### アドバイス・レポート

令和6 年 1 月 30 日

令和 5年 10月 29日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた(太秦事務所)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

#### 【施設の概要】

太秦事務所は、2008(平成20) 年に「地域に根差し、地域から愛される」をモットーに、社会福祉法人京都福祉サービス協会の在宅サービス事業所として、開設されました。法人は、京都の在宅福祉の草分けとして、1986(昭和61) 年に、ホームヘルプサービス事業をスタートした長い歴史を持っています。事業所には、訪問介護と居宅介護支援の2つの部署があり、訪問介護部門は、常勤職員及びホームヘルパーを合わせて、100名を超える職員を擁し、地域で暮らす高齢者の在宅生活を支えています。

- 1. 利用者一人ひとりに寄り添ったサービスを提供しています 〇法人理念「くらしに笑顔と安心を」のもと、事業所は「ひとりひとりを大切 に」を、今年度の目標として掲げ、利用者の自立支援に向け、取り組んでいま す。
- 、○年に1度「ご意見カード」を、すべての利用者宅に送付し、一人ひとりの意見・要望等を聞き出し、サービス改善に役立てています。また、寄せられた意見・要望は、個人情報に配慮しつつ、ホームページや機関誌で、公開しています。

## 特に良かった点とその理由 (※)

- ○利用者宅に「緊急通報時利用者情報カード」を備え、災害や緊急時において も利用者の生命・安全の確保を図る取組みをしています。
- 2. 高い専門性を活かしたサービスを提供しています
- 〇訪問介護事業の職員全員が、介護福祉士のみならず、介護支援専門員資格を取得するように推奨しており、より高いレベルでのサービス提供につなげています。
- ○介護支援専門員の資格を持つことで、アセスメントカもアップし、より利用者に寄り添った計画書の作成につながっています。例えば、排泄の状況・薬の飲み忘れ・訪問日・歩行状態などの詳細情報を把握し、計画に反映しています。
- ○職員は、高いスキルを持っており、重度の認知症の方や喀痰吸引等の医療的 3. 地域に根差した事業運営を心がけています。
- 〇法人は「地域共生社会」の実現を経営計画の第一に掲げており、事業所は、 地域に根差した事業所として、社会貢献に取り組んでいます。例えば、行政と 連携して、地域住民の自宅に赴き、介護方法のアドバイスを行うなどもしてい ます。
- 〇法人施設内で運営している子ども食堂「おいでやす食堂」に、職員を派遣するなどのボランティア活動を通じて、地域への浸透を図っています。
- ○誰でも立ち寄りやすい開かれた事務所となるよう、玄関には、いつも花を 飾って、雰囲気づくりに努めています。
- 〇非常時における地域支援として、災害備蓄も備え、地域への支援を心がけています。

#### 1. 業務マニュアル類の見直しの記録が不十分です

〇事業所は、各種マニュアルを、毎年、見直していますが、見直した記録が無いものが散見されました。

## 特に改善が望まれる点とその理由(※)

2. サービスの質の向上のための仕組み作りが望まれます

|○事業所は、アンケートや苦情・要望などをもとに、サービスの改善に努めて いますが、サービスの質の向上のために、事業所として自己評価するための仕 組みが不十分です。 1. 業務マニュアル類の見直しの記録について

〇マニュアルの一覧表を作成し、一覧表にチェック欄と備考欄を設け、チェック欄には、日付を、備考欄には、見直し内容を書いておいてはいかがでしょうか。

具体的なアドバイス

〇マニュアルは、実用的であることが重要です。サービス提供のための、手順書にもなります。提供するサービスの標準化のために、欠かせないことは言うまでもありませんが、絶えず最新ののものとするために、見直しとその記録 2. サービスの質の向上のための仕組み作りについて

〇法人は、毎年、内部監査をしていますが、事業所としての「自己評価」とはなっていません。サービスの質の向上に向けて、職員自らの「気づき」を促す取り組みが求められます。そのための手法としては、居宅サービス事業所向けの「セルフチェックシート」を活用されることをお奨めします。

〇非常勤を含めた全職員による「セルフチェック」の実施により得られた課題 を集約し、事業所の課題として検討してはいかがでしょうか。

で集制の味超として検討してはいかがでしょうか。 ○検討する仕組みとして、事業所内に「サービスの質の向上のための検討委員 会」を設置されることを、提案致します。この委員会を定期的(3か月に1回以上 の頻度)で開催し、そこで検討した結果を年度末にまとめ上げ、次年度の計画 に反映することで、サービスの質の向上に向けた、PDCAサイクルが実現するの ではないでしょうか。

※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                    | 2670700687              |
|--------------------------|-------------------------|
| 事業所名                     | (福) 京都福祉サービス協会<br>太秦事務所 |
| 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                      |
| 訪問調査実施日                  | 令和5年11月28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          |
|-----|-------|------------------------------|------------|---|--------------|-------------|
| 八項口 | 十九日   | 47.英口                        | <b>严</b> 田 | □□ス□  | 自己評価         | 第三者評価       |
| I 介 | 護サー   | -ビスの基本方針                     | と刹         | 且織  |              |             |
|     | (1)組約 | 織の理念・運営方気                    | 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<br>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<br>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            | А           |
|     |       | 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<br>思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。  | Α            | Α           |
|     |       | (評価機関コメント)                   |            | 1. 「くらしに笑顔と安心を」を法人理念に掲げ、ホームページやのぽの」などに掲載し、施設内にも、掲示しています。毎週水曜唱和し、周知を図っています。また、機関誌を利用者へ送付し、周知も図っています。                       | 日に、法         | 人理念を        |
|     |       | (評価機関コメント)                   |            | 2. 理事会は、定期的に開催され、経営を取り巻く環境を的確に把し、法人の内外に周知し、透明性を図っています。職員の意見も(チーム会議) から法人の会議(ブロック会議、事業推進会議) へます。法人は、現在、さらに効率的な組織改編に向け、取り組ん | 、事業所<br>と、反映 | の会議<br>できてい |
|     | (2)計[ | <br>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。   | Α            | Α           |
|     |       | 業務レベルにおける<br>課題の把握と目標の<br>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<br>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<br>る。   | A            | А           |
|     |       | (評価機関コメント)                   |            | 3.中・長期計画をもとに事業計画を立て、それをもとに、各事業目標設定、取り組みを策定しています。利用者・家族や関係機関トを、定期的に実施し、それをもとに課題分析を行いサービスのます。                               | などへの         | アンケー        |
|     |       | 、『『川川7次』内 コクン 「)             |            | 4. 職員は事業所計画に基づき、個別の年間目標を定め、半年ごと達成状況を確認しています。事業所は、職員の課題を共有し、「討し、チームでの課題解決を図っています。  |              |             |

| (3) 管: | (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。<br>  | Α   | Α  |  |  |  |  |
|        | 管理者等によるリー<br>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<br>高めるため事業運営をリードしている。   | Α   | Α  |  |  |  |  |
|        | 管理者等による状況<br>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。  | Α   | Α  |  |  |  |  |
|        | (評価機関コメント)            |   | 5. 管理者は、法令遵守の観点での講習を受講しており、事業に関スト化しています。職員は、PC等で、必要な法令をいつでも調べす。法令遵守の研修を、毎年実施しています。 6. 職務分掌規程により、管理者の役割と責任は明確に、定めらて「チーム会議」に出席し、自らの意思を表明しています。職員面職員の要望を聞いています。100名以上の登録ヘルパー全員とコーを図るべく、会議は、毎月、複数回に分けて開催しています。 7. 管理者は、日常的に、現場で業務状況を把握するとともに、携連絡が取れる体制をとっています。管理者は、各チームにマネー管理者不在時でも、マネージャーが即応できる体制となっていま象急時マニュアルや緊急連絡網に基づき、直ちに報告を受け、指なっています。 | る い談ュ 帯ジす。<br>まを二 よー<br>は一<br>よー<br>いが。<br>年一 りを急 | で<br>管実・<br>理施ョ<br>時しし<br>間、、<br>配時<br>には、 |  |  |  |  |

| 大項日 | 中項目    | 小項目                            | 通番   | 評価項目   |                                 | 5結果                  |
|-----|--------|--------------------------------|------|--|---------------------------------|----------------------|
|     |        |                                | ~= = | ᇚᄤᄌᆸ   | 自己評価                            | 第三者評価                |
| Ⅱ組織 | 数の運    | 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」<br>を明確にしたうえで、能力開発(育成)、活用(採用・配<br>置)、処遇(報酬等)、評価等が総合的に実施される仕組みが<br>ある。  | A                               | А                    |
|     |        | 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                               | Α                    |
|     |        | 計画的な人材育成と<br>継続的な研修・OJ<br>T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<br>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<br>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<br>ある。  | A                               | А                    |
|     |        | 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<br>している。  | Α                               | Α                    |
|     |        |                                |      | 8. 法人は、理念に基づき「期待する職員像」を明確にしています<br>評価制度に基づく面談を実施し、職員のスキル等を評価していま<br>キャリアパス制度を持ち、職員個別のキャリアアップに向け支援  | す。法人                            | 独自の                  |
|     |        | (評価機関コメント)<br>・                |      | 9. 法人の担当部署が、必要な人員体制確保に向け計画的に取組ん<br>者職員の配置について、積極的に取り組んでおり「訪問介護職員<br>門員に」を目標に、資格取得を、勧奨しています。インスタグラ<br>し、積極的に、事業所の魅力を発信しています。  | 全員が介                            | 護支援専                 |
|     |        |                                |      | 10. 法人担当部署にて体系的な研修計画を立て、事業所では、毎:別研修を、実施しています。外部研修の情報は、管理者が入手ししており、希望する職員には、勤務扱いで受講できるなどの、サす。新入職員には、プリセプターを決め、最大6カ月間の0JT教ます。資格取得支援は手厚く、取得に必要な費用を、全額、支紙研修受講者による伝達研修も行ない、職員の気付きを促していま | ノ、職員全<br>トポートを<br>育を、実<br>計していま | 員に供覧<br>していま<br>をしてい |
|     |        |                                |      | 11. 事業所では、他事業所の初任者研修や介護支援専門員実務者<br>受け入れています。実習生受入れマニュアルは、整備され、実習<br>理者が受講しています。  |                                 |                      |
|     | (2) 労( | 動環境の整備                         |      |  |                                 |                      |
|     |        | 労働環境への配慮<br>(働きやすい職場づ<br>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<br>働環境に配慮している。  | Α                               | А                    |
|     |        | 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<br>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<br>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<br>を整備している。   | A                               | А                    |
|     |        |                                |      | 12. 管理者は、勤怠管理システムにて、職員の勤務状態を管理した<br>しています。有給休暇の取得率も高く、育児・介護休業も取りや<br>環境を、整備しています。また、ヘルパーに、腰痛予防ベルトを<br>を図っています。   | すい、働                            | きやすい                 |
|     |        | (評価機関コメント)                     |      | 13. 法人は、産業医を配置し、毎年、全職員にストレスチェックのメンタルヘルス維持のための体制を、確保しています。法人にがあり、さらに事業所では「歩こう会」を開催するなど、職員の康増進に取り組んでいます。職場の休憩室は、広さも十分にありり休憩できています。各種ハラスメント規定は整備され、苦情をきる窓口があり、専門家の支援を受けることができます。      | は、福利<br>)ストレス<br>)、職員が          | 厚生制度<br>解消と健<br>、ゆっく |

| (3)地域との交流 |                                |    |   |      |     |  |  |
|-----------|--------------------------------|----|---|------|-----|--|--|
|           | 地域との連携・情報<br>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    | А   |  |  |
|           | 地域との交流 (入<br>所系・通所系サービ<br>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<br>な地域との交流を積極的に行っている。  |      |     |  |  |
|           | 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。<br>事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。  | Α    | Α   |  |  |
|           | (証価機関コメント)                     |    | 14. 法人は, 経営計画の冒頭に「地域共生社会へ」というコンセブ法人にとって地域貢献は、最重要テーマの一つとなっています。の」「アソシエ」を、地域の関係機関に配付し、情報発信してい区事業所連絡会に参加し、地域ニーズの把握に努めています。 | 広報紙「 | ほのぼ |  |  |
|           | (評価機関コメント)                     |    | 15. 非該当<br>16. 行政からの依頼があれば、事業所利用者ではない方の自宅へについてのアドバイスを行なうなど、地域貢献活動を行っていま小学校で認知症サポーター講座を開催しています。                          |      |     |  |  |

|     |       |                          | 1  |  |              |       |
|-----|-------|--------------------------|--|--|--------------|-------|
| 大項目 | 中項目   | 小項目                      | 通番   | 評価項目   |              | i結果   |
| >   |       | =# · · · · · · · · · · · | <u>.                                    </u> |  | 目己評価         | 第三者評価 |
| 適   | 切なが   | `護サービスの実                 | 肔  |  |              |       |
|     | (1)情報 | <b>报提供</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。   | Α            | А     |
|     |       | (評価機関コメント)               |  | 17.ホームページは見やすく、パンフレットでは、法人の特色や根報を、わかりやすく提供しています。料金等に変更があれば、そ更しています。問い合わせに対しては丁寧に対応し、適切に記録                              | の都度、         | 内容を変  |
|     | (2)利月 | 用契約                      |  |  |              |       |
|     |       | 内容・料金の明示と<br>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、<br>利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。  | A            | А     |
|     |       | (評価機関コメント)               |  | 18. サービス利用に際して、重要事項説明書に加え、「ご利用のし、利用の流れや料金等の説明をし、利用者・家族の同意を得てサービスについては、別の料金表で、分り易く説明しています。用するケースもあり、権利擁護の研修会、勉強会に、参加してい | います。<br>成年後見 | 保険外の  |
|     | (3)個5 | 別状況に応じた計画                | 画策   |  |              |       |
|     |       | 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<br>セスメントを行っている。   | A            | Α     |
|     |       | 利用者・家族の希望<br>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<br>て、利用者及びその家族の希望を尊重している。  | A            | А     |
|     |       | 専門職種を含めた意<br>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<br>医・リハビリ職(OT/PT/ST等)・介護支援専門員・他のサービス<br>事業所等に意見を照会している。                                    | Α            | Α     |
|     |       | 個別援助計画等の見<br>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<br>る。   | A            | А     |
|     |       |                          |  | 19. 所定のアセスメント様式を使用して、利用者の心身の状況や5握しています。アセスメントは、初回と利用者の心身の状況変化度行われています。モニタリングで計画の変更があれば、再アセいます。                         | があれば         | 、その都  |
|     |       | (評価機関コメント)               |  | 20. 訪問介護計画の策定に当たっては、利用者及び家族の希望を<br>自立支援を心がけています。また、サービス内容を決定する際に<br>びその家族の同意を得ています。サービス担当者会議には、利用<br>加しています。           | は、必ず         | 利用者及  |
|     |       |                          |  | 21. 訪問介護計画策定のために開かれるサービス担当者会議では、<br>専門家の意見を照会しています。また、関係する他の事業所から<br>薬・歩行状態など)を聞き、訪問介護計画書に反映しています。                     |              |       |
|     |       |                          |  | 22. 毎月、モニタリングを実施し、利用者の状態の変化を分析してしが必要かの、検討を行っています。見直し時は、必ずサービスし、利用者及び家族や主治医の意見を基に、内容を決定していまは、関係職員に周知しています。              | 担当者会         | 議を開催  |

| 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<br>体制又は支援体制が確保されている。  | A            | А          |
| 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<br>や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。   | Α            | А          |
| (評価機関コメント)         |    | 23. 居宅介護支援事業所を通して、医師との連携を図り、ケアマニて、入退院時の情報を得ています。関係機関のリストを作成し、います。また、近隣行政区の事業所連絡会へも参加し、共通した連携を図っています。                                       | 職員間で         | 共有し        |
|                    |    | 24.利用者の状況変化等により、他の介護サービスへ移行する場合<br>必要な資料(アセスメント表・モニタリング表等)を、提供して<br>移行後の問い合わせに対しても、丁寧に応じています。  |              |            |
| 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<br>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<br>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<br>ている。                                       | A            | В          |
| 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<br>り、管理体制が確立している。   | A            | Α          |
| 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            | Α          |
| 利用者の家族等との<br>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<br>交換を行っている。  | A            | Α          |
|                    |    | 25. サービス提供に必要な各種業務マニュアルを、利用者の安全で、整備しています。年に1度、マニュアルを見直していますが無いものが、散見されました。アンケート調査結果や事故防止策直しに反映されています。                                      | 、見直し         | た記録        |
| (評価機関コメント)         |    | 26. 利用者の状況やサービスの提供状況は、定められた様式で適ます。利用者ファイルは、鍵付きのロッカーに保管され、鍵も遊ます。文書管理規程により、保管・保存・持ち出し・廃棄に関すいます。毎年、個人情報保護についての研修を実施しており、利個人情報の扱いについて、説明しています。 | がに管理<br>る方法を | されて<br>、定め |
|                    |    | 27. 利用者の状況等に関する情報は、記録ファイルやネットワーク当する職員間で情報共有を図っています。毎朝の申し送りと月2で、再度情報共有を行い、月2回のチーム会議では、ケアカンフいます。   | 回のチー         | ム会議        |
|                    |    | 28. 訪問時に家族へ情報提供を行い、担当者会議時には、家族の記<br>います。家族が別居の場合も、電話にて意見を聞くようにしてい<br>付きにくいご家族には、メールでのやり取りも行っています。  |              |            |

| (6) 街   |  |    |  |              |             |  |  |
|---------|--|----|--|--------------|-------------|--|--|
| (3) (1) | - 1<br>感染症の対策及び予<br>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            | А           |  |  |
|         | 事業所内の衛生管理<br>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<br>行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。  | Α            | А           |  |  |
|         | <br> -<br> <br> |    | 29. 感染症対策及び予防に関するマニュアルを作成し、最新情報を入手するとともに、定期的に見直しています。感染症発生時の対応方法も、マニュアルにより定めています。訪問介護職員が、利用者への感染源にならないように、細心の注意を図っています(マスク交換、消毒用アルコールの準備等)。 30. 事務所内の書類・介護材料・備品等は、良く整理・整頓されており、週に1 |              |             |  |  |
|         |  |    | 回、外部の清掃業者がフロア清掃をし、清掃記録もされています。サービス提供に必要な備品(衛生手袋、オムツなど) は、備品庫に整理されて、保管されています。   |              |             |  |  |
| (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<br>1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。   | Α            | А           |  |  |
|         | 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。   | Α            | Α           |  |  |
|         | 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<br>回以上、必要な研修又は訓練が行われている。   | В            | А           |  |  |
|         | 事業の維持・継続の<br>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<br>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            | А           |  |  |
|         |  |    | 31. 事故・緊急時対応マニュアルを作成し、年に1回、事故・緊<br>修を行っています。利用者宅には「緊急通報時 ご利用者対応力-<br>緊急時に活用できるようにしています。事業所には、緊急連絡表<br>緊急時の指揮系統を明確に定めています。  | ード」を酉        | 己置し、        |  |  |
|         |  |    | 32. 事故発生時には、先ず、適切に対応するとともに、家族や関係者に、速やかに報告しています。毎月のヘルパー会議では、ヒヤリハットを含む事故事例を皆で検討・分析し、再発予防策を策定しています。   |              |             |  |  |
|         | (評価機関コメント)   |    | 33.「災害発生時対応マニュアル」を作成し、責任者や指揮命令到り、研修も実施しています。地域連携を想定した「地域連携防災成し、利用者・職員の安否確認方法も、定めています。災害備著ローリングストックで、管理しています。地元の消防署と連携しをおこなっています。   | マニュア<br>は、必要 | ル」を作<br>数量を |  |  |
|         |  |    | 34. 自然災害・感染症対応のBCP計画を、策定しています。訪問介利用者宅での対応も含めた内容としており、利用者へのサービス的としています。   |              |             |  |  |

| 大百日 | 中項目    | 小項目                               | 通番       | 評価項目   |                                    | 結果           |
|-----|--------|-----------------------------------|----------|--|------------------------------------|--------------|
| 八块口 | 十块口    | 小块口                               | 四田       | 叮顺快口   | 自己評価                               | 第三者評価        |
| Ⅴ利用 | 者保     | 獲の観点                              |          |  |                                    |              |
|     | (1)利力  | 用者保護<br>11                        |          |  |                                    |              |
|     |        | 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<br>サービス提供を行っている。  | Α                                  | Α            |
|     |        | 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                                  | Α            |
|     |        | プライバシー等の保<br>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<br>てサービスの提供を行っている。  | A                                  | Α            |
|     |        | 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                                  | Α            |
|     |        |                                   |          | 35.法人理念や事業所運営方針に基づき、利用者の人権や意思、<br>したサービスの提供を心がけ、事業運営に取り組んでいます。至<br>年「人権研修」を行っています。ヘルパー会議において、利用者<br>権について学ぶ機会を、定期的に設けています。   | 職員に対                               | して、毎         |
|     |        | (評価機関コメント)                        |          | 36.利用者の人権を守るケアを基本に、高齢者虐待防止法に基づアルを整備しています。規程に基づき責任者を定め、委員会を、います。また「虐待防止」や「身体拘束禁止」についての研修をいます。不適切ケアについての研修も、実施しており、不適切ケしての対応方法も、定めています。  | 定期的に<br>:、毎年、                      | 開催して<br>実施して |
|     |        |                                   |          | 37. 毎年「倫理研修」を行い、利用者に関わる資料の取り扱い方の思いについて、学んでいます。職員は「ヘルパーハンドブック活用し、プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供を、心38. サービス利用の希望者には、基本断らず、すべて受け入れて理由で、どうしても受け入れられない場合は、別の事業所を紹介包括支援センター等から紹介のあった支援困難ケースについても | ァ」を手順<br>いがけてい<br>います。 を<br>います。 を | 書として<br>ます。  |
|     | (2) 音  | <br>見・要望・苦情へ(                     | <u> </u> | す。<br><br>   |                                    |              |
|     | (2) 忠」 | え・安皇・古順へ(<br>意見・要望・苦情の            |          | ル<br>利用者の意向(意見・要望・苦情)を広く拾い上げ、収集する  | _                                  |              |
|     |        | 受付                                | 39       | 付組みが整備され、利用者等に周知されている。   | Α                                  | Α            |
|     |        | 意見・要望・苦情等<br>への対応の仕組みと<br>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<br>に、サービスの向上に役立てている。   | A                                  | А            |
|     |        | 第三者への相談機会<br>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<br>及びその家族に周知している。   | Α                                  | Α            |
|     |        |                                   |          | 39. 苦情・クレームマニュアルに基づき、意見・要望・苦情は、善内容を検討し、本部に報告しています。「ご意見カード」は、工夫し、毎年すべての利用者に、提出を依頼し、サービスの向」  | 答えやす                               | い形式を         |
|     |        | (評価機関コメント)                        |          | 40. 苦情クレームマニュアルに基づき、利用者・家族の意見・要<br>て、迅速かつ適切に、対応しています。アンケートの結果は、機<br>ぽの」及びホームページで、公開しています。  |                                    |              |
|     |        |                                   |          | 41. 第三者または公的機関の相談窓口、連絡先は、重要事項説明<br>設内にも、掲示しています。第三者機関から相談があった場合の<br>も、苦情クレームマニュアルに定めています。  |                                    |              |

| (3)質の向上に係る取組      |    |   |   |   |  |  |
|-------------------|----|---|---|---|--|--|
| 利用者満足度の向上<br>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  | Α   | Α   |  |  |
| 質の向上に対する検<br>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。   | Α   | Α   |  |  |
| 評価の実施と課題の<br>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  | Α   | В   |  |  |
| (評価機関コメント)        |    | 42. 利用者満足度を把握し、サービスの質向上を目指すため、利所で、毎年、アンケート調査を、実施しています。アンケートの集い、その結果を、事業所ではチーム会議で協議し、改善意見も水のでは、毎年、無記名の「ご意見カー者の率直な意見も求めています。結果については、機関誌とホーしています。さらに、利用者が実際にサービスを受けてい度、リサービス等の事業者にも、要改善点が無いか、3年に一度、意す。 43. サービスの質の向上について、事業所としては、訪問介護部門議」にて、職員全員参画のもとで検討する仕組みになって直、戦略・地域共生・サービス・組織・災害)の職員が参加し、サービスの質の改善に取り組んでいます。 44. チーム会議にて、サービスの質の改善に取り組んでいますが、るための仕組みが、十分ではありません。評価を行う担当部との分析、検討により、課題を明確にし、事業計画に反映する仕組でしょうか。第三者評価は、3年に一度、受診しています。 | 約題ドムサ見 門。推に 設はの」ペーを 法進分 定置 下人チけ 期し 本認送ジスめ ーとーて 的、 | 部をりでやて 「しム、 ニ評で行、、リい ムて(全 評価行っ利公ハま 会は人職 価結て用開ビ 、材種 す果 |  |  |