

アドバイス・レポート

令和7年5月16日

令和6年12月13日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **ハーモニーこがなの家** 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 (※)	法人のミッションを受け、各部門ミッションを年度当初に策定され、改善点と取り組むべき事項について、全職員対象に研修の場で周知されております。また毎月の運営委員会で部門ミッションの達成状況について報告と確認が行われています。組織的には半期ごとに成果をまとめて「継続」「見直し」「強化」の評価に基づき、理事会承認にて次期につなげるというPDCAサイクルで、サービスの質の向上を目指すしくみがきちんと整備されています。そして各会議ではミッションを基本に具体的な業務や取り組み内容が確認されています。 このミッションにおけるPDCAの取り組みは、法人のみならず、職員ひとりひとりの成長とモチベーション向上にも効果を発揮されるものと思います。そしてサービスの質の向上に向けた取り組みであると同時に、適切な目標設定によって業務の効率化が進むことで、時間的・金銭的・人的コストを見直し、生産性の向上の実現のためにも重要です。 地域活動においては、法人としてだけでなく、「ハーモニーこがなの家」のサービス付き高齢者住宅と認知症デイサービスの共通ミッションの重点項目として「地域との関係づくり」について明文化されております。 「こがなの家」の主体的活動として、コロナ禍で希薄になった繋がりへの再構築として、デイサービスのフロアーを活用し、毎月第三土曜日に交流カフェとして「らいとカフェ」を2021年から開催されました。地域の方々が気軽に立ち寄って頂き、デイサービスの利用者やサービス付き高齢者住宅に住んでいる方々との顔繋がり場となっています。また、2024年には、開設15周年記念行事として、秋祭りを地域ボランティアの方々と協働で盛大に開催されました。他にも認知症デイサービスとして、事業所の特性を活かした「認知症サポーター養成講座」を開催など、事業所が有する機能を地域に還元される取り組みや地域貢献活動を積極的に行っておられます。 素晴らしいのは、サービス提供者側だけの取り組みではなく、関係機関との連携や利用者本人を主体として、家族や地域と協力し合える関係性の中で、「人を支え合う」地域目的のもと支援体制が培われています。そして、地域の施設を利用するだけではなく、必要に応じて新たな社会資源を関係機関や住民と共に開発しながら、利用者の主体性や力を引き出していく地域づくりに向けて重要な役割を担っておられます。そこには、利用者と地域の住民が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えていくことに大きな意義があると思います。 毎月1回、全職員が参加する職員会議があり、その中で内部研修の位置づけもされており、意見交換や日々のケアの振り返りをされています。また法人内で取り組み状況の発表会を開催され、他施設や部署の取り組み内容の詳細を知る機会が設けられています。デイサービスでは、他の法人事業所と交換研修を実施されています。 このような取り組みは、職員にとって自己実現や達成感を味わえる有意義な取り組みであり、仕事に対してのモチベーションもあがると思います。言うまでもなく対人サービスにおいて、サービスを提供する側の知識や能力・技術の向上、イコール「サービスの質の向上」となりますので、法人としても理念の浸透や利用者満足度が上がる非常に重要な取り組みをされていると思います。職員が生き生きと満足して働ける環境を整備されており、職員個人のさらなる能力、意欲の向上が図れる体制は、法人の大きな力になっていると思われますので、是非この体制を発展的に取り組んで頂きたいと思います。
-----------------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）

本体の老人保健施設を中心に地域との連携や活動は、どこにも負けないほど一体化されています。今まで培ってこられた関係性の中で千草祭りや新たな集いの場のらいとカフェの開催等、そしてデイサービスで道沿いにご利用者の作品展示や販売など立ち寄って頂ける工夫など、地域を意識した取り組みを積極的に実践されていることに感動します。2024年開設15周年記念秋祭りには20名ほどボランティアさんの協力で盛大に開催されました。ただ、その関係性が厚いゆえにボランティアの受け入れについて、登録制ではなく、以前からの繋がり関係であり、体制や手続き等の仕組みは構築されていないと聞き取りました。施設や利用者のことは地域の方々に充分浸透しているのかもしれませんが、ボランティアの力を活かし、活動を継続させていくためには、受け入れるために体制を組織内で整えていくことが大切です。新たなボランティアの気づきや意見、提案を受け止め、反映していく姿勢と体制は、より一層のサービスの質の充実が図れるものと思えます。

ボランティアを受け入れ活用していくことを組織全体で共有し、漠然とした目的ではなく、具体的な目的を明確にすることで、地域との相互理解の深まりにつながる大切な取り組みとなります。今後ますますの地元の活性化や地域コミュニティづくりの拠点として期待します。

サービス提供にかかる標準的な実施方法は、早出・日勤・夜勤の業務マニュアルとして作成されており、見直しも年1回は実施されています。しかし、見直しに当たり、苦情や顧客満足度調査分析、事故防止策などの具体案が反映されるような仕組みにはなっていませんでした。

アンケート結果を上手に活かして業務改善に取り組めば、業務改善がスムーズに進むだけでなく、事故防止策などからトラブルを未然に防ぐこともでき、業務の現状や課題が可視化できることになります。それにより従業員の満足度の向上やモチベーションアップも期待できますので、最適ツールとして仕組みづくりに取り入れていただければと思います。

事業所玄関には「ほめしかBOX（ほめてください、しかってください意見箱）」が設置され、利用者から届いた意見・要望・苦情は、本体の老人保健施設と連携の中、組織として早急に対応や検討をされ、記録も残されています。しかし、改善状況を公開はされておりませんでした。今後は、毎月発行されている通信で、個人情報保護に配慮しながら公開予定との事です。

「利用者」にとっては、サービスに対する満足度が高まりますし、権利侵害やプライバシー等の侵害から早い段階で対応して頂くことで深刻化を予防できます。

「事業者」にとっては、サービスの改善に繋がりますし、継続したサービス利用や利用増加等に繋がり、サービスの質の向上が図られます。

今後の対応方法を是非マニュアルにも定めて頂ければと思います。

具体的なアドバイス	「ハーモニーこがなの家」は、桂川の西側の自然にも恵まれた落ち着いた雰囲気 の住宅街にあります。 2階・3階がサービス付き高齢者向け住宅で、1階が認知症デイサービスセンター になっています。サービス付き高齢者向け住宅は16戸で地域密着型特定施設入 居者生活介護を提供されています。家庭的な空間で我が家として自由に暮らせ る中において、困った時や必要な時にはそばに専門職員が支援をしてくれる安 心な住まいとなっています。 認知症対応型デイサービスも少人数で、おひとりお一人の「〇〇したい」を形 にし、笑顔を大切にすることをモットーにされています。認知症専門職が配置 され、地域にとって、認知症ケアの拠り所としての重要な役割を担っていま す。 建物にも施設というよりも木のぬくもりがあふれる和風の自宅のような佇まい です。1階の玄関は、土間で皆さんで作った味噌の瓶がありました。誰もが気軽 に立ち寄れる雰囲気です。2階・3階は、真ん中にリビングがあり、個室も広 く、カーテンではなく障子を使用されています。各居室のベランダは、広い外 廊下となっており、菜園もあり眺めも良く、憩いのひと時を過ごせますし、そ の周りを散歩するだけで十分な運動ができます。浴室は個浴となっており、身 体的に不自由になると1階のデイサービスにあるリフト浴が利用できます。 「こがなの家」は、本体が近くにある法人保健施設のサテライト施設であり、 たとえ重度になっても連携があり、安心なシステムとなっています。 具体的なアドバイスとしては、気づきを上記「改善が望まれる点とその理由」 のところに記載しました。ご参考になればと思います。他には、建物がWi-Fi環 境となっていないとの事でした。やはり入居者や職員にとっては、昨今の情報 網環境としては望ましいことかと思えます。その環境整備されることをご入居 者・職員方々と共々に楽しみにしております。
------------------	--

※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	2690900101
事業所名	ハーモニーこがなの家
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型特定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)	認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	2025年3月24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)		1. ホームページや法人全体の事業計画書に明文化している。「こがなの家ビジョン2024」にも記載している。毎年5月の法人研修で、理念・ミッションを書面化し、口頭で説明し周知している。家族等へは、ホームページ掲載と施設内に閲覧可能な状態で設置し、家族等もみられるようになっている。月一回の「ハーモニーこがなの家便り」とブログ更新などで活動を周知している。 2. 組織の体系図があり、理事会評議委員会・法人管理職会議（本部会議）・企画管理会議（各部門長、各サービス責任者）において、適切な意思決定を行っている。施設内では月一回に各部門の会議や毎日の会議の中で全職員に周知を図っている。		

(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. 中長期計画を3か年で作成している。上・下半期それぞれで、振り返りと改善項目の確認を行っている。企画管理会議で毎月、管理会議で週一回、振り返りを行っている。利用者・家族へは、ホームページの掲載や家族会・運営推進会議の家族の参加時に伝えている。 4. 各会議でミッションに対する行動内容を確認している。理事会の議案書内事業計画で、ミッション→取り組み→上半期の報告→下半期の取り組みと進めている。		

(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、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。	B	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. 理事長と事務長がセミナーに参加している。業務マニュアル内に法令順守マニュアルがあるが、詳細については、インターネット検索やマネジャーに確認している。 6. 組織活性化プログラムで、2.3年に一度の上司の評価を行っている。管理職会議で共有し、以前の結果や比較をして改善内容などを確認している。本部との連携にて実施している。 7. 理事長が兼務で施設長になっており、介護部長が実質的な業務を担当している。日々の日誌（ミニカンファレンス記録）はサーバー上で確認できる。事故発生時等は介護部長の携帯に連絡が入るようになっている。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 「期待する職員像等」は、等級基準表にて定めている。「こがなの家ではこんな風に過ごします」で、家らしい雰囲気を守れるように努めている。職員の「成長記録シート」を基に評価と今後の目標などを決めている。人事評価シートで、本人と上司評価を照らし合わせて報酬にも反映される。 9. 広報人材開発チームの人事採用の担当マネージャーが、人事体制の管理を行っている。毎年新卒5名程度の採用を目標にしている。法人として地域活動を主体にしているため、それに興味を示す学生を中心に採用し、介護技術等の育成は同時に行っている。 10. 階層ごとに等級基準書の内容があり、必要な研修やスキルが設定されている。事業所毎の研修スケジュールが定められており、毎年取り組んでいる。職員が希望する研修は外部も含めて受講可能。受講料の負担は行っている。 11. 実習受け入れマニュアルを作成している。実習指導者連絡会に参加している。法人のインスタグラムで事業所の魅力を発信している。		
(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。	B	B
		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. 法人全体で労務管理を行っているが、各事業所でも把握している。ハラスメント等の相談がある場合の窓口は施設内に掲示している。労働環境の課題としてWIFIなどの通信など、ICTの活用面が弱いとの認識がある。 13. 老健のドクターが産業医となっている。2年に1度程度ストレスチェックをしている。介護・育児休暇取得は可能である。自主的な共済会があり、誕生日給付や食事会などの活動を行っている。休憩場所は和室、更衣室脇の休憩室や相談室などを活用している。		
(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	B
		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.パンフレットやSNSなどで事業所の活動を紹介している。運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加しており、地域の困りごとなどからニーズを把握して対応している。また地域ケア会議に参加して、地域のニーズを把握している。 15.「ボランティア受け入れマニュアル」を作成している。民生委員・老人福祉委員・町内会長らと連携をとって、馴染みのボランティアと千草祭りなどの近所のイベントにも参加している。しかし、ボランティアの登録体制が整備されていなかった。また関係機関の実施する職場体験等についての基本姿勢が明文化されていなかった。 16.認知症サポーター養成講座を年に3回は開催している。デイサービスのフロアを活用し、交流カフェを毎月第三土曜日に開催している。
--	--	------------	---

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に事業所の情報を掲載している。情報の見直しについては、改訂や利用者に変化があった際にあわせて情報更新している。見学に関しては希望があれば、随時対応を行っている。問い合わせがあった場合は、入居問い合わせ情報に記録を残している。特定施設・デイサービスではお試し利用を行うことができる。		

(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. 貸借契約書・利用契約書・重要事項説明書（介護保険・賃貸・有料老人ホーム）から説明し、同意を得ている。保険外サービスに関する料金についても料金表に記載されている。4名ほど後見人がついている入居者、生活保護受給者の方もいるが、社会福祉法人として社会貢献として補助もしている。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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。	B	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、記録はデータ管理をしている。アセスメントについては、データと紙面で管理している。書式は独自に作成したシート（アセスメント表・栄養スクリーニング表、介護・看護・リハビリテーション・栄養サービス計画書）を利用している。介護記録についても、独自の書式を作成し、活用している。アセスメント及び計画書は、通所は3カ月、特定施設は半年に1回見直しを行っている。 20、ケアプランを説明し、本人・家族より同意を得ている。サービス担当者会議に直接本人や家族が参加されない場合もあるが、時間をおいて本人に説明する機会を設けている。 21、介護記録にサービス担当者会議の記録を残している。例えば管理栄養士と連携を図って、その記録をケアプランに反映させている。 22、特定施設では、ミニカンファレンスを通して、利用者の変化を職員間で確認している。デイサービスでは、計画変更時にはアセスメントを行い、適宜情報提供している。職員には、「ケアプラン作成マニュアル」を配布し、ケアプラン作成の流れを周知している。		

(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、提携している医師に月2回来てもらい、定期的に診察を受ける機会を設けている。必要に応じて他科受診を検討している。入院が必要な際は、サマリーの提供を行っている。退院時には入院先病院と連携を行い、状態把握に努めている。母体の老健から入所へつながることが多く、老健(職員・医師)から特定施設(職員・医師)へ情報提供している。担当医と利用者の医療情報について共有する機会を設けており、記録を残している。 24、担当医が入院医療機関と連携を図ってくれて、スムーズな入退院の連携が行えている。ターミナルケアが必要になった際は、担当医から特別指示書をもらい、訪問看護に支援してもらうことがある。夜間帯に何かあれば、管理者等が駆けつける。看取りが終わった際に職員内で振り返りを行い、ケアの振り返りをする機会を設けている。家族にも看取り対応に関する感想を確認するようにしている。		
(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。	B	B
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、業務マニュアルが作成されており、実践的な内容が記載されている。「デイサービスではこんな風に過ごします」にて、それぞれのケアに関して利用者の尊厳やプライバシーに配慮されたケア方法が記載されている。具体的な介助手順については、各種対応マニュアルに記載されている。所内研修の中で、声かけ・認知症ケア等、ケアの見直しを行う機会を設けている。業務マニュアル等の見直しの機会は、見直しの時期を設け、年に1回見直す機会を設けようとしているが、なかなか行えていないのが現状である。満足度調査や事故発生(ヒヤリハット)すれば適宜検討の機会を設けるようにしている。その内容がマニュアルにまで反映が出来ていない。 26、個人情報保護規程(ホームページにも記載)が策定されており、責任者は理事長となっている。別記にて、保管(重要事項説明書に保管期間5年と記載されている)や保存、持ち出し、廃棄に関する規定が記載されている。年2回権利擁護の研修を行っており、その際に個人情報保護に関わる研修の機会を設けている。利用者・家族には契約時に情報提供している。 27、利用者に変化があれば、15時30分からのカンファレンスや申し送りを通して職員間で共有を行っている。各フロアにパソコンがあり、サーバーから情報を記録を確認することが出来ている。 28、面会者受付簿で記録残している。来られた家族には、近況をお伝えするようしており、話した内容については、記録に残すようにしている。広報誌を送る際に、一人ひとりの写真を添えてお渡しするようにしている。感染症発生時は、家族へ連絡し、情報提供を行うようにしている。		

(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、感染マニュアル・BCPを作成している。管理体制については、明文化して、役割分担をしている。研修実施時は、職員間で回覧を行い、情報共有を行っている。研修実施時に訓練の機会を設けており、物品や、緊急時施設内環境がどのようになるかをイメージできるようにしている。有事発生時は、電話連絡やグループLINEを活用し、連携を図るようにしている。感染症発生時は、特定施設では個室対応としている。デイサービスでは、環境調整を行いながら対応をしている。 30、休憩室の中にクローゼットがあり、そこに備品を整理して収納している。掃除はフロアと外の掃除は出勤スタッフがやっている。特定施設の各居室は週に1回掃除を行うこととなっている。		
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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		31. 研修時にマニュアルを用いて説明している。看護師等（病状急変時マニュアル等）との連携が記載されている。連絡先が入力された携帯を使用している。 32. 事故報告書にて、事故後の対応、家族への報告、原因、防止策等を記載する。委員会はないが月一回の職員会議で話し合っている。 33. 防災マニュアルを整備している。昼間と夜間の内容記載をしている。年に2回、避難訓練を実施し報告書にまとめている。「こがなの家 消防計画」に自衛消防隊の編成と任務を記載している。職員緊急連絡網・備蓄倉庫の備品リストも整備している。 34. BCPのマニュアルを作成している。ハザードマップを参考にし、水害などの想定を行い、対策を講じている。		

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. 利用者の人権や意思を尊重したサービス提供については、業務マニュアル・事業計画等に明文化している。「主体的・自律的な生活」「ご利用者が持っている力・その人らしい生活」を掲げ、職員全体で共有している。成長記録シートをもとに振り返りをしている。 36. 高齢者虐待防止のための指針を整備している。権利擁護の研修について、虐待防止法と身体拘束について、法人で年1回、事情所内で年1回実施している。不適切ケアについてスピーチロック等の研修も別途実施している。 37. プライバシー保護のマニュアルを整備している。入浴や排せつなど場面ごとのプライベート空間での配慮など、また夜間用整備等を確認し、具体的な対応について共有し実施している。研修は個人情報保護の時の研修時に行っている。 38. 利用申し込みを断ることがない。医療ニーズの高い入居希望者については、本体老人保健施設の看護と連携して受け入れ先を検討する。認知症症状で周囲に迷惑をかけるケースでは、説明の上、移ってもらったことがある。通所で、受け入れ困難ケースは短時間利用等可能な限り柔軟に対応し、必要に応じて地域ケア会議を開催している。				
	(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	公的機関等の窓口に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. 家族会にてどのような取り組みをしてほしいか等の意向を確認する機会を設けている。ケアプラン作成時に本人とご家族のご意向確認をしている。家族から、もう少し外出させてほしいという声や、コロナ時に日ごろの様子を聞かれたりすることはあった。レクリエーション等は強制にしないなど選択できるようにしている。利用者側が相談しやすい職員を選んでいる。 40. 苦情解決対応マニュアルを整備している。苦情解決委員会を設置、第三委員者を含めた苦情解決委員（14名）がいる。「ほめしかBOX（ほめてください・叱って下さい意見箱）」を設置している。しかし、苦情や要望、また改善状況は公開できていない。 41. 第三者の苦情委員の設置有り、重要事項説明書に記載と事業所玄関先にも掲示している。病状から転出をやむなく行う場合は、家族と納得がいくまで話し合っている。				
	(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	B	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. 満足度調査アンケートを年に1回行っている。分析と検討結果について、調査後の会議の中で職員間で共有を行っている。 43. サービスの質について、法人内の他事業所間の取り組み発表を互いに行っている。他法人との職員交換研修を行っている。 44. 各部門で振り返りを行い、理事長とも共有している。第三者評価の受診が今回は4年に1回になってしまった。				