

## アドバイス・レポート

2026年 2月 27日

令和 7年 5月 16日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（事業所名）につきまして、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><b>○理念の周知と実践</b> 令和3年にそれまでの経営理念を「新経営理念」として一新し、その浸透のために、掲示や唱和だけでなく、職員一人ひとりが順番に、全職員に対し理念に基づいたメッセージを発信するという取組を、何年も継続して実施されてきました。そういった地道な取組の積み重ねの結果、同じ方向を向いて頑張れる職員が増えてきているとのことでした。定めた理念を形骸化させず、きちんと実践に反映する取組です。</p> <p><b>○労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）</b> 職員の負担軽減のため、全居室に赤外線カメラ・生体センサーを設置するなど、積極的に介護DXに取り組んでいます。導入にあたっては、プライバシーについて職員間で慎重に議論を重ねた末、判断されています。ほかにも、ノーリフティングケアに取り組み床走行型リフトを導入するなど、常にアップグレードを図る姿勢は高く評価できます。</p> <p><b>○管理者等によるリーダーシップの発揮</b> 看護師資格を持つ施設長がこまめに現場に顔を出し、職員と近い関係性をたもちバックアップすることで、相談しやすく活気のある職場づくりの情勢に寄与されています。チャットワークなどの社内インフラは万全に整備されていますが、それに頼り切るのではなく、対面でもタイムリーに相談できる体制があり、職員からも「働きやすい」「良い職場だ」といった声があります。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○業務マニュアルの作成</b> 聞き取りをするなかで、資料等は作成されていますが、全体的に資料がばらついており、どの書類がどこにあるか、どこに何があるかが課題でした。とくにマニュアルは、必要なときにすぐに確認できないとマニュアルとしての機能を発揮できないので、改善が望まれます。</p> <p><b>○個別援助計画等の見直し</b> 個別援助計画については、定期的に、あるいは適宜適切に見直しを実施されていますが、その時期や手順を定めたマニュアルや文書が確認できませんでした。 今は当たり前に行っていることも、人が変わればその重要性が伝わらず、おろそかになるリスクがあります。きちんとマニュアルや文書に明示し、人が変わっても滞りなく実施される体制づくりが求められます。</p> <p><b>○評価の実施と課題の明確化</b> あらかじめ定められた評価基準に基づく自己評価が実施されていませんでした。できていること、できていないことを定期的に確認することは、自らのサービスの質の振り返りにもなりますし、客観的な立ち位置を可視化し、職員全体で共有することにもつながります。事業のモニタリングという意味でも、定期的な自己評価が求められます。</p>

## 具体的なアドバイス

地域密着型介護老人福祉施設 橋 は、社会福祉法人福知山学園が平成24年2月に開設した施設です。福祉DXに力を入れておられ、静脈認証の勤怠管理システムや、スマホでの状況確認など、他法人に先駆けて様々なICT機器を導入されており、働きやすい職場環境の整備に努めておられます。とりわけ赤外線カメラと生体センサーは、入所時に必ず丁寧な説明をし、同意を得られていますが、転倒・転落の防止により通院回数が減るなど、リスクマネジメント面での効果が目に見える形で現れています。また、正面玄関に筆談用のホワイトボードを設置したり、入浴の際にバスクリンを用意したりと、現場の中で数々の、地味ながら小さな配慮が行き届いており、結果としてウェルビーイングの向上に繋がっていることが感じられました。

コロナ禍以降、途絶えがちだった地域とのかかわりも少しずつ再開されており、今後、ますます地域になくてはならない施設として、存在感を発揮されることを期待します。以下、具体的なアドバイスを挙げさせていただきます。

### ○業務マニュアルの作成

倉庫のなかの物品はきっちり整理整頓されていまして、書類に関しても同じように、不要なもの、過去のものは適宜処分し、必要なものだけを残すよう意識されてみてはいかがでしょうか。

### ○個別援助計画等の見直し

個別援助計画に限らず、マニュアル全般に言えることですが、いま、当たり前前にできていることについても、マニュアルに記載があるかどうかあらためて点検されて、必要に応じ追記されてはいかがでしょうか。

### ○評価の実施と課題の明確化

第三者評価を受診するのは3年に1回としても、共通評価項目チェックシートの自己評価を毎年実施し、できていないところは次年度の事業計画に記載の上で改善に取り組み、その成果を3年に1回、評価機関に確認してもらう、という流れをお勧めします。

(様式6)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2692600154
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設 橘
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設
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
訪問調査実施日	令和8年2月26日
評価機関名	特定非営利活動法人 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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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) 経営理念や運営方針が施設内のさまざまな箇所に掲示されており、昼礼のときに唱和している。経営理念の浸透を目的に、チャットワークに経営理念に関するメッセージを毎週ひとりあげる取り組みを行っている。入職時にも経営理念に関する研修を実施している。実際の支援の場をを経営理念に紐づけて説明できるようにすることで、具体的な行動に繋げている。 2) 職員会議は行っていないがチャットワークでタイムリーな情報共有、意見交換を行っている。ユニット会議を随時行い、サービス向上ミーティングにあげ、運営会議（副施設長会議）、施設長会議、財務会議へとボトムアップされている。最終的に理事会で決定し、組織運営に反映している。施設長会・管理者会議は月1回、理事会は毎月開催されている。月2回法人に稼働状況を報告している。各職員の役割は事業計画に明記されている。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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) 中長期計画はちょうど期入れ替わりの時期であり、コンサルタントと共同で策定中である。コンサルタントの用意したひな形をもとに、レクチャーを受けながら現場で計画を策定している。事業計画はホームページですべて公開しており、利用者・家族も見ることができる。会議録はグーグルドライブですべての議事録が確認できる。職員の要望を反映し、補助金を活用しながら床走行型リフトを導入した。 4) アクションプランを作成し、改善に取り組んでいる。居室内の転倒防止策としてのAIビューの導入、とろみの均質化を図るためのとろみサーバーの導入など、介護DX化をすすめ、負担軽減と質の向上に努めている。職員ES向上と虐待防止対策の取り組みとして、法人の各施設長が理事と一緒に各事業所をまわって、聞き取りをするインターナルマーケティング調査を毎年実施している。理事長の方針としてトップダウンを嫌っており、ボトムアップを促している。			

(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。	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) 法人全体で管理者向けの法令順守研修を実施している。市や府の研修にも参加している。福知山学園のポータルサイトに法人の各種規程等を格納しており、事業を取り巻く法令はリンクを貼ったQRコードをマニュアル集に綴じこんでいる。 6) 各職位の役割は施設長会議で協議され、事業計画に明記されている。人事考課面談に加え、随時必要に応じてヒアリングを実施している。新人職員については人事部がフォローアップ面談を行っている。組織活性化プログラムを活用した組織評価を実施している。 7) 施設長(看護師・保育士資格有)は朝の巡回、看取りの状況の確認など、現場の状況の把握に努めている。24時間365日携帯電話を所持しており、何かあったときは夜間でも施設に駆けつけるようにしている。業務日誌はほのぼのので毎日確認している。(以前は自宅でもほのぼのを確認できたが、ワークライフバランスの観点からその仕様をやめた。)BCP訓練(地震想定)として、法人本部と各拠点との災害本部立ち上げ訓練や、BCPとは何かについての座学研修、カードゲームを活用した机上訓練などを実施している。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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) 人事考課ハンドブックに期待する職員像が明記されている。ステップアップシートが整備されており、ステップアップの流れが職種ごとに示されており、ステップアップの手引きに明記されている。新人職員には認知症介護基礎研修を必須で受講させている。人事考課面談は年2回、人事考課シートに沿って行われている。自分は今この部分の能力を伸ばさないといけないということが可視化されている。</p> <p>9) 人員配置の状況は法人人事部で管理している。人材確保にかかる具体的な方策は人事部のアクションプランに示されている。人事部を中心に、サポートメンバーが就職フェアに参加したり、リファラル採用を実施するなど、人事確保に努めている。門戸を閉ざしているわけではないが、現在外国人は雇用していない。一方で、子育て中のパート職員も積極的に雇用している。</p> <p>10) 研修計画表に基づき、個別の研修受講管理を実施している。人事考課の中でそれぞれが目標を立てて業務にあたっている。介護福祉研修など、雇用形態・職種を問わず全職員を対象に研修を実施している。</p> <p>11) 実習生受け入れマニュアルを整備している。宿泊実習の受け入れも可能である。インターンシップの受け入れも行っている。教員養成は法人として受け入れを実施している。実習生の受け入れは今年度はなかったが、以前実習に来ていた職員が採用につながった事例はある。</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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) キングオブタイムで労務管理を行っており、法人の衛生委員会で与給休暇取得状況を確認している。法人独自の特別有給休暇を付与している。半日有給や職員同士の調整など、有休が取得しやすい取り組みを行っている。時間外勤務は10時間を超えれば指導が入るようになっている。「育児・介護休業規程」があり、法人として男性の育児休暇実績もある。見守りカメラを導入し、スマホ一台で見守りができるようにしている。アクセスポイントを増設し、Wi-Fiを強化している。奨学金返済応援制度が整備されている。</p> <p>13) ストレスチェックを毎年実施し、分析と対策を行っている。互助会による食事会や忘年会の福引、ビンゴなど福利厚生も充実している。勤続年数に応じて特別休暇と奨励金が付与される。休憩スペースは広い。ハラスメント防止規程を整備しており、法人全体でハラスメント委員会や相談窓口を設置している。職員の意見・要望をグーグルフォームで聴取する仕組みがある。</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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		14) 経営理念のミッションに、地域のニーズに応える旨が記載されている。運営推進委員会には民生委員や自治会長、包括職員などが参加しており、情報発信・情報集収集の機会としている。広報紙は配布していないがホームページで情報発信している。民生委員会の福祉研修で講師を務めたり、福祉避難所として登録したりしている。福知山市の災害ポータルサイト「結ネット」に加盟している。 15) ボランティア受け入れマニュアルを整備しており、必要事項を明記している。ボランティア受け入れ簿でボランティア情報を把握している。現在ボランティアは受け入れてないが、ボランティアに対しては必要な研修を実施している。受け入れる気持ちや体制はあるがなかなかマッチングしない。 16) 民生委員の研修では「高齢者施設における災害対策、指定福祉避難所としての役割」として副施設長が講演を行った。運営推進委員会に民生委員なども参加しており、その場で地域のニーズをくみ取っている。民生委員の方々も様々な役割を担いながら活動してもらっている。自治会には参加しているがコロナ以降は行事への参加を控えており、現在は自治会の活動自体も少なくなっている様子である。市連協企画部会を通じ、介護の日のイベントの企画などを行っている。駅前での相談ブース開設、介護用品等の展示などを行っている。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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、SNS（Instagram、X）を中心に情報発信を行っている。YOUTUBEでは人材広報の動画（YOUTUBERとの座談会の企画など）を掲載しており、それらを見て人事部に職員採用の問い合わせがあることもある。利用の申し込みや見学は都度、適宜対応している。体験入所・一日利用の受け入れはショートステイを活用して行っている。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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) サービス内容や利用料金については重要事項説明や契約書を用いて説明を行い、書面にて同意を得ている。成年後見人制度の利用者は現在いないが必要な方がいれば勧めている。第三者委員に司法書士に就任しており、必要な場合はその方に依頼している。		
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
		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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		19) ほのぼの内の包括自立支援プログラムを使用してアセスメントを実施している。サービス担当者会議を通じ各種専門職の意見を聴取したり、本人の意向を聞き取ったりしている。区分変更時、更新時、状態変化時に再アセスメントを実施しているが、これらは暗黙の了解で行っており、ルールとして文書化されていない。 20) アセスメントに基づき、個別のケアプランが策定されている。サービス担当者会議には可能な範囲で本人や家族の参加を促しており、参加できない場合は職員が本人、家族の意向を代弁している。プランについては本人、家族に説明し、同意を得ている。 21) ユニット会議の議事録から各職員の意見を確認し、利用者の状況を把握した上でサービス担当者会議に臨んでいる。看護師を通じて施設医の意見を照会し、プランに反映している。看取り時には施設長も同席し、家族のフォローを実施している。 22) モニタリングは多職種の意見を聞いて実施している。区分変更については、施設長や看護師、介護職などと相談しながら行っている。変更の場合は家族の承諾を経ている。モニタリングは3か月に一度行い、内容の変更は現場で直接接している介護職員やドクターの意見、ケース記録などを参考に、施設長が判断する。しかし、それを文書で定めたものは確認できなかった。		

(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	B
(評価機関コメント)		23) 医師との連携について、入退院時にはZOOMでムンテラを実施している。関係機関団体のリスト「福知山市の安心」を活用している。医療機関や地域包括支援センターなど周辺の機関と連携し、地域の課題について共有や協議を行っている。運営推進会議を通じて情報共有や連携を図っている。 24) 医療の必要度によって他機関への移行する場合がある。相談窓口は施設長が担っている。しかし、サービス移行に関する手順や手続きを文書で示したものは確認できなかった。		
(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	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。	B	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)		25) 業務マニュアルが作成されており、見直しは年に1、2回程度の頻度で実施している。見直す内容についてはサービス向上委員会等で検討を行っている。現在、更新日を記載する書式に変えている過渡期であるが、定期的な見直しを明文化したものはなかった。また、利用者個別のマニュアルは用意されているが全体的な基本的事項を押えたマニュアルはなかった。 26) 記録はほのぼので行っているが、自由記述が多いため、ケアプランについての記録を探すことが難しい状況がある。記録の書き方についての研修も実施できておらず、今後の課題である。「個人情報保護について」という規定に記録の保管、保存、持ち出し、廃棄についての事項が定められている。 27) ケアプランの内容は利用者情報は「ほのぼの」や「チャットワーク」で迅速に共有されている。ユニット会議で支援内容についての情報共有や意見集約を行っている。 28) 家族とは面会時や、必要に応じて電話などで情報共有を行っている。家族の希望によりZOOMでの面会も行っている。請求書発送時に利用者の日々の様子を撮った写真を渡している。		
(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。	B	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) 「感染予防指針マニュアル」「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」を整備し、実践的な訓練を行っている。具体的な感染症対策はポータルで全職員が閲覧可能となっている。外部研修に参加し伝達研修を行っている。感染症に罹患した利用者であっても対応可能な範囲で受け入れている。 30) 施設内は整理整頓されており、日勤スタッフや清掃要員が場所ごとに清掃を行っている。QOL向上委員会で環境整備に努めている。臭気対策は、消臭剤などを置いて、窓の開閉などで換気をして対応している。		

(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。	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>3 1) リスクマネジメント指針、事故・緊急時対応マニュアルを整備し、様々なケースに対応している。毎年職員持ち回りで普通救命講習を受講している。事故発生時の対応と伝達に緊急時のフローチャートが示されている。防犯カメラが設置されており、テンキーで不審者が侵入できないようになっている。</p> <p>3 2) 事故発生時対応マニュアルが整備されており、対応フローが明示されている。事業推進部のリスクマネジメント資料に、アクシデントとインシデント、ひやりはっとの区分が明確に示されている。事故報告書・ひやりはっと報告書が作成され、対応経過まで記録されており、施設内で共有されている。2か月に1回リスクマネジメント会議が開催されている。</p> <p>3 3) BCP訓練は年1回法人全体合同で実施している。倉庫に3日分の食料や水などの備蓄や福祉避難所用ベッドなどを入れている。地域住民や消防署、行政と災害時の連携をとる準備もできている。</p> <p>3 4) BCPを策定している。夏場の停電時のエアコン問題について、何個かのコンセントをカバーできる自家発電機があるが、必要十分な電気が確保できるかは厳しいところである。食料等は用意されている。訓練研修も定期的にも実施している。福祉避難所であることから地域特性も把握している。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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) 経営理念の「5つのコア」の中で人権尊重にかかる考え方が明示されており、業務マニュアルや事業計画等に反映されている。人権研修や人権標語の作成、ポスター掲示などに取り組んでいる。</p> <p>36) 虐待防止指針・マニュアル、身体拘束廃止指針・マニュアルを整備している。QOL向上会議②(①はイベント・うるおい、②は環境・虐待をテーマにしている)で人権標語、ポスター掲示などを実施している。不適切ケアに関する研修を実施している。</p> <p>37) マニュアルの中にプライバシー保護にかかる記載がある。新人研修の際にプライバシー保護についての内容を盛り込んでいる。年2回、虐待防止チェックシートを実施し、全体集約し、対策を講じている。</p> <p>38) 判断基準シートをもとに入居判定委員会で優先順位を決定する。受け入れが難しい場合はしっかりと情報提供した上で適切な施設を案内するなどしている。</p>		
		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。	B	B
		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) 玄関にアンケート用紙を配架しており、QRコードでも対応できるようになっている。日ごろのコミュニケーションで聞き取った内容をユニット会議やサービス向上ミーティングなどで共有して対応を検討している。苦情があれば業務改善報告書を提出する仕組みとなっている。以前は家族交流会も実施していたが、コロナ以降は再開できていない。利用者満足度アンケートを実施している。利用者の意向はほのぼののケース記録にも残している。</p> <p>40) 苦情解決の第三者委員会を定期的開催している。苦情と改善状況はチャットワークで職員間で共有しているが、公開まではできていない。</p> <p>41) 外部の相談窓口を設定し、連絡先を施設内に掲示したり重要事項説明書で説明している。苦情解決に関する規程に基づき迅速適切に対応している。介護相談員を配置している。</p>		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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	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)		<p>42) 利用者満足度アンケート調査を実施し、サービス向上会議で分析した上で課題改善に取り組んでいる。</p> <p>43) サービス向上会議を毎月実施しており、各職種が参加している。委員会で検討した内容が、実際にサービスに反映されている。施設長が施連協に参加し、他施設の情報を収集し、自施設との比較材料にしている。</p> <p>44) サービス向上会議を毎月開催しており、抽出した課題は次年度の事業計画に反映している。年に1回の自己評価は実施できていない。</p>		