

アドバイス・レポート

令和8年 3月 27日

令和7年7月4日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ライフ・ステージ舞夢様）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
(※)

【概要】

舞鶴市にある「ライフ・ステージ舞夢」は、社会福祉法人成光苑（大阪府摂津市に本部）が運営する、地域密着型の介護老人福祉施設で、定員29名の全室ユニット型の個室です（開設2008年11月）。同特別養護老人ホームを中心に、ショートステイ、グループホーム、デイサービス、訪問介護などの多様なサービスを提供しています。施設の近くには由良川が流れ、豊かな自然に囲まれた環境に立地しています。「まごころと思いやりを大切に、そして地域に愛される施設づくりを目指す」との理念を掲げ、地域に根ざした施設として事業を展開しています。

1. 地域福祉に貢献し、地域に愛される施設づくりに取り組んでいます

○理念に「地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点となる施設経営を目指す」とあり、さらに「地域住民にとって『あってよかった』と思われるよう、地域に信頼され、力になれる施設づくりを目指します」と、地域への取り組み姿勢を明らかにしています。

○2004年10月の台風23号による大水害で大きな被害を受けた地域住民の要望を受け、施設は設立されました。設立に際して語られた法人理事長の言葉「そこに困っている方がいらっしゃるのなら、それは社会福祉法人として何よりも優先しないといけない。それが社会福祉法人の使命だ」に、法人の地域貢献への強い思いを感じました。

○大水害の体験を活かし、施設は高台に建てられ、万一水害が発生しても、住民にとっての安心で重要な一次避難場所になっています。

○施設は設立以来、広報紙やSNSで、地域に向け丁寧な情報発信を心がけています。広報誌「舞夢タイム」（年3回発刊）は、利用者や地域住民に1300部近く配布し、「由良ゆら通信」（年2回発刊）は、地域に回覧しています。SNSでは、インスタグラムやフェイスブックを活用し、施設情報を発信しています。

○地域には介護相談会や運動指導員による健康増進体操などの開催とあわせて、地域交流・地域貢献（様々な住民参加型の季節行事、講演会活動など）を活発に行っています。特に7月の「由良ゆら夕涼み会」では、800発の花火の打ち上げを毎年行い、11月の「秋のわくわくデイ」では、落語家による講演会の開催など、施設独自の取り組みを行っています。

○舞鶴市の認知症支援サービスに繋げる活動として、施設内の交流スペースを活用し、「カフェ照（てらす）」を毎週開催し、年間49回、延べ310名の参加がありました。地域から信頼される存在となっています。

2. 多様な人財確保と人財育成に取り組んでいます

○法人全体で、外国人人財の確保を「グローバル人財確保プロジェクト」として実施し、住宅（寮）の提供や資格取得支援をしています。

○法人では、20年ほど前から外国人雇用に取り組んでおり、現在、施設では、フィリピン人介護スタッフが、10名働いています。施設内のグローバル人財委員会で、生活面の支援もしています。

○施設は、舞鶴市と連携し、外国人の就労支援、生活支援に取り組んでいます。MIA（舞鶴国際支援機関）と協働し、日本語学習支援などを行っています。

○法人は、キャリアアップの仕組みを明確に示し、スタッフが成長することにより利用者へのサービスの向上につながり、ひいては施設の発展につながるという考えで、人財育成計画を立てています。

	<p>3. サービスの質の改善に継続して取り組んでいます</p> <p>○法人は、ISO9001を導入し、運営（品質）方針「まごころと思いやりを大切に、そして地域に愛される施設づくりを目指す」を定め、サービスの質の向上に取り組んでいます。上記に掲げた方針のもと、利用者は様々な行事やボランティアを通して、地域に開かれた施設で、豊かな生活を過ごしています。</p> <p>○年2回の内部監査で品質方針の実施状況を評価し、継続した改善に取り組んでいます。内部監査は、法人内の他施設から内部監査員養成研修を終えたスタッフが実施しています。</p> <p>○毎年2月に、法人全体で、研究発表会を開催しています（2025年2月に20回目の発表会が開催されました）法人内施設だけではなく、他法人の参加もあるため、職員にとって視野を広げる絶好の機会となっています。参加した職員は、学んだことを施設で報告し、更なるサービスの質の改善に活かしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 施設関係者以外の利用者相談窓口について</p> <p>○重要事項説明書に記載のある苦情に対する相談窓口については、施設内の受付担当者のほか、公的機関の窓口の記載はありますが、施設関係者以外の第三者（個人）の相談窓口の設置が望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 施設関係者以外の利用者相談窓口について</p> <p>○施設では第三者委員による苦情解決の仕組みはありますが、苦情解決の仕組みとは別に、第三者（個人）による相談窓口を設けることが、第三者評価では求められています。施設関係者以外の相談窓口を設け、公開することにより、施設の透明性をより高めることにつながります。</p> <p>○相談窓口として、地域の民生委員や自治会役員の方（運営推進会議の地域住民代表の方など）に、相談窓口になっていただければと思います。</p> <p>○また、第三者相談窓口の方には、施設の中での苦情解決の際にも、第三者としてのアドバイスを得ることも可能になります。</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	2692700053
事業所名	ライフ・ステージ 舞夢
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入所者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所(予防含む)・訪問介護(予防・障がい含む)・居宅(予防含む)
訪問調査実施日	令和8年1月27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. 法人理念、運営方針をもとに施設理念、運営方針を明確にしています。法人は、ISO9001を導入し、法人のあるべき姿を「まごころと思いやりを大切に、そして地域に愛される施設づくりを目指す」として定めています。理念は、職員全員に配布されたハンドブックに記載され、毎朝、唱和しています。ホームページ、パンフレット、広報紙にも理念、運営方針が記載されており、利用者や家族、地域への周知を図っています。 2. 法人は、理事会、経営会議等の運営に関する会議を定期的開催し、施設長はそれらの会議に出席しています。施設長は、リーダー会議等の施設の運営にも出席し、フロア会議やスタッフ会議から出た職員の意見を吸い上げ、施設の運営に反映しています。施設は、職務権限規程で職員の責任や職務に応じた権限の委譲について定め、組織の意思決定のプロセスを明確にしています。		
(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	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. 法人は、理念・運営方針に基づき、中・長期事業計画を部門別に定めています。施設は、法人の計画を基に、独自の課題を加え、具体的な目標を設定して、中・長期事業計画及び単年度計画を策定しています。計画策定においては、利用者満足度調査の結果や職員の意見を反映しています。法人広報紙に事業計画を掲載し、利用者・家族や地域に周知を図っています。 4. 各部門(介護、看護、栄養、リハビリ等)は、スタッフ会議でそれぞれの課題を出し合い、リーダー会議で検討した上で、目標を設定しています。各部門全体が組織的に目標達成に取り組み、年2回の法人の内部監査(ISO品質マネジメントの仕組み)により、計画実施の進捗状況を確認(評価)し、計画の見直しを行っています。		
(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. 施設長は、法令遵守の観点での経営に関する研修を受講しています。事業に関連する法令等はリスト化されており、必要な法令等は、PC内にファイル保存され、職員はいつでも調べることができます。ISO内部監査で、法令遵守規程に基づく自主点検表(チェックリスト)を、年2回、実施しています。</p> <p>6. 施設長は、職務分掌規程により自らの役割と責任を明確にしています。施設長は、運営方針を決定する際には、リーダー会議やスタッフ会議に出席し、内容について説明しています。施設長は、毎年、全職員にワンオンワンミーティング(面談)を実施し、職員一人ひとりの意見に丁寧に耳を傾けています。また、職員には、上司や施設へ要望を出す仕組みがあります。</p> <p>7. 施設長は、常時、施設内で業務に従事しており、各種報告書や日誌等の書類によっても、事業の実施状況を把握しています。会議や出張等で施設を離れる時は、携帯電話等で連絡が取れ、緊急時にも職員からの連絡が取れ、指示できる体制があります。</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. 法人は理念に基づく「求める職員像」を定めており、全職員に配布されたハンドブック（和顔愛語）に明記しています。人事考課制度とキャリアパスを一つにした総合的な人事システムを策定しています。</p> <p>9. 人材（当施設は人財という表現を使用）育成・確保委員会を設置し、就職フェアやハローワークを通して求人活動をしています。外国人採用については、法人全体で20年以上前から取り組み（グローバル人財確保プロジェクト）、現在、施設では外国人のスタッフが10名働いています。ホームページやインスタグラムで施設の魅力を発信し、若手スタッフで構成する「介護青年団」が就職フェアや学校を訪問して、事業所のPRをしています。</p> <p>10. 人財育成プログラムに基づき、キャリアアップの研修計画を作成しています。人財育成・確保委員会で研修計画の実施状況と見直しを、毎年行っています。外部研修については、全国社会福祉法人経営者協議会や京都府から情報を入手し、職員に受講を促しています。研修受講後の伝達研修を実施し、職員の気づきを促しています。資格取得にかかる費用は、法人が全額支給しています。</p> <p>11. 実習受け入れマニュアルを整備しています。介護専門学校から、初任者研修、ケアマネ実務者研修、京都府の即戦力介護人材養成科の実習など、多方面から実習を受け入れています。実習受け入れの際には、専門職種の特性に応じて、プログラムを作成しています。施設長は、京都府の実習指導者研修を受講しています。</p>		
(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)		<p>12. 施設は、職員の就業状況を的確に把握しています。有給休暇取得率は、平均80%以上と高く、残業時間も非常に少ない職場です。年2回の個別面談で、職員の就業状況や意向を聞いています。移乗介助用リフトやマッスルスーツを採用し、介護負担の軽減を図っています。また、ケアパレット、インカム等を導入し、業務の負担軽減も図っています。育児休業・介護休業を促進し、パパ育児の実績もあります。</p> <p>13. 施設の産業医として、地域の開業医（精神科医）と契約しています。衛生管理委員会で、職員のメンタルヘルス状況の把握に努めています。年1回、ストレスチェックを実施し、外部講師を招いた「マインドストレッチ活動」も行っています。各種ハラスメントの規定を定め、ハラスメントについての研修も実施しています。休憩室は適切に確保されていますが、施設内に、スタッフ全員が一斉に休憩できるスペースを増設する計画があります。ソフトボールやカラオケクラブなどの親睦会もあり、互助会からこれらの活動への助成制度もあります。</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. 法人理念に「地域福祉の拠点となる施設経営を目指す」と明記されています。施設の情報は、ホームページに分かりやすく掲載され、広報紙「舞夢タイム」（年4回、1000部以上発行）を通して、地域や利用者発信しています。「認知症カフェ照（てらす）」を開催（年49回、延べ310名参加）し、地域共生交流行事「夢咲フェス」に舞夢の利用者、スタッフが参加するなど、積極的に地域との交流を図っています。</p> <p>15. ボランティア受け入れマニュアルを整備しています。地域の婦人会から、レクリエーションボランティアを受け入れています。そのほか、掃除などのボランティアや近隣の小・中学校から介護体験を受け入れています。</p> <p>16. 毎年、地域住民参加型の研修会や「笑い与健康」をテーマに、落語家を招いた講演会を開催し、福祉用具や機器の説明、運動指導員による健康体操の指導を行っています。また、地域包括支援センターと連携して「老い支度研修会」を開催し、エンディングノートの書き方のアドバイスもしています。毎年11月1日の施設開設記念行事には、地域から多くの方が参加しています。7月には施設主催の「由良ゆら祭」（夕涼み会）を開催し、打ち上げ花火（800発！）をあげるなど、娯楽の提供とともに地域貢献に繋がっています。</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

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. ホームページおよびパンフレットで、事業所の情報を分かりやすく公表しています。相談や見学は随時対応しており、感染症対策としてタブレットを活用したオンラインでの情報提供も行っています。公表する情報に変更があった際には、適宜、見直しを行っています。		

(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. 介護サービスの内容・料金について十分な説明を行い、書面にて同意を得ています。料金改定の際には、家族や成年後見人にも説明し、同意を得ています。保険外のサービスについても十分に説明し、書面にて同意を得ています。		
(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. アセスメントは、所定の様式を用いて、初回面談時やケアプラン更新時など定期的に、利用者の心身状況や生活状況を的確に把握し、記録しています。状態変化があった際には、必要に応じて再度アセスメントを行うとともに、プランの見直しを行い、家族に説明しています。 20. 利用者や家族の希望を尊重した上で、アセスメントに基づいた個別援助計画を策定しています。サービス担当者会議には利用者及び家族が参加し、ていねいに意向を聞き取りながら、援助計画やサービス提供内容を決定しています。 21. 定期的にサービス担当者会議を開催し、主治医やリハビリ職など多職種の意見を聞き、個別援助計画を作成しています。また、職種や部門を横断した関係職員の合議の上で、計画を作成しています。 22. 法人独自の「PDCAサイクルシート」を活用し、作成した計画通りにサービスが行われているか、利用者の状況の変化はないか等について、確認する仕組みが構築されています。計画見直しの時期や手順を定め、必要かつ十分に適切なモニタリングを行っています。計画に変更があった際には、朝礼や回覧にて関係職員に周知をしています。		
(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. 毎週医師の回診が行われ、適宜、医師と本人・家族との面談やカンファレンスを開催しています。その情報は、スタッフ間で共有し、共通の様式での支援体制が確保されています。また、近隣の病院や関係機関との連携体制が構築されており、定期的な情報交換、情報共有を行っています。 24. 独自に策定した退所プロセス（手順書）に基づき、スムーズなサービスの移行を行っています。地域包括支援センターと緊密に連携を図っており、サービスの利用終了後においても、利用者又はその家族からの相談窓口を定めて、適切に対応しています。		
(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. サービス提供に係る標準的な実施方法（業務マニュアル）を作成し、職員間で共有しています。毎年6月に、法人全体で見直しの必要性等について検討しています。緊急対応不適合報告書や苦情クレーム報告書を検証し、是正処置が効果的であった際には、手順に加える仕組みができています。</p> <p>26. 業務マニュアルや手順書に沿って、利用者の状況やサービス提供状況を、適切に記録しています。パソコンで、利用者一人ひとりの記録等を管理し、定められた統一様式によって、サービスごとに必要な事項が記載できるように工夫しています。個人情報保護と情報開示の観点から、職員に対し教育や研修を行っています。また、本人や家族に説明し、個人情報に係る同意書を得ています。文書管理規程により、記録の保管・保存・廃棄等について定めています。</p> <p>27. 介護ソフトの申し送り機能を活用することで、個別援助計画の内容や利用者の状況に関する情報を、支援を担当する職員全員で共有しています。定期的なカンファレンスや利用者に変化があった際にも、確実に情報が共有できる仕組みができています。</p> <p>28. 利用者の家族等と面接する機会を設けることで、サービスの提供にあたっての情報交換を行っています。遠方の場合には、電話連絡にて状況を伝える等情報共有を行うとともに、意向の確認しています。また、感染症対策の観点からも、オンラインを活用した面談を行っています。</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. 感染症予防委員会を設置し、責任と役割を明確にした管理体制ができています。マニュアルや手順書を策定し、毎年見直しを行っています。感染症予防の研修や、感染症が発生した場合の訓練を、毎年行っています。</p> <p>30. 事業所内の書類・介護材料・備品等は、整理・整頓され、安全に保管され、効率的かつ安全なサービスの提供ができています。事業所内の清掃は、職員が毎日行い、設備や備品等が衛生的な状態に保たれています。衛生管理委員会中心に、職場内環境チェックを実施しています。</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. 事故や緊急時の対応及び予防マニュアルを策定し、責任者及び指揮命令系統を明らかにしています。また、その内容は職員に周知しています。危険予知トレーニングや研修を毎年行い、緊急時に迅速に対応ができるよう努めています。</p> <p>32. 事故が発生した際には、適切に対応した上で、利用者、家族や関係者に迅速に説明を行っています。事故の内容については、法人内の会議で報告、共有、分析し、必要に応じて対応マニュアルを更新しています。また、事故の報告書は、職員間で情報共有し、再発防止に努めています。</p> <p>33. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、責任者や指揮命令系統を明らかにしています。災害発生時のマニュアルの内容は職員に周知され、マニュアルに基づいた研修や実践的な訓練が行われています。避難訓練等に参加できなかった職員は、書面回覧で内容を把握・共有しています。施設には、3日分の備蓄があり、定期的にローリングストックで交換しています。</p> <p>34. 自然災害、感染症まん延等、事業継続に不測の事態が生じた場合に備えてBCPを作成し、事業を維持・継続するための体制を整えています。BCPは、事業所運営を維持する視点だけでなく、サービス利用者に必要な介護サービスを継続して提供するという視点で作成されており、毎年、BCPの内容についての研修を行っています</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. 法人理念に「個人の尊厳を旨として、その人にふさわしい最善のサービスの提供に努める」と明記し、事業計画にも反映しています。権利擁護委員会（各部署から1名参加）による年1回の人権研修の開催やスピーチロックの研修を行っています。</p> <p>36. 虐待防止・身体拘束適正化委員会を設置し、研修会を毎年開催しています。権利擁護委員会で虐待防止マニュアルを策定し、不適切ケアが生じた場合の対応方法について定めています。虐待の芽チェックリストによる支援の振り返りを、年3回実施し、虐待を未然に防ぐための対策を施しています。</p> <p>37. プライバシー保護についてのマニュアルを定めています。虐待の芽チェックリストの中にプライバシー保護の項目を入れ、日常の支援を振り返っています。特に排せつ介助や入浴介助の際には、プライバシーに配慮しています。プライバシー保護についての研修を毎年実施しています。</p> <p>38. 入所判定会議を隔月で開催し、同法人の別の施設と合同で、入所希望者の検討と判定を適切に行っています。医療的困難ケースでも、体制を整えて受け入れています。認知症の利用希望者についても、職員の認知症に対するスキル向上を図ることで、認知症を理由に断ることはありません。</p>
------------	--

(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. 施設では、年2回「接遇・コミュニケーション研修」を実施し、利用者の思いに耳を傾け、意向を聞き取る力を養っています。ご意見箱を施設内に設置し、提出された意見等は、運営推進会議（年6回開催）に報告しています。また、毎年利用者満足度調査を実施し、利用者・家族の苦情・要望等を聞いています。利用者・家族に対する相談窓口を設置し、施設内に分かりやすい案内を掲示しています。</p> <p>40. 苦情解決の仕組みは、重要事項説明書や運営規程に明記し、利用者・家族に周知しています。苦情解決規程（マニュアル）を定め、苦情等が発生した場合には「苦情クレーム報告書」に記録し、リーダー会議に報告しています。リーダー会議では、内容を検討し、サービスの改善に役立っています。HPで満足度調査結果とともに、苦情等についての改善状況を個人情報に配慮しながら公開しています。</p> <p>41. 施設職員以外の第三者委員による苦情解決の仕組みがあります。公的相談窓口は重要事項説明書に明記し、施設内に分かりやすく掲示しています。利用者・家族には重要事項説明書を通して、相談窓口、相談方法について説明しています。苦情解決規程（マニュアル）を定め、要望・苦情に適切に対応しています。介護相談員を受け入れています。</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	A	A

	<p>(評価機関コメント)</p>	<p>42. 毎年、利用者満足度調査を実施しています。法人全体の共通設問と事業所独自の設問を設け、利用者が答えやすく、具体的な内容になっています。調査結果は、リーダー会議で集計・分析し、改善策を検討しています。検討した結果は、各部署会議で共有し、関係職員に周知しています。調査結果は、HPや広報誌で公開しています。</p> <p>43. 法人はISO9001:2015(最新版)を導入し、サービスの質の向上に継続的に取り組んでいます。年2回、内部監査員による内部監査を実施しています。監査結果は、毎月のリーダー会議、スタッフ会議で共有され、関係職員全員で改善策を検討しています。</p> <p>44. ISO「品質マニュアル」に従い、年2回の内部監査の実施と年1回の外部審査の受審により、提供するサービスの質について定期的に評価しています。ISO品質マネジメントプロセスを確立し、実行することで、サービスの質の向上のためのPDCAを確立しています。評価結果はリーダー会議で共有し、改善項目は、次年度の事業計画に反映しています。第三者評価を、3年毎に受診しています。</p>
--	-------------------	--