

# アドバイス・レポート

平成27年3月28日

**※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用**

平成 26年9月16日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「京都福祉サービス協会高野事務所」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

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点とその理由<br/>(※)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>●通番 1 理念の周知と実践<br/>                     社会福祉法人として京都市内最大の規模と歴史を誇り、訪問介護サービスを初め多面的な高齢者支援事業を展開されています。「暮らしに笑顔と安心を！」を合言葉に、又、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行うことを運営方針として明記し事業運営に当たっています。過去の経験を踏まえ、職員の倫理綱領を策定し職員の行動規範を明確にすると共に、年度始めの4月には統括マネージャや現場の指導者等が出席して「職員結束式」が開催され、それを受け理念の相互確認や事業計画の説明を事業所でも行い、より質の高いサービスの提供に向けた組織的な取り組みが窺えました。</li> <li>●通番 2 組織体制<br/>                     概ね215名と言う多人数の訪問介護員を抱え、理念や運営方針の徹底、又、日々発生する課題に的確に対応する為には事業所の組織体制を如何に構築するか、と言うことが大きな課題となります。そうした当該事業所の安定した組織運営を行う為の体制として、30名強の常勤職員を、①訪問介護の現場に入らない在宅相談員（事務系）と②業務の内の半分は訪問介護員として現場に入る在宅相談員（実務系）の2系統に区分配置する体制を整えています。それぞれの相談員が多人数の訪問介護職員の統括・指揮・相談等に努め、安定した組織運営に寄与している様子が窺えました。</li> <li>●通番 4 業務レベルにおける課題の設定<br/>                     事業計画に基づく課題の抽出は上半期終了時点でを行い、下期に向けて見直しを図ると共に、年度末での評価結果を次年度の計画に反映する仕組みが構築されています。今期初めての取り組みとして、パート職員も含めた全ヘルパー職員から年2回意見を聴く場を設け、組織全体で課題の達成に向けた取り組みが実践されている様子が窺えました。また、ヘルパー同士の繋がりが出来た、日頃感じていたことが話せて良かった、困った時の相談窓口が解るようになった、等々、ヘルパー職員からは非常に好感を持って受け止められています。（1回20名を1グループとしても、年1回分を実施するとなると10回を数える回数となる）</li> <li>●通番 3 4 意見・要望・苦情の受付<br/>                     利用者との馴染みの関係性を大事にするとともに、利用者の率直な意見・要望等を把握し易くする為に、利用者に対してそれぞれ担当職員が決められています。又、今年度初めての試みとして、利用者、家族との懇談会が8月末に開催されています。7つの区域から、利用者家族1名ずつそれぞれ代表が集まって頂き、サービス提供状況を含め、意見・要望を伺うと共に利用者家族間の交流の機会が持たれています。</li> </ul> |
|-----------------------------|---|

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>●通番5 法令遵守の取り組み<br/>訪問介護事業を行う上で、介護保険法のみならず、関係法令の遵守は大事な運営上の要素となります。介護保険法の改定に伴う集団指導や地域ケア会議等に出席し情報を収集した内容を、事務所会議等で報告、各チームで伝達・共有する仕組みはあります。しかし一方で事業を運営して行く為に関係する法令のリスト化（ex. 労働基準法、道路交通法、消防法と言った法令）や直ぐに調べられる体制、更には関係法令等を周知する為の研修等の取り組みがなされていませんでした。関係する法令のリスト化並びに直ぐに調べられる体制、更には周知の為の研修等の取り組みが望まれます。</p> <p>●通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮<br/>事業所の管理運営規程や職務分掌規程に管理者の役割と責任は明記され、職員に周知されています。又、月1回の事務所会議等で報告と意見を聴き、情報の共有、課題の把握に努めています。一方で、管理者・責任者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを評価する仕組みがありませんでした。管理者並びに責任者の行動を評価する仕組みの構築が望まれます。</p> <p>●通番10 実習の受け入れ<br/>京都市内及び周辺の大学や公的機関からの実習を、法人本部が窓口になって積極的に受け入れています。実習受け入れマニュアルも整備されてますが、一方で実習指導者に対する研修が行われていませんでした。実習指導者に対する研修の仕組みが望まれます。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p>●通番通番5 法令遵守の取り組み<br/>訪問介護事業を行う上で、介護保険法のみならず、関係法令の遵守は大事な運営上の要素となります。関係する法令のリスト化並びに直ぐに調べられる体制、更には周知の為の研修等の仕組みを構築されては如何でしょうか。</p> <p>●通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮<br/>事業所の管理運営規程や職務分掌規程に管理者の役割と責任は明記され、職員に周知されています。一方で管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかについて、管理者自らが気付きをもたらすための、又職員とのより強い信頼関係を構築するための、職員から管理者を評価する仕組みを構築されては如何でしょうか。</p> <p>●通番10 実習の受け入れ<br/>京都市内及び周辺の大学や公的機関からの実習を、法人本部が窓口になって積極的に受け入れています。実習受け入れマニュアルも整備されてます。実習受け入れの経験も豊富で受け入れ体制も整っていますが、実習指導者の研修の仕組みを取り入れ、更に充実した実習の受け入れに努められては如何でしょうか。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

|                          |                               |
|--------------------------|-------------------------------|
| 事業所番号                    | 2670600044                    |
| 事業所名                     | (福) 京都福祉サービス協会 高野事務所          |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問介護                          |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 居宅介護支援                        |
| 訪問調査実施日                  | 平成 27年 2月 10日                 |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>京都府認知症グループホーム協議会 |

| 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志決定を行い、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. 「暮らしに笑顔と安心を！」と言う法人としての理念を掲げ、又、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供を行うことを運営方針として明記し事業運営に当たっています。過去の苦い経験をもとに、職員の倫理綱領を策定し職員の行動規範を明確にすると共に、年度始めの4月には「職員結束式」を開催、運営方針や、一年間の事業方針の周知・徹底が図られています。利用者には機関紙「きょうほのぼの」を通じて理念や運営方針が周知されています。<br>2. 事業所の組織運営の基軸となっているのは、常勤職員を、①訪問介護の現場に入らない在宅相談員（事務系）と②業務の内の半分は訪問介護員として現場に入る在宅相談員（実務系）に区配置し、概ね215名の多人数の訪問介護職員の統括・指揮・相談等に努めています。又、職務分掌規程が策定され各職種ごとの役割や権限が明確になっています。会議は管理職会議、事務所会議、左京会議、サポートチーム会議、ヘルパー会議等が定期的に行われ、情報の伝達、課題の把握、方針の決定等、円滑な組織運営がなされています。   |      |       |
| <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設定 | 4  | 各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。  | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)     |    | 3. 法人の事業計画を基に、訪問介護事業所としての事業計画を策定しています。「その人にとってかけがえのない明日をサポートして行こう」が事業計画に基づく本年度のスローガンとなっており、利用者に寄り添うサービス提供の姿勢が伺えます。26年～30年の中長期計画は、児童館を含め子供から高齢者までの福祉全般を見据えた計画となっています。又、全利用者に対してアンケート調査を実施し、利用者や家族からの意見・要望を吸い上げながら、事業計画に反映しています。そのアンケート調査の結果は機関紙「きょうほのぼの」に掲載し利用者や家族に報告しています。<br>4. 事業計画に基づく課題の抽出は上半期終了時点でを行い、下期に向けて見直しを図ると共に、年度末での評価結果を次年度の計画に反映する仕組みが構築されています。又、毎月顧問税理士による監査・指導を受ける中で、予算執行上の課題の把握、見直しがおこなわれています。更に今期から、パート職員も含めた全ヘルパー職員から年2回意見を聴く場を設けています。（1回20名を1グループとしても、年1回分を実施するとなると10回を数える回数となる）実施した結果はヘルパー同士の繋がりが出来た、日頃感じていたことが話せて良かった、困った時の相談窓口が解るようになった、等々、ヘルパー職員からは非常に好感を持って受け止められ、組織全体で課題の達成に向けた取り組みが実践されています。 |      |       |

(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、事業運営をリードしている。   | A | B |
| 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. 介護保険法の改定に伴う集団指導や地域ケア会議等に出席し情報を収集した内容を、事務所会議等で報告、各チームで伝達・共有する仕組みがあります。しかし一方で事業を運営して行く為に関係する法令のリスト化 (ex. 労働基準法、道路交通法、消防法と言った法令) や直ぐに調べられる体制、更には関係法令等を周知し、遵守する取組みがなされていませんでした。</p> <p>6. 事業所の管理運営規程や職務分掌規程に管理者の役割と責任は明記され、職員に周知されています。又、月1回の事務所会議等で報告と意見を聴き、情報の共有、課題の把握に努めています。一方で、管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを評価する仕組みがありませんでした。</p> <p>7. 管理者と職員は携帯電話等で随時報告・連絡・相談が出来る体制が整っています。その様子はアクシデントレポートからも確認する事が出来ました。</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

|               |    |  |   |   |
|---------------|----|--|---|---|
| 質の高い人材の確保     | 8  | 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 |
| 継続的な研修・OJTの実施 | 9  | 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 |
| 実習生の受け入れ      | 10 | 実習生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 | B |
| (評価機関コメント)    |    | <p>8. 職員・ヘルパーの採用条件は2級ヘルパー資格 (初任者研修) を有することを基準とし、「互学共有」を人事理念として掲げています。人材開発部で職員の研修受講履歴を管理すると共に、介護福祉士の資格取得の為の受験に際しては勤務上の配慮を行うなど、積極的な支援を行っています。</p> <p>9. 研修は職種毎に体系化されており、それぞれに新規採用時研修、3年目、5年目に中堅研修が設定されています。特に新規採用職員 (常勤職員) には勤務歴5年以上の職員がプリセプタターとなり、3ヶ月間指導に当たる仕組みが構築されています。その他に自己啓発研修、外部研修の受講等、充実した体制が整っていることが、研修計画書で確認することが出来ました。</p> <p>10. 京都市内及び周辺の大学や公的機関からの実習を、法人本部が窓口になって積極的に受け入れています。実習受け入れマニュアルも整備されていますが、一方で実習指導者の研修が行われていませんでした。</p> |   |   |

(2) 労働環境の整備

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| 労働環境への配慮   | 11 | 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     | 12 | 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、スタッフが充分にくつろげ、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。   | B | B |
| (評価機関コメント) |    | <p>11. 就業状況はシステム化され法人本部で一括管理がなされ、毎月の勤務報告書で分析・検討が本部にて行われています。育児、介護休暇の取得については実際に取得している職員もいる、と説明を受けました。ただ、建物の構造上、休憩室が確保できない状況となっており、お昼の休憩も、電話当番を決めながら、自席での休憩となっています。</p> <p>12. 産業医が配置されています。安全衛生委員会を通して相談出来る仕組みが整っています。又、毎週水曜日には本部事務所に「ヘルパー110」が開設され、協会OBが担当し、匿名で相談出来る体制が整備されています。しかし、職員がリラックスできる休憩場所等が、建物の構造上、確保し難い状況にあります。</p> |   |   |

(3) 地域との交流

|          |    |  |   |   |
|----------|----|--|---|---|
| 地域への情報公開 | 13 | 事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。 | A | A |
| 地域への貢献   | 14 | 事業所が有する機能を地域に還元している。                             | A | A |

|  |            |  |
|--|------------|--|
|  | (評価機関コメント) | 13. 歩行者道路に面した事業所建物の前の大きな掲示板に、事業所概要や行事内容が掲示され、地域に開示されています。又、ホームページや機関誌「きょうほのぼの」を通して情報公開がなされています。<br>14. 左京区事業者連絡会の運営に参加し、認知症カフェを地域啓発事業として取り組んでいます。又、所属する会館の15周年記念事業にも参画し、介護相談コーナーを担当したり、地域の認知症居宅介護研究所、左京区医師会、左京区地域福祉推進委員会等の活動にも積極的に参加し、地域への貢献の様子が伺えました。 |
|--|------------|--|

| 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  | 15 | 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) |    | 15. 法人のホームページやパンフレットを通じて情報提供を行うと共に、利用者が事務所を訪問された際には、掲示物等で解り易く説明が出来るよう配慮がなされています。又、問い合わせや相談についてはインテーク相談記録票等で丁寧な対応がなされていることが確認出来ました。 |   |   |

#### (2) 利用契約

|             |    |  |   |   |
|-------------|----|--|---|---|
| 内容・料金の明示と説明 | 16 | 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)  |    | 16. サービス利用料金については、契約時に重要事項説明書に基づき説明を行っています。又、介護保険外のサービス利用料についても、別途ほのぼのの契約として締結の際に説明していることが、それぞれの契約書の署名で確認することが出来ました。 |   |   |

#### (3) 個別状況に応じた計画策定

|              |    |   |   |   |
|--------------|----|---|---|---|
| アセスメントの実施    | 17 | 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  | 18 | 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 |
| 専門家等に対する意見照会 | 19 | 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・OT/PT・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  | 20 | 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)   |    | 17. アセスメントについては、身体・生活状況票を使用していますが、現在、様式の見直しを検討しています。利用者の「出来ないこと」を書く様式から「出来ること」を書く様式に見直しを図っています。又、ケアマネージャーや主治医等の専門職とも連携しながらアセスメントを行っていることが、連絡票で確認出来ました。<br>18. 利用者や家族からの意向を取り入れた訪問介護計画書を作成し、同意を得ています。<br>19. 訪問介護の計画策定にあたってはケアマネージャーを通じた主治医との連携に努めています。又、サービス担当者会議を通して訪問介護計画の見直し・策定に当たっています。<br>20. 利用者ひとり1人に担当ヘルパー以外に在宅相談員が配置され、ヘルパー訪問記録やヘルパーとの同行訪問により援助計画の遂行状況の把握に努めています。しかし、全利用者に対して3ヶ月に1回の計画見直しには至っていません |   |   |

#### (4) 関係者との連携

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| 多職種協働      | 21 | 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 |
| (評価機関コメント) |    | 21. 利用者の退院前カンファレンスにも積極的に参加しています。又、事業者連絡会や地域包括支援センターが開催する地域ケア会議にも積極的に参加し、地域の他団体との有機的な連携に取り組んでいます。 |   |   |

#### (5) サービスの提供

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| 業務マニュアルの作成 | 22 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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 | 23 | 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          | 24 | 利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。   | B | B |
| 利用者の家族等との情報交換     | 25 | 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>22. 事業所としての標準的な業務マニュアルは、ヘルパーハンドブックの形で作成され、ヘルパー業務の実際、訪問記録の書き方、業務上の事故等緊急時の対応等々、手順を含めて実務書として解り易く纏められています。基本的には年1回、法改訂や医療的ケアの変更の際に見直しが行われています。</p> <p>23. サービス提供の記録は経過記録票やモニタリング票に記載されています。「個人情報保護に係る執務基準」により、利用者台帳の取り扱い、契約書の取り扱い、P/Cの取り扱い、ファイル持ち出し記録等が木目細かく規定され実践されています。又、職員に対する倫理研修の中で、職員倫理チェックシートにより、17項目の行動指針が自己チェックされ、振り返りと気付きの機会とされています。</p> <p>24. 毎朝の申し送り、毎週のチーム会議を通じて情報の伝達・共有を図る取り組みが行われています。一方で全利用者に対して定期的にカンファレンスを行うことが物理的に極めて困難な状況となっている為に、カンファレンスについては状況変化時等の必要に応じた開催となっています。</p> <p>25. 必要に応じ訪問や電話連絡、又、FAXや電子メールを使って随時連絡が取れていることを経過記録で確認することが出来ました。</p> |   |   |

#### (6) 衛生管理

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| 感染症の対策及び予防 | 26 | 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 | 27 | 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>26. 感染症対応マニュアルを策定し、予防並びに事象が発生した場合に的確に対応できるように備えています。所轄の保健所と連携を図りながら情報収集や研修にも取り組んでいます。更に、職員のインフルエンザの予防接種について、事業所として費用負担をするなどの配慮を行っています。</p> <p>27. 感染症対策の為にエプロン、マスク、ティッシュ手袋を事業所として常備しています。害虫防除や換気扇等の清掃は建屋全体で時期を決めて業者に委託しています。</p> |   |   |

#### (7) 危機管理

|            |    |  |   |   |
|------------|----|--|---|---|
| 事故・緊急時の対応  | 28 | 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   | 29 | 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   | 30 | 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 | B |
| (評価機関コメント) |    | <p>28. 緊急事故対応マニュアルが整備されています。日々の職員からのヒヤリハット報告書をもとに、ヘルパー会議の中で検討・再発防止に取り組んでいます。避難訓練は建屋（合同福祉センター）全体の訓練に参加する形で実施されています。</p> <p>29. 事故発生に関しては、事故／苦情クレーム報告書を作成し、安全衛生委員会において原因の分析、再発防止策の検討がなされています。又その内容は、朝礼やヘルパー会議にて周知・報告がなされています。軽微なものは除き、保険者に報告されています。</p> <p>30. 緊急災害時行動マニュアルが整備されています。又利用者の中から独居で重度な方々をリストアップし「優先訪問者リスト」として管理・保管しています。しかし、災害が発生した場合の地域との連携を意識した訓練やマニュアルに基づいた研修が行われていませんでした。</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                | 31  | 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    |       |
|                         | プライバシー等の保護            | 32  | 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              | 33  | 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>31. 法人理念や倫理綱領の中で人権擁護について明記されています。日々の業務日誌や毎月のヘルパー会議、更には利用者に対するアンケート調査結果等から振り返り・検討を行う仕組みがあります。又、年間の研修計画の中に、人権擁護に関する研修（年2回）や「障がい者と高齢者の虐待防止マニュアル」の読み合わせの研修を計画し実施されています。</p> <p>32. 職員採用時研修、ヘルパー研修、現任研修等で利用者のプライバシー保護や、羞恥心への配慮について研修を実施していることを研修資料や報告書で確認出来ました。更に、19項目からなる個人情報管理チェックシートを活用し、年1回、全職員やヘルパーを対象に自己チェックを行う取り組みが実践されています。</p> <p>33. 利用申し込みに対しては「基本的には断らない」を原則として運営しています。特異な事例として、インターネットを見て、東京の100歳の男性が、京都に旅行滞在中のホテルでの入浴について、訪問介護をして欲しい、との依頼に対応した事例の説明をうけました。</p> |      |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |                       |     |  |      |      |       |
|                         | 意見・要望・苦情の受付           | 34  | 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ている。   | A    | A    |       |
|                         | 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 | 35  | 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    | B    |       |
|                         | 第三者への相談機会の確保          | 36  | 公的機関等の窓口で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>34. 利用者との馴染みの関係性を大事にするとともに、利用者の率直な意見・要望等を把握し易くする為に、利用者に対してそれぞれ担当職員が決められています。又、今年度初めて8月の末に、7つの地域包括支援センター区域から、それぞれ利用者家族1名ずつ代表が集まって頂き、懇談会を開催し、意見・要望の吸い上げ並びに交流の機会が持たれています。</p> <p>35. 苦情・クレーム対応マニュアルが整備されています。又、利用者からの意見・要望・苦情については利用者の担当職員、在宅相談員、統括責任者が相談し、対応する仕組みが整っています。更に、全ての苦情・クレームについてはマニュアルに沿って時系列に記録されていることが確認出来ました。しかし、改善状況について公開する仕組みが確認できませんでした。</p> <p>36. 法人内に「苦情解決のための第3者委員会」を設置しています。又、公的機関等の相談受付窓口も含め重要事項説明書に明記し、契約時に説明・周知していることを関係書類で確認することが出来ました。</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         | 37  | 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          | 38  | 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。  | B    | A    |       |
|                         | 評価の実施と課題の明確化          | 39  | 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)            |     | <p>37. 年に1回、利用者満足度調査が実施され、法人本部事業部より各事務所に報告される仕組みとなっています。各事務所では意見も含めて分析・検討を行い、サービスの向上に努めています。又、検討結果の内容については機関紙「きょうほのぼの」に掲載、公表しています。</p> <p>38. サービス向上委員会としては今年度見直し中で中断しています。しかし各種部会活動として実践され、又、ヘルパー会議等でも現状と課題について検討し、サービスの向上に繋げています。</p> <p>39. 第3者評価を毎年受診しています。その都度自己評価項目について自己評価を行い、課題の明確化を図っています。</p>  |      |      |       |