様式７

介護サービス第三者評価事業

アドバイス・レポート

令和8年10月21日

令和８年７月２０日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた　**介護付有料老人ホーム　アーバンヴィラ上賀茂プレミアム**　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（※）	○組織としての透明性 　法人は、組織図や委員会図、職務分掌規程等に基づき、定例の各種検討会議や委員会などで案件別の意思決定をおこなっています。特に近年は、働きやすい・離職者のない職場を築くことを重点目標に、部長職などからなる「有老管理者会議」で職員アンケートを実施し、「正職員にも正月手当が欲しい」「夜勤を３名体制にしてほしい」などの現場の意見が上層部に挙がり、組織の中で職員意見が吸い上げられる道筋が作られています。また、法律上は３：１の人員配置基準ですが、当事業所は２：１の人員配置をとることで職員が余裕をもって仕事に臨み、丁寧な入居者対応ができ、組織の安定と職員の質の向上に寄与し、次世代の管理者を育てることができています。 ○地域との交流 　事業所内の喫茶店“ラベンダーカフェ”には地域の方も訪れて、コーヒーや夏場にはかき氷などを食べ、中にはパソコンを持ち込み、ご自分の時間を持たれる方もいます。また、オープンな施設として事業所に親しみを持ってもらうために、介護付き有料老人ホームと小規模多機能型居宅介護事業所が合同で施設見学ツアーを開催し、「選べるフットケア」の無料体験やコーヒーやお菓子でくつろいでいただくイベントも催しました。他にも、水害対策として地域の方が賀茂川寄りのベランダに土のうを積んでくれるなど、何かと協力的です。また、地域包括支援センター主催の「地域ケア会議」には相談員が参加し、入居者や在宅高齢者全般を取り巻く地域課題に目を向け、施設、在宅を問わず高齢者問題の解決を図っています。 ○入居者意見の吸い上げ 　居室訪問、個別アンケート、意見箱、食事委員会、「苦情・意見ノート」への記入など様々な方法で直接入居者の意見を聞いています。また、アンケートで言葉の出にくい入居者には、職員が言語以外の手段も用いて本人の意向を聞き取っています。そこで得られた意見は、個人情報に触れない範囲でホールに公開し、本人にも回答しています。そのほか、各種レクリエーション活動、ボランティア活動、移動デパート、移動パン屋、それ以外の日常的な生活場面においても本人の自己決定を尊重し、自ら選んでもらうことで、入居者の尊厳を大切にされています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	○看護・介護・リハビリテーションにおける業務レベルにおける課題の把握と目標の設定がなされていませんでした。 ○法令遵守の取り組みにおいて、介護保険以外の必要な法令のリスト化がされていませんでした。 ○地域の学校教育や体験教室の学習、関係機関の実施する職場体験への協力について当ホームとしての基本姿勢を明文化していませんでした。

具体的なアドバイス	○事業所内に看護職員、機能訓練指導員、生活相談員などの各専門職がおられますが、どのような行動目標を持ち支援に当たられているのか「業務レベル」での方針が明らかではありません。職務分掌に基づき業務をこなすだけではなく、それぞれの専門性を生かした援助方針を明確にし、定期的に振り返り、各職種が連携してＰＤＣＡサイクルの実践に臨まれるよう期待します。 ○介護保険法に関しては京都市のオンデマンド(ＷＥＢ)研修などで情報を集め、法令遵守責任者を定めて法令の周知を図っています。しかし。事業運営に必要な法令はその他にも多岐にわたり、インターネットで個人が自由に調べられるとはいえ、一定の方向性に基づいた資料整備が必要と考えます。感染症法は医務に、食品衛生法は厨房に、道路交通法や育児介護休業法の改正は事務所や会議でといった部分把握ではなく、必要な法令をリスト化しパソコン上に目録を作るなどして、職員の誰もが必要な時に必要な法令を容易に調べられる体制づくりが必要と考えます。 ○フラワーアレンジメント、フットケアなどの各種ボランティアを受け入れ、大学院の介護機器の研究などにも協力されています。但し、昨今は先方に請われるままに実習などを受け入れるのではなく、企業や事業所が地域の社会資源として自施設を学校教育など地域に協力・貢献する場として位置づけるといった、今までより一歩踏み込んだ対応が求められています。そのため、法人としての基本姿勢の明文化が望まれます。

※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	第2670101167号
事業所名	アーバンヴィラ上賀茂プレミアム
受診メインサービス（1種類のみ）	特定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）	介護予防特定施設入所者生活介護
訪問調査実施日	令和8年9月11日
評価機関名	一般社団法人　京都ボランティア協会

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.施設理念・運営方針は、フロアやトイレに掲示されている。職員の社員証の裏に理念と行動指針を記載し、周知を図っている。入居者と家族へは、年1回開催する運営懇談会で理念・運営方針を説明している。参加できなかった方には、報告書を送付している。理念はホームページにも掲載している。 ２.会議の開催状況と参加者は、会議参加者一覧表と職務分掌表で確認できた。社長が参加するマーケティング会議（月1回）に、事業所長会議（月1回）、有老管理者会議（月１回）、営業会議（月1回）などでの検討事項が報告されている。職員の意見はフロア会議（月1回）から必要に応じて上位の会議に諮られ、職員の正月手当の変更、夜勤体制の見直しなどが採用され組織の透明性が保たれている。		
	(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	B
		（評価機関コメント）		３.長期目標（2018年～2027年）及び中期目標（2023年～2027年）に基づき単年度事業計画が策定されている。中期目標には、人材育成、働きやすい環境作り、地域貢献などが盛り込まれている。また、単年度事業計画では、安定した事業運営、お一人お一人の希望に合わせたアクティビティの実施、専門性の高いケアなどの具体策が明記されている。年1回職員アンケートを実施して業務改善案を事業計画に反映させている。年度末の職員会議で事業計画の実施状況を振り返り次年度事業計画を策定している。 ４. 入居者支援は介護計画に沿っておこなわれているが、看護・リハビリ職など各専門分野の課題分析と目標設定がおこなわれていなかった。		
	(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組みを行っている。	A	B
		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．管理者は京都市の集団指導確認動画及び掲載資料をＷＥＢ上で確認し、必要箇所は会議で職員に周知している。但し、事業運営をする上で必要な他の法令に職員が容易にアプローチできるような、法令のリスト化はされていなかった。 ６．管理者の役割と責任は職務分掌表で確認できる。管理者は事業所の運営方針を決定する会議や必要な委員会に出席し意見を述べている。管理者は4月、10月、3月に人事評価面談を実施し職員の意見を聞いている。また、職員アンケートに上司への意見を記述する欄もあり、多面的な評価がおこなわれている。 ７．管理者はフロアで勤務し、日々の申し送りやヒヤリハット、事故報告などに目を通し必要に応じて相談を受け、指示を出している。外出時は携帯電話を所持し、緊急時に具体的な指示が出せる体制にあるが、状況により定められた意思決定代行者（看護職・生活相談員など）が指示を出すこともある。緊急連絡網は整備されている。

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。	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	B
		（評価機関コメント）		８．期待する職員像は、行動指針に明記している。職員はキャリアパス制度を参照し、個人目標を立てている。管理者は人事評価を通じて、職員の意向確認をおこなっている。キャリアパスモデルがあり、誰もが閲覧でき、自らの現状と目指すべき将来像が確認できる。 ９．新卒・外国人・中途採用それぞれに採用担当がいる。現場からどのような人材が何人必要かを聞き取り、法人の人事会議に提案している。西陣織経験者など幅広い人材を採用して職員の特性を生かすようにしている。ＳＮＳを通じた人材獲得など効果的な情報発信と人材確保をおこなっている。 １０．柊野福祉会全体で、体系的な研修を実施している。階層別研修など各研修の定期的な評価と見直しは、令和7年研修総括書と令和8年研修計画書で確認できた。外部研修は職員に情報提供し、申し出があれば勤務調整をおこない、勤務扱いで外部研修に参加を勧め、受講費・交通費などは施設が負担する。日々の申し送りや業務内での学び（ＯＪＴ）、フロア会議（月1回）などで職員の気づきを促している。対象者には介護福祉士、介護支援専門員の模擬試験問題を渡し、自己学習を促している。 １１．実習受け入れマニュアルは確認できたが、現在、施設での実習受け入れや実習指導者研修を受けた職員の配置はなく、実習は系列の柊野福祉会がおこなっている。		

(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．有給休暇と時間外勤務は管理者が管理している。育児休業・介護休業は就業規則に明記され、現在1名が育児休業中である。時間短縮勤務など柔軟な就労体制を実施している。年１回、誕生日休暇や公休と有給休暇を組み合わせるなどして1週間のリフレッシュ休暇が取得できる。移乗リフトや特殊浴槽、睡眠時の安否確認機器（眠りスキャン）を導入し、職員の介護負担を軽減している。職員アンケートで意向確認をしてリーダー会議などで働きやすい職場つくりに関して検討している。 １３．職員のストレス解消やメンタルヘルス維持の相談先として、組織内に個人カウンセリングや産業医、ハラスメント対応窓口（男性、女性各１人）の連絡先を掲示している。福利厚生は、親睦会「芙麗愛会」（ふれあい会）があり、新年会、新人歓迎会、ビアパーティー、社員旅行などがおこなわれている。休憩室には、テレビ、冷蔵庫、リクライニングソファーが設置され、くつろいで休憩できる。		
(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。	A	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．地域との関わりの基本的な考え方は、運営方針に明記している。ホームページでブログを発信している。柊野地域包括支援センター主催のサロン「かも川のほとり」や「出向くカフェ」（地域交流・居場所作りの場）を施設の“ラベンダーカフェ”で開催している。生活相談員が地域ケア会議に参加し、地域の情報を収集している。 １５．毎月、フラワーアレンジメント、フットケア、ピアノとギターの演奏などのボランティアを受け入れている。ボランティア受け入れマニュアルはあるが、地域の学校教育や関係機関の実施する職場体験、教員資格取得のための見学実習などへの施設としての基本姿勢を明文化した文書は確認できなかった。 １６．地域住民と防災（水害）対策に取り組み、土のうなどの設置を手伝ってもらっている。また、地域住民や市民を対象に施設見学会を実施し、無料でフットケアや足裏測定を実施している。外部の方も利用できる喫茶“ラベンダーカフェ”でスタッフと地域住民、入居者が普段から交流している。		

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．見学者にはパンフレットを渡し、写真付きの資料も交えて事業所説明をおこなっている。見学時には入居相談アンケートに記入してもらい、知りたい情報を中心に丁寧に説明をしている。体験入所を受け付けている。また、希望者にはパンフレットの送付をしている。		

(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．重要事項説明書、介護サービス一覧表、有料サービス一覧表を用いて、介護保険内や保険外のサービスについて説明し、契約している。必要に応じて成年後見制度利用に伴う資料の作成に協力している。		

(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。	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．独自の様式を用いて、主治医や訪問マッサージ師などからも意見を聞き、アセスメントを実施している。ケアマネジメントマニュアルに基づき、定期的あるいは状態変化時、認定機関切れを再アセスメントの時期としている。 ２０．計画書作成前に入居者、家族へ要望を聞きとり、要望を反映させた原案を作成している。サービス担当者会議には本人が参加できる場合はするが、家族に対しては電話での聞き取りが多い。また、本人から署名を頂けた場合でも介護計画は家族にも送っている。 ２１．サービス担当者会議には介護職員、看護職員、機能訓練指導員などが参加し、多職種で意見を出し合いサービス計画書を作成している。医師とは日程調整が難しく、事前照会をしている。 ２２．ケアマネジメントマニュアルに沿って、介護支援専門員が各職種から意見を聞きとり、短期目標の達成度を定期的に確認し、次の介護計画作成につなげている。また、状態変化時にはフロア会議にて検討し、必要に応じて計画を見直し、全職員が共有する仕組みがある。		

(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．入居前からの医師による定期訪問診療や健康情報提供書にて情報共有をおこなっている。系列法人内の小規模多機能型居宅介護事業所や地域包括支援センターが隣接し、２階避難の際など相互に助け合っている。また、生活相談員が地域ケア会議に参加して地域課題に取り組み、防災訓練などでは自治会や関係機関とも連携している。 ２４．サービス終了時の関係機関との連携や、情報共有を行う体制があり、退居後も相談を受けることを家族などに伝えている。		

(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。	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）	２５．マニュアル運用基準に基づき、年1回及び必要時にマニュアルを見直し・更新し、更新年月も明記されている。改定時には関係部署・事業所から意見を収集し、マニュアル制作委員会が取りまとめて完成させ、マニュアル改定後は改定部分の伝達研修をおこなっている。 ２６．個人情報保護規程や業務マニュアルにより、個人情報の取り扱いを定め、研修を通じて職員への周知を図っている。介護記録はソフトで適切に管理し、契約時には入居者・家族へ個人情報の取り扱いについて説明している。全室に体動・睡眠状態などの分かるマットセンサー（眠りスキャン）を取り付けデータを記録している。入浴など手書きの帳票も含め、記録類は錠付きのキャビネットやパソコンのＩＤ・パスワードで厳正に管理している。 ２７．介護記録ソフトや朝夕の申し送り、社内メールを活用し、入居者に関する情報を共有している。フロア会議でも個別のケアについて検討し、その内容を個別ケース記録や会議録、引継ぎノートなどに記録し、職員間で共有している。 ２８．状態変化時の電話連絡や来訪時の近況報告等により、家族へ情報提供をおこなっている。面会が難しい場合や遠方の家族にはオンライン面会を案内し、広報紙「かみがもだより」を年４回発行して日常の様子を伝えている。

(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．感染症マニュアルは法人の看護師が年1回見直し、国の方針変更時には随時改定している。衛生管理・感染症研修を年1回以上実施し、スタンダードプリコーション（標準予防策）などの役割を決めて具体的対応を学んでいる。また、普段の介助時もマスク着用、手洗い、うがいを徹底するなど、感染予防に取り組んでいる。 ３０．館内清掃は雑務専従職員と曜日ごとの清掃場所を定めて実施している。エアコンフィルター清掃は業者へ委託し、報告書で管理し、汚染物の適切な廃棄や換気により、臭気対策にも取り組んでいる。厨房専用のエレベーターを設置している。		

(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）	３１．危機管理マニュアルを作成し事故や緊急時のフローチャートも作成して活用している。法人事業部で交通事故や自転車走行の講習があり、職員が参加している。実際の交通事故には法人の交通事故対策グループが対応している。入居者転倒時や急変などの救急搬送マニュアルも整備し、救急車到着までの各職員の動きも定められている。 ３２．事故発生時は「事故報告書」を作成し、供覧用ボックスに挟み、申し送りノートのそばにおき各職員の押印をもらっている。毎月のリスクマネジメント委員会で事故やヒヤリハットの検証と改善策を講じ、その後の委員会で改善策が適正に機能しているか確認している。また、年度末のマニュアル改定にも活かし、前年度と今年度の正誤表も作成している。 ３３．「災害時緊急連絡網」があり、責任系統を明確にしている。防火管理責任者中心に災害発生時の対応マニュアルを作成し、フロア会議で研修している。年２回の火災訓練のうち１回は消防署が立会い、避難時の入居者確認は各居室番号の下のテープをはがして全員の避難を確認するなど、具体的で臨場感のある訓練をおこなっている。また、水害、地震の訓練も別途おこない、水害対策として地域の方々の協力で、賀茂川に近いベランダ側に土のうを設置している。備蓄リストが作成され、３月１１日には非常食試食の日として防災について学んでいる。 ３４．災害・感染症の事業継続計画があり、それぞれのフェーズに応じた具体的な行動計画が策定されている。災害時対応研修や感染症対応研修の中で、毎月同じ内容の課題別研修を３回（職員はそのいずれかに参加）おこない、水準に到達しない職員には追試験をおこなっている。

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
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．『「今日も充実していた」と心から満足していただける日が、一日でも多くありますように』の法人理念や、事業計画の基本計画「来てよかったと思えるＰＬＥＭＩＵＭにする」などが掲げられ、実現に向けて行動している。各種ボランティアの充実、出張デパートなど自己選択の及ぶ活動が数多くある。また、認知症ケア研修、人権研修などの定期的な勉強会を事業所内でおこない職員の資質の向上を図っている。 ３６．「身体拘束等の適正化の研修」及び「高齢者虐待防止のための専門研修」を年２回おこない、入居者の権利擁護に配慮したサービスをおこなっている。不適切ケアが生じたときは管理者に報告し、法人本部から京都市に連絡する手順が明文化されている。センサーマット使用者は検討会で行動制限につながっていないか確認し、見守り支援システム（眠りスキャン）は家族に説明して使用の同意を得ている。これにより睡眠、呼吸、在離床などの情報は得られるが、タイムラグがあり、センサーが作動した時点での転倒危機回避は難しい場合もある。 ３７．プライバシー保護に関する研修がおこなわれ、入居者のプライバシーや羞恥心に配慮して対応している。また、入浴や排泄などの業務マニュアルには具体的な手技が記載され、職員はマニュアルに沿った支援ができているかどうかＯＪＴ（現場指導）などで確認している。 ３８．医療的な問題がなければサービスの申し込みは入所判定委員会にかけた上で公平に受け入れている。また、医療上のケアが必要な場合でも、痰吸引があるから一律に駄目というのではなく、夜間の吸引が無ければ受け入れるなど柔軟に対応している。在宅酸素、ストマなども本人の状態が安定している場合は受け入れている。		

(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。	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てている。	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。	B	B
（評価機関コメント）		３９．入居者の意見は随時受け入れ、サービス担当者会議でも本人の意向を聞いている。意見、苦情を訴える場所を掲示板に貼っている。また、スタッフが居室に伺い、希望されるアクティビティなどを聞き取っている。喫茶店でもリラックスしながら要望を聞いている。意見・苦情などは「意見・要望書」や「申し送りノート」に記載して対応し、食事への要望は厨房や介護スタッフが聞き取り食事会議で検討し運営に活かしている。 ４０．「苦情・解決対応マニュアル」を整備し、入居者から出された意見や要望は「意見・要望書」にて全職員に周知し、職員会議で検討し、公報紙に内容を公表している。苦情に関してはリスクマネジメント委員会で検討し、改善策を講じた上で本人に回答し必要に応じて公表している。 ４１．重要事項説明書において契約時に入居者や家族に苦情解決方法や、法人、公的機関の連絡先を周知している。また、フロアの掲示板にも貼りだしている。第三者や公的機関を通じて苦情に対応する仕組みはあるが、実際の事例はない。多くのボランティアの受け入れはあるが、入居者の相談機会の確保の場として介護サービス相談員やボランティアなどの外部の人材は受け入れていない。		

(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	A
（評価機関コメント）		４２．入居者満足度の把握のために「入居者アンケート」をおこない、食事・イベント食、余暇活動、外出、環境などについて聞き取り、リーダー会議やフロア会議で検討し、集計と回答をホールに貼りだしている。自分で話ができない入居者には職員がマンツーマンで対応し種々のコミュニケーションツールを用いて聞き取りをしている。また、解決のために個別対応が必要な場合は本人と話し合っている。 ４３．有料老人ホーム管理者会議、職員会議、食事会議、フロア会議やリスクマネジメント会議などそれぞれの部署で質の向上について定期的に話し合い、検証と改善結果を各職員に回覧している。サービス改善に必要な事項はマニュアル改定にもつなげている。他の事業所の評価、取り組みについては母体の柊野福祉会の理事長が当有料老人ホームの代表取締役である事により、相互の関係性の中で他事業所の運営状況を知る機会がある。また、生活相談員が地域ケア会議にて地域の他事業所と関わっている。 ４４．自主点検表以外に、法人として更に掘り下げた形で監査資料を作成し、１年に１回の内部監査で組織的に評価をおこなう仕組みを整えている。また、翌年の監査では、昨年指摘された項目を重点的に強化するようにしている。並行して、事業計画の振り返りや各種委員会、会議においてもＰＤＣＡサイクルを念頭に質の向上を図り、「ナンバー１であり、オンリー１（運営方針④）」であるための要件の確立を目指している。３年に１度第三者評価を受診している。		