

アドバイス・レポート

2025年8月25日

令和6年7月24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長生園 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 (※)	(通番12) 労働環境への配慮 リフレッシュ休暇や連続休暇の義務化、社労士が同席する労働管理会議の実施、男性の育児休暇取得実績、さらに「仕事と家庭の両立」の標語の掲示など、職員のワークライフバランスやメンタルヘルスへの配慮が多方面から行われております。これらの取り組みは、安定した職員体制や高い定着率にもつながっており、持続可能な人材確保に向けて好ましい取り組みであるといえます。 (通番14) (通番15) 地域との連携・情報発信及び交流 福祉避難所として施設を開放したり、感染症研修を近隣自治体と連携して開催したりするなど、施設が地域の福祉インフラとして機能している点は優れております。また、盆踊りサークルへの活動場所の提供や、高校生の福祉体験の受け入れなど、日常的な地域交流も実施されており、中長期計画に掲げられている「地域福祉の推進」に基づいた取り組みが具体化されている点は、高く評価できます。 (通番29) 感染症の対策及び予防 従来型の構造であることから感染症対策において一部制約があるものの、厚生労働省管轄の看護師が現場に入り、直接指導や助言を行うなど、実践的で専門的な支援を取り入れながら感染症対策を強化している点が評価できます。京都府との連携による実地研修の実施も、職員の対応力向上につながっております。インフルエンザが流行する中でも、看取りの際には面会制限を設けず、家族がそばで過ごせるよう配慮されており、利用者のご家族の尊厳を大切にされた柔軟な対応が見られます。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	(通番24) サービス移行時の連携・相談対応 医療的ニーズや他法人へのサービス移行は適切に行われていますが、対応手順が明文化されていないため、職員間での対応のばらつきや記録の不備が生じる可能性があります。「移行支援マニュアル」や「サービス終了時手順書」として、必要な記録項目・説明内容・関係機関との連携フローなどを整理し、職員が迷わず対応できる仕組みを構築することが望まれます。 (通番26) サービス提供に係る記録と情報の保護 現在、ケース記録にはタブレットを活用した音声入力が入力されており、手書きからの移行が順調に進められています。記録内容も具体的に記載されており、記録の質は十分に確保されているといえます。また、個人情報保護や情報開示に関しては、入社時の新人研修において周知が行われており、職員への基本的な意識付けはなされています。 一方で、記録の保存方法や外部への持ち出しに関する運用ルールが明文化されておらず、情報管理の面で不明確な点が残っています。今後は、記録データの保存期間、保管場所、閲覧権限、外部持ち出しの可否と手順などを含めた運用ルールを文書化し、全職員に周知することで、情報セキュリティの強化と記録管理の適正化が図れることが望まれます。併せて、定期的な研修により継続的な理解促進を図ることも効果的です。 (通番39) 意見・要望・苦情の受付 現在、利用者満足度調査は実施されていない状況です。日常的な聞き取りや面会時における個別の意見収集は行われており、一定の対応はされていますが、利用者全体の傾向やニーズを把握するには限界があります。 そのため、年に1回程度、アンケート形式による「利用者満足度調査」の実施をお勧めします。調査結果は職員会議などで共有し、具体的な改善策の検討に活かすことで、サービスの客観的な評価と継続的な質の向上が期待できます。特に、回答の匿名性を確保することで、利用者やご家族からの率直な意見が集まりやすくなり、施設運営への信頼性向上にもつながります。

具体的なアドバイス

社会福祉法人長生園は、長年にわたり地域の高齢者福祉に取り組んでこられた歴史ある法人です。設立以来、地域ニーズに応じたサービス展開を進められ、現在も特別養護老人ホームをはじめとする各事業において、地域に根差した支援体制を整えておられます。特別養護老人ホームでは、地域の医療機関と連携した体制が確立されており、利用者が健康面・医療面の両方で安心して暮らせるよう配慮されています。

また、ケアハウスやグループホーム、ショートステイなどの各事業においても、利用者やご家族が安心して過ごせるよう、看取りまでを見据えた包括的な支援が行われており、信頼と安心につながっています。

「和み、尊厳、安心」という法人理念は、時代や制度が変化する中であっても職員一人ひとりにしっかりと根付いており、すべての利用者が穏やかに、そして尊厳をもって安心して暮らせる環境づくりに尽力されています。これまで培われてきた地域福祉への貢献と実践力は、今後も地域にとって欠かせない存在であり続けることが期待されます。

看取りに関しては、全体の約9割の利用者が希望されており、協力医療機関との関係性がしっかり築かれているため、安心して最期を迎えられる体制が整っております。利用者の平均年齢は87.1歳（男性84.7歳、女性88歳）、平均介護度は3.7と比較的高い水準にありますが、アセスメントを丁寧に実施し、適切な介護計画に基づいた質の高いサービス提供が行われています。

また、職員間の関係性は風通しがよく、50年勤務されている職員もいらっしゃることから、働きやすい職場環境が整っていることがうかがえます。災害対策においては、過去の水害の経験を活かした実践的なマニュアルが整備されており、実効性のある対策が講じられています。

地域との関係においては、「困ったときの長生園」として地域に信頼される存在となっており、理事長自らが支援学校で福祉の講義を行うなど、地域貢献活動にも積極的に取り組まれています。

一方で、改善の余地がある点としては、利用者満足度調査が実施されていないことが挙げられます。調査を導入することで、利用者の声を客観的に把握し、さらなるサービスの質向上につなげることが期待されます。また、事業計画の内容を広く公開することや、ボランティア受け入れ体制を整備し積極的に取り組むことも、地域とのつながりを強化するうえで効果的と考えられます。今後は、利用者や家族の声を広く取り入れる体制を整えることで、より一層のサービス向上と地域福祉への貢献が期待されます。

※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	2671500102
事業所名	特別養護老人ホーム長生園
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
訪問調査実施日	令和7年1月15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) 毎朝9時から会議室で各部署の代表者が参加するミーティングを実施している。ミーティングでは法人の理念・方針の唱和を行い、職員全体への意識付けを図っている。理念・方針は広報誌（瓦版）や館内掲示を通じて周知されており、利用者との契約時にも説明を行っている。 2) 事会は年3回開催しており、議事録は全スタッフが閲覧できるようフロアに配布している。月1回の部長会議では、経営状況やハラスメントに関する情勢報告を行い、組織内の情報共有に努めている。また、パソコンのシステムを活用し、議事録や周知文書などを誰でも確認できる環境を整備している。		

(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		3) 単年度事業計画は年1回見直しを行っている。家族や利用者への周知として館内に掲示はされているが、直接的な説明は実施されていないのが現状である。職員向けには計画の見直しが定期的に行われ、内部では一定の管理体制が整っている。 4) 毎月管理職会を開催し、各部署の責任者が課題や問題点について意見交換を行っている。特養ではさらに5部署が参加する課長会議を実施しており、直近ではおむつの種類見直しについて複数回にわたり協議を行った。目的は経費削減であり、その結果や内容については一般職員にも報告し、経費意識を高める取り組みが実施されている。		

(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) 法令順守に関する研修は、人権研修に総務職員が参加し、その内容を伝達研修として全職員に実施している。研修内容の報告は紙媒体での回覧に加え、パソコン上でも閲覧可能な状態にしており、職員がいつでも確認できる体制が整っている。 6) 管理者の役割は、職員給与等支給規則内の資格等級基準書に明文化されている。理事長は全職員との面談を実施しており、各部署でも部長が都度ヒアリングの機会を設けている。これにより、全職員が理事長に意見を伝えることができ、管理職への評価や意見交換の場として機能している。 7) 緊急時にはチームスを活用して迅速に連絡が取れる体制が整備され、ケア記録も常時確認可能な状態にある。対応マニュアルには緊急時の連絡内容や管理者・家族への報告手順が明記されており、職員が適切に対応できるよう配慮されている。		

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。	B	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) 期待する職員像は行動規範として館内に掲示し、全職員に周知している。年に1～2回の個人面談を通じて、資格取得や昇給に向けた目標設定やアドバイスを行っており、職員の成長を支援する体制が整っている。 9) 人員は法定基準に沿って確保されており、安定した体制が整っている。中には50年間勤務している職員もあり、定着率の高さがうかがえる。高卒求人も実施しており、実際に入職につながっている。採用は法人単位で行っており、長期的な人材育成と安定した人員配置が可能な仕組みが整備されている。 10) 施設内研修計画は整備されており、年1回の事業計画見直し時に更新されている。研修委員会が資格取得に関する研修計画を立案し、交通費や食事代は施設が負担している。外部研修としては看取りや認知症に関する研修に参加しており、研修後は内容の回覧を通じて職員間で共有されている。 11) 看護学校からの実習受け入れを行っており、地域貢献として高校生の福祉体験も受け入れている。実習受け入れマニュアルが整備され、チェック欄を設けることで受け入れ体制の質を確保している。また、実習指導者には研修を実施している。		
(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。	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) リフレッシュ休暇3日に加え、5日間の連続休暇取得が義務化されており、職員の働きやすい環境が整備されている。日常的に職員からの相談対応を行い、必要に応じて外部医療機関への連携も実施。月1回の労働管理会議には社労士が同席し、労務環境の整備に努めている。「仕事と家庭の両立」の標語を掲示し、男性の育児休暇取得実績もある。介護記録はタブレット入力を導入し、センサーマットの活用や定期的な見直しも行っている。 13) 協力医療機関の委員長が産業医として関わり、職員の健康管理に寄与している。職場の風通しを良くする取り組みとして、弁護士に依頼し全職員対象のアンケートを実施した。ハラスメント対策としては、セクシャルハラスメントおよびパワーハラスメントの防止規定を整備し、内部通報規定にも関連内容を盛り込んでいる。また、休憩室は職員がくつろげる環境として整備され、働きやすい職場づくりが推進されている。		

(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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)		14) 中長期計画に「地域福祉の推進」が明記されており、地域との関わりを重視した運営が行われている。施設は夏季に避暑施設として地域に開放し、盆踊りサークルのボランティア活動の場も提供している。介護度が低い利用者についても、地域ニーズに応じて柔軟に受け入れを行っており、空床の積極的な活用も実施している。 15) 現在、ボランティア受け入れマニュアルは整備されていないが、将来的な受け入れを見据え、今後の体制整備が求められている。一方で、地域の学校からの福祉体験教室の受け入れは継続的に実施している。 16) 京都府感染症サポートチームの協力を得て、近隣自治体から参加者を募り、感染症に関する研修を開催した。さらに、管理栄養士が病院に出向いて講義を行うなど、専門職による地域支援も実施している。		

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。	B	A
	(評価機関コメント)		17) ホームページやパンフレットは整備されており、内容も適宜見直しが行われている。入所申込や見学希望に対する相談記録は適切に整備され、対応内容も記録に残している。体験入所についてはショートステイサービスを活用して実施しており、入所前の不安軽減やサービス理解に繋げている。		
(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) 入所契約書は整備されており、利用者や関係者から適切に同意を得ている。後見人がついている利用者については、後見人が契約内容に同意しており、法的手続きも適切に行われている。		

(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) 入所前の相談時には「利用前面接報告書」を作成し、利用者の状況や希望内容を記録として残している。報告書の見直しは年に一回実施しており、内容の適正化と質の向上に努めている。 20) 週1回の定期的なサービス担当者会議を実施している。会議に先立ち、利用者および家族の要望を確認し、それを基に各専門職がアセスメント用紙を作成している。これにより、利用者の状況やニーズを的確に把握し、個別性のある施設サービス計画書の策定につなげている。多職種連携が機能している。 21) 施設サービス計画書の策定にあたっては、多職種が一体となって参画しており、入所施設としての特性を踏まえ、計画の立案から決定に至るまで一貫して多職種連携が図られている。サービス担当者会議も定期的に開催され、各専門職が役割を持って参画shiteiru。 22) サービスプランの見直しは原則として年に1回実施しており、利用者の状況変化がある場合には適宜対応している。モニタリングも年1回実施され、普段の様子を踏まえた見直し手順は、事業計画および運営規定に明記されている。利用者台帳も整備されており、職員は出勤後に内容を確認する運用がなされている。			
(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。	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。	A	A	
(評価機関コメント)		23) 医師との連携は看護師が中心となって担い、入退院時には必ず同席し、利用者の状態把握に努めている。関係機関一覧表は整備されており、相談員が担当し適切に保管している。台風などの災害時や空床が発生した際には、ケアマネジャーからの一時利用の連絡に柔軟に対応している。 24) 他法人や医療ニーズに対応可能な施設へのサービス移行は適切に実施されており、利用者の状況に応じた対応が行われている。しかし、移行に関する具体的な手順は現時点で明文化されていない。			

(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。	B	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) 介護技術に関するマニュアルとして「基本的な介護法」の冊子が整備されており、その他のマニュアルも存在するが、作成日が古く見直しが必要な状況である。日々の引継ぎ（ミニ会議）では介助方法の見直しが行われており、実践の中での改善が図られている。一方で、マニュアルの見直し基準は明確に定められていない。 26) ケース記録は、タブレットを活用した音声入力を導入しており、手書きからの移行が進められている。記録内容は具体的に記載されており、記録の質は確保されている。一方で、記録の保存方法や外部への持ち出しに関する規定は明記されていない。個人情報保護や情報開示については、入社時の新人研修で周知されている。 27) 日々の支援内容は処遇用紙に記録され、その内容をケース記録へ転記する運用がなされている。ミニ会議や職員会議が定期的に行われており、申し送りを通じて職員間の情報共有が図られている。また、チームスを活用することで法人全体の動きもリアルタイムで共有されており、組織全体での連携体制が整っている。 28) 家族との面接は主に面会時に実施しており、災害発生時や感染対策が必要な際には、個別に連絡を行っている。一方で、日常の状況やモニタリング結果を定期的に家族へ伝える明確な仕組みは整備されていない。			
(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) 感染症対策マニュアルが整備されており、各職員の責任と役割が明記されている。年間研修計画に基づき、年2回の感染症対策研修を実施しており、加えて京都府による感染症実地研修も行っている。居室には陰圧機を導入し、二次感染防止のための具体的な設備対策も講じられている。 30) 事業所内は整理整頓が行き届いており、清潔な環境が保たれている。清掃業務はシルバー人材センターから専属スタッフを直接雇用して対応しており、安定した体制が確立されている。さらに、オゾン脱臭装置を設置することで臭気対策も講じられており、利用者にとって快適な生活環境が維持されている。			

(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)		31) 事故発生時の対応についてはマニュアルが整備されており、年間研修計画に基づき、定期的に研修や訓練を実施している。指揮命令系統図として緊急連絡網が職員室に掲示されており、緊急時の迅速な対応が可能な体制が構築されている。 32) 事故報告書は発生都度作成され、対策内容や保険者・行政への報告書類と併せて適切に保管されている。事故防止委員会が設置されており、検討と報告の場として機能している。事故およびヒヤリハットの事例は毎月集計され、管理職会で報告・検討が行われている。 33) 災害発生時の対応として「非常災害対策マニュアル」が整備されており、年間研修計画に基づいて職員向けの研修および災害訓練が実施されている。施設は福祉避難所として地域に開放される体制があり、地域との協力体制についてもマニュアル内に明記されている。 34) BCP（業務継続計画）は自然災害発生時と感染症発生時の両方に対応して整備されている。特に事業所の立地において水害リスクが想定されることから、過去の水害被害の写真を活用した実践的なマニュアルが作成されている。		

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) プライバシー保護委員会が設置されており、3か月に一度の定期会議を通じて個人情報の保護体制を整えている。利用者の意思決定支援においては、筆談や指差しなどの手段を用いて意思をくみ取る工夫がなされており、本人の意向を尊重した対応が行われている。 36) 虐待防止に関する研修は、外部講師を招いて年2回実施しており、職員の意識向上と知識の定着を図っている。身体拘束禁止については、「緊急時の身体拘束に関する説明書綴り」に具体的な説明が明記されており、必要最小限の対応に留める姿勢が示されている。 37) 多床室は間仕切りを設置することで半個室化されており、利用者のプライバシー保護が図られている。また、居室の扉は常時閉められており、個々の空間が確保されている。環境面においてもプライバシーへの配慮が徹底されている。 38) 入所にあたっては入所選定委員会で適正な判定が行われており、公平かつ客観的な入所決定が実施されている。支援が困難なケースについては、地域包括支援センターなどと連携し、個別の状況に応じた支援を行っている。医療的ニーズが高い利用者については、他の受け入れ機関と連携し、適切なサービスへとつなげており、地域資源を活用した対応が実践されている。		

(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っている。	B	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) 以前提供されていた食事の選択メニューは、今後の再導入が予定されている。現在は喫茶の際にメニューを用意し、利用者が自ら飲食物を選択できる機会を設けており、自己決定を尊重した取り組みが行われている。一方で、利用者満足度調査は実施されていない。 40) 苦情対応については受付シートが整備されており、職員間で情報を共有する体制が取られている。苦情や利用者・家族からの意見に対しては個別に対応しているが、内容を公開する仕組みは整備されていない。職員内での対応体制は確立されており、今後は意見の透明性や改善事例の共有を図るための公開体制の検討が求められる。 41) 苦情・相談対応として第三者相談窓口が設けられており、利用者や家族が安心して相談できる体制が整備されている。重要事項説明書には相談窓口の連絡先が明記されており、入所時からの丁寧な説明が行われている。さらに、介護相談員の定期的な訪問もあり、中立的な立場からの意見聴取や対応が可能となっている。			

(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っている	C	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。	C	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	A	
(評価機関コメント)		42) 利用者からの個別相談や意見については、職員間で共有され、必要に応じて改善に向けた対応が講じられている。日常的な対話を通じたフィードバック体制は整っているが、全体的な傾向を把握するための利用者満足度調査は実施されていない。 43) サービスの質の向上を目的に、おむつの種類の見直しなど具体的な検討が行われている。利用者の快適性やケアの効率性、さらには経費削減も考慮しながら、現場の意見を反映した改善が進められている。 44) 自己評価は現在実施されていないが、第三者評価は定期的に受審しており、外部の客観的な視点による評価を通じてサービスの質の把握と改善に努めている。			