

アドバイス・レポート

令和6年12月12日

令和6年10月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（長老苑在宅介護支援センター通所介護事業所）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 (※)</p>	<p>○事業計画の策定と見直し 事業計画は、中長期事業計画（2024～2033年度）に基づき策定されています。京丹波町の人口動態などを基に地域ニーズに対応し、より地域に密着した支援に取り組む姿勢や、事業計画の基本理念として、利用者の意向を尊重して自立した生活ができるように支援すると明言されています。また、デイ・ヘルパー会議で「ニーズに沿ったサービスの向上」「人権・プライバシーの尊重」「職員の資質向上」など職員の意見を事業計画に反映されています。デイ・ヘルパー会議で事業計画に基づき、目標設定をおこない、半期には職員アンケートにより見直しをおこない、年度末には目標の達成状況を確認、課題を設定し次年度の事業計画の策定につなげています。</p> <p>○自立支援を目指したサービス提供 地域の取り巻く環境や今後の動向を踏まえて、地域に根差した事業所を目指し、令和2年より、通所介護事業と訪問介護事業を一体化して事業を運営されています。一体化により、お互いのサービスや利用者の状況を共有することで、利用者の尊厳を保ち、住み慣れた自宅で可能な限り自立した生活が遅れるように、より質の高いサービス提供に取り組んでいます。</p> <p>○事故報告書と職員の共有 事故が発生した場合、事故発生時のマニュアルに沿って、組織として迅速に対応しています。事故報告書には、組織としての対応経過や家族への対応、発生要因の分析及び改善策・再発防止策が詳しく記録されています。デイ・ヘルパー会議で事故の概要、改善策・再発防止策を職員に周知し、職員の事故に対する意識を高めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○利用者からの意見・要望・苦情の公表 苦情対応マニュアルが作成され、マニュアルに沿った対応をおこなっています。利用者からの意見は、非常に細かい部分まで拾い上げ、報告書に記載しています。デイ・ヘルパー会議で利用者からの意見や苦情に関する改善策の検討をおこなっていますが、意見・要望・苦情の公開はおこなっていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○利用者からの意見・要望・苦情の公表 利用者の意見・要望・苦情は事業所として迅速に対応することが必要であるとともに、サービスの質の向上に役立てる必要があります。意見・要望・苦情の対応や対策について公開することは、事業所の信頼につながります。利用者の個人情報に配慮して公開されることを期待します。</p> <p>※デイルームは広々とし、天井が高く開放感があり、がゆったり過ごせる空間です。壁には利用者と職員が制作したちぎり絵やイベントの写真が飾られています。特別養護老人ホームと併設されていることで、廊下幅は広く、利用者は施設内を歩いて一周できる造りとなっています。また、施設の外も歩くことができ、利用者が歩行訓練に励むことができます。</p> <p>長老苑は創立30周年を迎え、京丹波町和知ふれあいセンターで式典が開かれました。今後も地域にとってなくてはならない「社会資源」の役割を担われることを期待します。</p>

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2671500060
事業所名	長老苑在宅介護支援センター 通所介護事業所
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護事業所
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問介護事業所
訪問調査実施日	令和6年11月13日
評価機関名	一般車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。	B	A
(評価機関コメント)		通番1. 理念や職務指針（運営方針）はホームページ、事業計画に明文化するとともに玄関、会議室、デイルームに掲示している。理念に基づき、個人の意思を尊重し、自立した生活ができるように利用者のニーズに沿ったサービスを提供している。年度末の職員会議で理念を確認するとともに、毎朝のミーティングでストレッチをしながら理念の唱和をしている。広報紙「長老苑」に理念を掲載し3か月に1回発行している。 通番2. 理事会、管理職会議、部長・室長会議が定期的で開催され、事業所の取り巻く環境を把握、分析し、課題を明確にしている。デイ・ヘルパー会議で出された職員の意見は、職員会議⇒部長・室長会議⇒管理職会議で反映される流れとなっている。職員の職務に応じた権限は職務分掌で確認できた。		

(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)		通番3. 中長期事業計画（2024～2033年度）に基づき、単年度事業計画を策定している。人口動態、人材確保、働きやすい環境、地域に開かれた施設運営などの課題を明確にしている。デイ・ヘルパー会議で職員の意見を聞き、「ニーズに沿ったサービスの向上」「人権・プライバシーの尊重」「職員の資質向上」などに反映している。事業計画はホームページで公表している。 通番4. デイ・ヘルパー会議で課題を把握し目標設定をおこない、利用者の持っている力を活かし、可能な限り自立し、住み慣れた自宅での生活が継続できるよう支援に取り組んでいる。半期の事業計画の見直しは、職員アンケートに基づき、役職会議で検討している。年度末にはデイ・ヘルパー会議で事業計画の見直しをおこない、次年度の策定につなげている。		

(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)		<p>通番5. 施設長は京都府介護老人保健施設協会の研修や施設内の法令遵守研修に参加している。管理者は集団指導（動画視聴）で法令に関する情報を得て、必要な事項はデイ・ヘルパー会議で職員に周知している。また、法令に関する内部研修をおこない職員に法令遵守について意識を高めている。</p> <p>通番6. 管理者の役割と責任は職務分掌、組織図で明確にしている。理事会には各部長が参加し運営方針を決定している。職員の意見は、デイ・ヘルパー会議や面談で聞く機会を設けている。また、職員アンケートの実施や職員意見箱を設置している。組織活性化プログラムを利用し、管理者の評価を確認している。</p> <p>通番7. 管理者は事業所内で執務し、外出の際には常に携帯電話を所持しグループラインを活用して常に連絡が取れる体制となっている。管理者は業務日誌（PC内）やミーティング記録でサービスの実施状況を把握している。事故や緊急事態が発生した場合は、「緊急時に於ける事故発生時対応マニュアル」に沿って対応する体制となっている。</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
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	A
		(評価機関コメント)		<p>通番8. 期待する職員像は運営方針や職務指針で明確にしている。人事に関する基準は、「人事制度ガイドライン」で明確にし職員に周知している。人事考課制度では、職員が年間目標、自己評価を面談記録に記載し成果や貢献度を評価している。キャリアパス制度（昇格・昇進）では、必要な資格、必要な研修や人事考課結果で昇格・昇進の基準を設けている。</p> <p>通番9. 法令に定める人員基準を基に、理事会で人材確保の方針を決定している。中長期事業計画では、「人材確保が急務であり、働きやすい職場づくりはもとより外国人労働者の受け入れも視野に入れた人材確保・育成の取り組み」を進めると明文化している。ホームページや広報誌で事業所の情報を発信している。</p> <p>通番10. 毎年、内部研修、施設内研修計画を策定し、研修を通じて職員の知識・技術の向上に努めている。デイ・ヘルパー会議で研修の評価と見直しをおこなっている。外部研修の情報は職員に周知し、研修希望者は出勤扱い、事業所負担で参加している。指導職員育成計画に基づき、年度初めに年間目標を設定し、年度末には達成状況を確認、管理職との面談をおこないキャリアアップできる仕組みがある。</p> <p>通番11. 実習受入マニュアルを作成し、実習の基本方針、基本姿勢及び心得、利用者に対する注意事項、担当者、1日の流れを明確にしている。大学生の教員免許取得に必要な介護実習の受け入れをおこなっている。京都府警からの依頼で、交通違反者への講習の社会参加活動を受け入れている。</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>通番12. 職員の有給休暇の取得率や時間外労働のデータは法人の総務で管理し、管理者も確認できる体制となっている。職員の意向はアンケートや面談で把握している。「京都モデル」ワーク・ライフ・バランス認証企業に認定され、育児休業や介護休業の規程が設けられ、介護休業の実績はないが、育児休業の実績はある。職員の介護負担軽減として、車椅子、歩行器、スライディングボード、特殊浴室やリフト車を使用している。また、リフレッシュ休暇を6日、誕生日休暇を1日付与している。</p> <p>通番13. 職員のストレス解消やメンタルヘルスの相談窓口として法人で産業医を設置している。また、ストレスチェック制度実施規程に基づき、ストレスチェックを年1回実施している。職員の意見箱の設置や安全衛生委員会でメンタルヘルスの研修をおこなっている。法人で互助会があり、その年の担当者が職員へのプレゼントなどの内容を企画している。ハラスメントに関する規程は就業規則で確認できた。休憩場所には、冷蔵庫、電子レンジ、ポット、コーヒーマーカーなどが設置され、リラックスできる環境である。</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。	A	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>通番14. 地域との関わりについては、広報紙やパンフレット、事業計画、ホームページに明文化している。また、地域に役立つ情報は広報紙やホームページで開示するとともに、広報誌は和知地区全戸（約1,300戸）に配布している。地域ケア会議や事例検討会に参加し、地域ニーズの把握に努め、サービス提供に役立てている。丹波町社会福祉協議会の依頼で、年末買い物便の協力として、車輛と運転手を派遣した。</p> <p>通番15. ボランティアの手引きを作成し、中学生の職場体験を受け入れている。ボランティアの受け入れの体制は総務で整えている。家族会の会員の方が施設周辺の美化作業（草刈り・掃除）をおこない、きれいに整備していただいた。</p> <p>通番16. 出張介護教室として、中学校で車椅子の使い方の教室や小学校で人権学習をおこなった。地域のグランドゴルフ大会やゲートボール大会に出向き、地域ニーズの把握に努めている。京丹波町から、認知症初期集中支援チーム員や認知症地域支援推進員の委託を受けている。</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

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)		<p>通番17. 必要な情報は、年4回発行の広報誌「長老苑」、パンフレット、ホームページにわかりやすく表記されている。広報誌には行事、取り組み内容、季節の情報が満載され、利用者、家族及び和知地区全戸に配布している。問い合わせ、見学希望者は「お試し利用」として体験利用ができ、全ての記録を保管している。</p>		

(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)		通番18. 新規面接時に、契約書、重要事項説明書で保険外サービスについても、わかりやすく説明し、同意を得ている。料金（介護保険サービス、介護保険外サービス）や個人情報保護についての説明も丁寧におこない、同意を得て、署名、捺印をもらっている。判断能力に支障のある利用者の場合は成年後見制度による代理人契約の仕組みがある。地域福祉権利擁護事業の研修会に参加し、必要時は居宅介護支援事業所、地域包括支援センターなどと連携がとれる体制にある。		
(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)		通番19. 介護支援専門員からの基本情報・課題分析の情報と、利用者・家族との面接、サービス担当者会議等で得られた情報をもとにアセスメントをおこない、ニーズや課題を明らかにしている。毎日、記入している「ケース記録」をもとに、毎月の「通所介護サービス提供記録」にまとめ、半年ごと及び、必要に応じて、利用者・家族からの聞き取りと合わせて「通所介護評価表」に記入し、ケース会議でアセスメントの見直しをおこなっている。 通番20. サービス担当者会議で利用者・家族の要望を確認し、自立支援に向けた取り組みを明らかにし、介護支援専門員や他事業所との意見のすり合わせをおこない、個別援助計画を策定し、利用者・家族の同意を得ている。 通番21. サービス担当者会議で医師、看護師、PT等と意見交換をおこない、個別援助計画に反映している。利用者の状態等により、介護支援専門員に報告し、医師、看護師、PTに連絡をして、直接指示を得ることもある。 通番22. 個別援助計画の見直しは、半年ごとと、状態に変化があった時と基準を決めて、ケース会議（毎月実施）で検討・見直しをおこなっている。見直しの際には、専門職への意見照会をおこなっている。会議に参加出来なかった職員にはミーティングや連絡ノートで変更を伝え、職員全員が、変更の個別援助計画を確認し押印している。		
(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)		通番23. 医師や関係機関への連携は、介護支援専門員や家族を通じての場合が多いが、急な状態変化の時等には医師、看護師に直接連絡をして、指示を受ける事もある。退院時には退院前カンファレンスに参加した介護支援専門員からの情報提供や、退院時サマリーで、情報を職員間で共有している。他の事業所や関係団体のリスト・資料はファイリングし、事務所で管理している。毎月地域ケア会議に参加し、地域の情報収集、課題を検討・相談など意見交換をしている。 通番24. 他の事業所へ移行の際、担当の介護支援専門員から要請があれば、モニタリング結果や現在の心身の状況などの情報を提供している。サービス終了後も、相談対応や行政に紹介等の支援を管理者が窓口となりおこなっている。		
(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)		<p>通番25. プライバシーの保護を意識して、わかりやすく、写真などを取り入れた業務マニュアルを作成している。マニュアルに基づいて、実施されているかの確認には、担当者が、パソコン内のチェック表に記載し、毎日管理者が確認している。マニュアルの見直し基準を、ヒヤリハット、アクシデント、満足度調査等に基づき、デイ・ヘルパー会議で内容を分析・検討する事として、年度末におこなっている。急ぎ検討が必要な時も同様にデイ・ヘルパー会議で検討し、見直しをしている。</p> <p>通番26. 個人ファイル（計画、ケース記録、サービス提供記録、実績、実施チェック等）で適切に記録され、パソコンで情報の管理をしている。個人情報保護管理規程、特定個人情報保護取り扱い規程で、記録管理責任者、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄等に関する規程を定めている。職員は個人情報保護、プライバシー保護の研修を受け、理解を深めている。個人情報の取り扱いについて、利用者・家族には契約時に説明をおこない、同意を得ている。</p> <p>通番27. 職員全員が毎日、援助実績（入浴、利用中の様子、家族の意向、バイタルチェックなど）をケース記録に入力し、情報を共有している。変化があった場合には朝夕のミーティングで変更内容を伝え、ノートにも記載している。月1回のケア会議、デイ・ヘルパー会議等で意見集約をおこなっている。欠席者はそれぞれの内容を確認し押印している。</p> <p>通番28. 家族とは新規面接、サービス担当者会議、面談などで情報交換をおこなっている。利用時の様子を毎回連絡帳に記入すると共に、写真付き手紙、行事の様子を写真で紹介、毎月の電話連絡、広報誌、送迎の時等に細やかに情報を伝えている。家族からの情報は連絡ノートへの記入、電話、送迎時に聞き取り等を随時おこない、得られた情報はケース記録に書き込み、ミーティングでも共有している。緊急の情報は電話でおこなっているが、SNS発信に向けて現在取り組んでいる。</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>通番29. 感染症対策委員会が主体となり感染症毎のマニュアルを作成し、見直しもしている。全職員対象の研修会を開催し、感染症対策の周知を図っている。特にノロウイルス対策は、テイルームの柱に対応方法を張り出すとともに、実技研修もおこない、必要物品を常備している。感染力の強い感染症に対してはBCPを作成し、BCP（事業継続計画）に基づく訓練をおこなっている。今年度は11月に予定している。利用者には、「受診を促す基準」を作成し、毎回、利用前の検温、状態の聞き取りをおこなっている。職員は出勤時に、専用出入り口で、手洗い、うがい、検温、消毒を継続している。</p> <p>通番30. 清掃は掃除専門の職員がおこない、管理者がチェック表で確認をしている。書類、物品等は整理され、水回り（洗面台、浴室、トイレ）も清掃が行き届き清潔に保たれている。調理室は月に1度外部業者による清掃・衛生管理がおこなわれている。十分な換気、空気清浄機の設置等で、嫌な臭気は全く感じられない。害虫駆除、屋外の清掃なども職員が定期的におこない、環境整備が行き届いている。</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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>通番31. 事故発生時及び緊急時対応マニュアルが作成され、責任者及び指揮命令系統が明らかにされている。マニュアルの内容は、デイ・ヘルパー会議で内部研修をおこない、職員に周知されている。実践的訓練としては、警察の協力のもと、侵入者への対応研修を実施している。</p> <p>通番32. 事故やヒヤリハットが発生した場合、事故発生時のマニュアルに沿って、組織として対応している。組織としての対応経過や家族への対応、発生要因の分析及び改善策・再発防止策は、事故報告書やヒヤリハット報告書に記録されている。改善策・再発防止策は、デイ・ヘルパー会議で事故の概要を報告したのち、職員が参画し検討されている。リスクマネジメントに関しては、事故防止安全対策委員会が設置され、事故後の対応の検討や、マニュアルの見直しを行っている。</p> <p>通番33. BCPをはじめ、地域との連携を意識した各種災害発生時のマニュアルが整備され、職員に周知されている。また、施設は地域の福祉避難所に指定されており、食料や安全備品の備蓄がおこなわれている。これらはリスト化され、総務部長が管理している。職員の安否確認はグループライン、利用者の安否確認はケアマネジャーと職員2人で訪問すると決められている。地域住民をはじめ、地域の関係機関と連携し、防災訓練等を実施している。</p> <p>通番34. 災害及び感染BCPを策定している。BCPは、利用者の安全確保、サービスの継続、職員の安全確保、優先する事業・業務、平常時の対応など詳細に策定している。災害BCPは、施設が立地する地域特性を考慮した内容となっている。</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

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>通番35. 利用者本位のサービスや尊厳の保持については、理念及び事業計画に明記され、職員に周知されている。利用者の自己決定に関しては、月1回の喫茶では、メニューの選択がしやすいように、写真を使用する等の工夫がされている。また利用者が出来ることは自分でしていただく姿勢を「自立支援」の基本として実践している。研修のみならず、夕方のミーティングで、その日のサービスの振り返りを行い、ミーティングノートに記録している。</p> <p>通番36. 身体拘束禁止、虐待防止に関しては、運営規程・運営方針・業務マニュアルに明記され、研修を通じ職員に周知している。身体拘束・虐待に関する委員会は、部室長会議時に開催している。不適切ケアに関しては、随時確認と検討をおこない記録に残している。</p> <p>通番37. 利用者のプライバシーや羞恥心に関しては、各種マニュアルに具体的な対応が明記されている。職員への意識付けは、内部研修や日々の業務での実践を通じおこなわれている。サービス提供時は、排泄時にカーテンを閉める、入浴時にはタオルをかける、個別相談時には相談室、会議室でおこなうなどプライバシーに配慮している。</p> <p>通番38. 利用の申し込みに関しては、可能な限り受け入れを行っている。定員が上限に達している場合は、利用日の変更の提案や、空きができ次第利用を開始できる旨を具体的に伝えている。利用申し込みを受けられない場合は、介護支援専門員を通じて他の事業所を紹介した事例がある。特に配慮を必要とするケースに関しては、他事業所や訪問看護と連携している。</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。	B	B
第三者への相談機会の確保	41	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>通番39.毎年利用者アンケート調査を実施し、結果を利用者・家族に報告している。アンケート調査から、利用者の要望を拾い上げ、施設内の廊下の散歩や行事に反映した事例がある。また、サービス担当者会議のみならず、日常的な送迎やヘルパー訪問時にも利用者の意向を聞き出す努力をおこなっている。第三者評価アンケートにおいても、利用者や家族から、相談しやすいとの意見が多く見られた。自ら意思を表明できにくい利用者に関しては、行動観察を行い、意向の確認と職員間での共有をおこなっている。</p> <p>通番40.苦情に関しては苦情対応マニュアルが作成され、マニュアルに沿った対応をおこなっている。利用者からの意見は、非常に細かい部分まで苦情として拾い上げ、報告書に記載している。役職会議、デイ・ヘルパー会議で苦情に関する改善策の検討をおこなっているが、意見・要望・苦情の公開はおこなっていない。</p> <p>通番41.公的機関等の窓口に関しては、重要事項説明書に記載している。また、事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置し、事業所内に掲示することで周知を図っている。加えて介護サービス相談員による相談窓口も整備している。併設の特別養護老人ホームに家族会があり、ボランティアで施設周辺の美化作業をおこなった。</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。	B	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)		<p>通番42.毎年独自の満足度アンケート調査を実施している。結果は利用者本人や家族に報告し、管理者が分析をおこなった後、デイ・ヘルパー会議で職員参画のもと対応を検討している。アンケートを通じて、歩行訓練がしたい、爪を切って欲しい、ヘルパー訪問時にもっと話がしたい、こんな行事がしたい等の意見が寄せられ、サービスや事業計画に反映している。</p> <p>通番43.サービスの向上に関しては、アンケート調査や日々の利用者との関わりの中で意見を吸い上げ、随時共有、検討をおこなっている。毎月のデイ・ヘルパー会議でもサービス向上に関する検討が行われ、会議録によってパート職員まで内容が周知されている。他事業所の取り組みに関する情報収集は、地域ケア会議に参加することで実施し幅広い情報を得ている。</p> <p>通番44.年1回独自の自己評価を実施し、役職者で評価及び分析・検討をおこなっている。明確化された課題は、次年度の事業計画に反映し具体的にサービスや職員の質の向上につなげている。また3年に1度第三者評価を受診し、更なる質の向上に取り組んでいる。</p>		