています。身体拘束・虐待防止委員会を、毎月、開催しています。不適切ケアについては、職員会議、虐待防止委員会で検討し作成したチェック表を用いて、年1回、確認しています。見守りセンサーの導入においては、必要性について、個別に検討しています。</p> <p>37. プライバシー保護についてのマニュアルを職員に配布し、定期的に読み合わせを行い、理解を深めています。また、毎年プライバシー保護についての勉強会を開催し、意識付けを行っています。浴室内へのカーテンやスクリーンの設置等、利用者のプライバシーに配慮しています。</p> <p>38. 入所指針に基づき、入所判定会議を行っています。公平公正に、緊急性の高い順に決定しています。医療処置が必要な場合には、医師、看護師と協議し、利用者の安全を確保できる対応策を検討しています。</p>		
tei						
		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)		<p>39. 館内に意見箱を設置し、家族の意見・要望を受けています。日常生活上の要望は、居室担当が相談を受け持ち、意見・苦情等は、相談・支援担当が聞いています。自らの意思を表明しにくい利用者に対しては、丁寧に聞き取りを行い、家族に利用者の意向を伝えています。年1回、利用者・家族へのアンケートを実施し、分析結果を基にして、職員会議で、協議・検討しています。</p> <p>40. 苦情等の対応方法をマニュアルに定め、苦情解決の仕組みは、重要事項説明書等で利用者の理解を得ています。苦情等があった場合は、速やかに施設長・上司に報告され、組織として迅速に対応しています。寄せられた意見等は、報告から対応・完結まで記録され、サービス改善に役立っています。苦情内容や改善状況については、玄関にファイルを置いて公開しています。</p> <p>41. 相談・苦情に対する第三者窓口が定められています。相談窓口の連絡先等は、重要事項説明書に記載されています。寄せられた苦情には、マニュアルに基づいて迅速に対応しています。</p>		

(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	A	B
		<p>42. 毎年、利用者・家族アンケートを実施しており、調査に関する担当部署やアンケート結果分析の会議があります。アンケート結果の集計は、職員会議で報告・検討し、サービス改善内容等について確認しています。</p> <p>43. 毎月の職員会議や介護職員の会議で、サービス改善について検討しています。全職員が参加できるように、パソコン内のファイルに意見・提案を書き込めるようにしています。法人内の他事業所の取組みを、管理職会議等で情報を収集し、職員会議にフィードバックし、参考にしています。</p> <p>44. 毎年、事業計画を基にした評価基準で、事業内容の評価を行っていますが、第三者評価で定められた評価基準との擦り合わせが、必要と思われます。検討された事業内容について、新たに課題とされたものは、次年度の事業計画に反映しています。第三者評価を、3年に1回、受診しています。</p>		