

アドバイス・レポート

令和7年3月7日

令和7年1月7日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「アリア京都鴨川御所東ケアステーション」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>○会議の全員参加 毎月の「定期会議」では、職員全員が参加するまで5回～10回開催をして職員全員からの意見を聞くようにしています。10回も開催することは確かに大変だと口にされていましたが、それでも続けている姿勢は、伝達や記録の回覧では聞けない一職員の感じている生の声を聞く姿勢が役職者や管理者にしっかり根付いており、現場の意見を汲み取る大切さが表れています。</p> <p>○ICT化による業務負担軽減 職員が担う作業は、訪問介護だけでなくホーム全体の作業など多岐に亘っており、それぞれの報告等の記録は大切な作業ですが、多様な書類のほとんどでICT化を進めており、電子化されています。訪問介護の記録も電子化する予定にしており、職員の事務作業にかかる負担軽減を進めています。</p> <p>○自由度の高い運営 法人規模の大きい事業所ですが、各事業所内の裁量は大きく、職員が自主的に行いたい企画運営があれば、計画立案から実施まで自由に行える環境があります。費用面のことがあるため、最終的には管理者の判断が必要となりますが、企画立案の時点では承認を得る必要がなく、自由な発想とスピード感のある立案が可能となっています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>○地域とのつながり 地域の情報収集は法人本部が行っており、現場の事業所レベルでの行動は無く、地域の同業者や介護福祉機関、公的機関との連携や関係性構築は行っていません。町内会の加入や単発で近隣の幼稚園に発表会をしてもらったことはありますが、地域への情報発信や地域貢献、福祉連携を行っているとはできません。</p> <p>○中・長期計画の策定 単年度の事業計画は、毎年度末に家族からのアンケートや事業計画の振り返りで修正点を洗い出し、次年度の計画策定へというサイクルは確立しています。しかし、事業所単位での法人理念実現のための長期的な目標を明示した中・長期的な取り組み計画は策定されていません。</p> <p>○利用に関する情報提供 有料老人ホームの入居に関する費用についてはホームページやパンフレットに明示されていましたが、訪問介護事業所として利用料金などの情報提供がホームページやパンフレットに明示されていません。契約書や重要事項説明書には記載がありますが、利用する前には事前には知ることはできません。</p> |

具体的なアドバイス

アリア京都鴨川御所東ケアステーションは、2022年10月に開設された「有料老人ホーム アリア京都鴨川御所東」内に事務所を構え、入居者を対象に訪問介護サービスを提供しています。運営は有料老人ホームと一体的に行っており、管理者はホーム長を兼任し、訪問介護員は有料老人ホームのスタッフとしても働いており、訪問サービスの提供以外にも入居者と触れ合い、状況の把握をされています。

また、法人は全国に有料老人ホームを核として幅広く事業を展開し、人材管理やICTの活用、各種マニュアル等、スケールメリットを生かして法人内に専門部門を置き一括管理されています。本事業所は開設から丸2年を迎え今回2度目の受診となりましたが、前回の受診時の指摘から改善が見られない点が見受けられました。今後、より一層の質の向上に期待し、以下の通りアドバイスいたします。

○地域とのつながり

地域の情報収集は法人本部が行っていますが、実情を知るには実際に職員が地域に出向いて介護福祉のニーズを捉えることが大切です。特に公的機関との連携はその時々地域のニーズを素早く知る機会にもなり、同業者との連携も他法人の取り組みなどを知り、より良いケアへの足掛かりになっていくこともあります。また、地域住民と深く関係していくことで地域に根差した事業所と認知され、地域から頼りにされていくこととなります。まずは地域の事業者連絡会や地域の防災訓練などに参加することから始めてみてはいかがでしょうか。

○中・長期計画の策定

法人理念の実現には長い期間がかかることと思います。その方向性がぶれないように長期の目標を置き、その目標達成のための短期的な目標が単年度の事業計画になります。法人が掲げる理念の実現に向けて一事業所としてどのように長期的に取り組むかを考え、目標を設定することで短期的な単年度の目標がより明確に見えてくるのではないのでしょうか。法人という単位で事業を行っておられる中、難しいこととは思いますが、是非、事業所としての中・長期計画の策定に取り組んでいただければと思います。

○利用に関する情報提供

訪問介護事業所の利用料についてはホームページやパンフレットに記載が無く、利用者や家族は契約の時点で初めて知ることになります。外部の事業所を利用できるといっても、契約の段階まで料金が分からないままだと比べることも難しいのではないのでしょうか。有料老人ホームの利用料と紛らわしくなることも考えられるとは思いますが、事前に知る機会の確保は利用者の選択を主とした介護保険の仕組みとも合致します。是非、訪問介護事業所の利用料についても事前に分かるよう取り組んでいただければと思います。

○実習受け入れ態勢

実習生の受け入れは未来の人材育成として、社会に対する還元を行っていくこととなります。実習生一人ひとりが専門職としての知識や技術、学問と実践のすり合わせを行っていく場として実習はとても大切な時間となります。その責任を確実に果たしていくためには、受け入れ体制を整える必要があり、マニュアル等はその指針となるものです。また、専門性に沿ったプログラムを用意することで実習前からどのようなことが学べるのかを実習生や学校側も把握しやすくなります。専門職となるための貴重な時間を有意義なものにしていくため、まずはマニュアル等の整備から始めてみてはいかがでしょうか。

※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 | 2670201280 |
| 事業所名 | アリア京都鴨川御所東ケアステーション |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 訪問介護 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 予防訪問介護サービス |
| 訪問調査実施日 | 令和7年1月29日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |

| 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. 理念に基づいた行動指針として『ベネッセスタイルケア宣言』を作成し、組織の理念や運営方針を明示しています。職員は入社時及び毎年研修で学んでいます。また、利用者、家族には毎年、年度末に行う運営懇談会で説明を行っています。 2. 半年ごとに、全国のホーム長等経営陣が集まり、法人の経営方針の確認や事業報告を行っています。また、訪問介護事業所で毎月職員と顔を合わせるため、複数回開催する「定期会議」から全職員の意見を聴取し、運営に反映する仕組みがあります。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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. 毎年年末には次年度の事業計画となる「活動計画」を策定し、毎月、本部事業部長とホーム長で「確認会議」を開催し、営業状況を把握し、分析や計画の見直しを行っています。また、利用者・家族には運営懇談会で周知を行っています。しかし、各ホームごとの中・長期計画は策定されていません。 4. フロアごとに多職種が集まり毎月「フロアミーティング」で課題解決に向けた検討、計画の見直しを行っています。また、2週間に1回「サービス調整会議」でケアの質の改善や計画の見直しに向けた検討も行われています。事業所内でも毎月「定期会議」で個別のケアについて検討を行っています。 | | |
| (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 | 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) | <p>5. ホーム長は毎年行う内部監査に向け、コンプライアンスに関する勉強会や法人で行っているeラーニングがあり、最後は全問正解するまでテストで確認を行っています。職員に対しても法令遵守については内部研修を実施しています。しかし、職員がすぐに確認できるようリスト化などの対応はできていません。</p> <p>6. ホーム長は毎月の「定期会議」の場で折に触れ役割を表明しており、職員の意見を聞く機会を持っています。また、毎年社内人材管理ツールで「ホーム運営アセスメント」を実施し、運営や管理者についてアンケートをとり、業務改善に取り組んでいます。</p> <p>7. 緊急時には「即時報告フロー」が図で示され、事務所に掲示しています。ホーム長は緊急携帯を常に携帯しており、連絡が取れる体制を保持しています。また、社内SNSを活用し、日々の連絡事項等の報告がされ、随時確認しています。</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 |

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 | C |
| (評価機関コメント) | | <p>8. 『ベネッセスタイルケア宣言』に職員像について明示しており、到達できるように社内人材管理ツールにて等級制度を導入しています。また、社内専門資格を目指す制度や就労できる施設を自ら選ぶ社内公募制度、社内インターンシップ制度で就いてみたい職について学べるなど、就労意欲を高めていける仕組みがあります。</p> <p>9. 人員配置については2か月後を想定して動いており、有資格者の確保などの調整をしています。また、資格によらず時短勤務や海外からの採用も積極的に活用しており、働きながら資格取得の支援も行っています。職員採用ページには先輩社員のコメントや写真を載せるなど、職場がイメージしやすいようにしています。</p> <p>10. プリセプター制度を導入し、入職時に研修を受けた後、新人職員には先輩職員をマンツーマンでつけて業務のフォローやOJTを実施しています。社内人材管理ツールで個人の目標管理や苦手分野の把握も行い、研修参加の打診や勉強会の開催に向けた協力を行っています。</p> <p>11. 介護職員初任者研修の実習受け入れを行っていますが、受け入れに関する書面等はなく、法人の実習ガイドラインを学ぶのみでした。実習プログラムもありません。</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) | 12. 職員の有給休暇や時間外労働のデータは法人本部で一括管理され、状況を常時把握しています。時間外労働については時間がかかる作業について分析もしており、職員と面談して負担軽減に向けた取り組みにつなげています。また、作業の報告や情報共有などは負担軽減のため、多くの部分で電子化されており、今年5月には訪問介護の記録も電子化を予定しています。 13. 社内報にメンタルヘルスに関する相談窓口を明示しており、就業規則でもハラスメントに関する条項を明示し、管理職やリーダーは研修を受けています。ハラスメントに関する相談窓口も社内報に明示しています。また、施設内にはロッカースペースと共用ですが、仕事から離れられる十分な休憩スペースが確保されています。 | | | |
| (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。 | B | B |
| | 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。 | | |
| | 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。 | C | B |
| | (評価機関コメント) | | 14. 『ベネッセスタイルケア宣言』に社会に貢献することが明示されており、地域の町内会に入っています。しかし、地域の企業を呼んで入居者にセミナーを開催することもあります。地域の介護ニーズの収集や地域のネットワークへの参画は行っていません。 15. 非該当 16. 空室を利用した有料ショートステイの受け入れは地域に対して広報し、受け入れる体制をとっています。しかし、施設に所属している機能訓練指導員によるフレイル予防教室を地域の方に向けて開催を行いました。継続した取り組みにはなっていません。また、地域のニーズ把握を行うまでは至っていません。 | | |

| 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 17. 個別に相談があれば、対応を行っています。しかし、訪問介護事業所は施設外には出ていけないため、情報発信はされていません。また、ホームページや施設紹介の冊子にも訪問介護の利用料に関することは載せていません。 | | |
| (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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 18. 訪問介護事業所の契約書や重要事項説明書で説明を行い、保険外サービスについても明示し、同意を得てサービスを導入しています。しかし、施設側から成年後見制度など権利擁護に関しての働きかけは行っていません。 | | |
| (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) | <p>19. 社内業務支援システムにてアセスメントをとり記録しています。サービス担当者会議にて専門職の意見を聴取し、「サービス調整会議」でも他職種からの意見を聞いています。3か月に1回モニタリングを実施し、必要時に再アセスメントをとっています。</p> <p>20. 聴取したアセスメントや専門職の意見を参考に訪問介護サービス計画を作成しています。計画には本人と家族の意向も反映しており、同意を得ています。サービス担当者会議は、本人が出席して開催されています。</p> <p>21. サービス担当者会議にて専門職の意見を確認しており、「サービス調整会議」で他職種の意見も踏まえ、アセスメントや計画の見直しも行っていきます。また、日々の業務で状況を確認し、変化があれば家族やケアマネジャーに報告や提案をしています。</p> <p>22. モニタリングを3か月ごとに実施し、訪問介護サービス計画を見直しています。「定期会議」や「サービス調整会議」で職員や他の専門職からの意見を聴取しケアマネジャーにも状況を報告しています。</p> | | | |
| (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。 | B | B |
| 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | <p>23. 訪問診療医や協力医療機関とも連携を行っており、入居前にかかっていた医院へも通い続けられるよう配慮をしています。入院した際には、退院前カンファレンスに出席し、「サービス調整会議」で多職種の意見共有も行っていきます。しかし、地域の関係機関や地域包括支援センター、行政などとの連携はできていません。</p> <p>24. 自宅に戻られたケースがあり、個別に調整を行って在宅サービスを行うケアマネジャーに引き継いでいます。サービス終了後の相談はいつでも受けられるように相談窓口を提示しています。しかし、サービスの引継ぎに係る手順や文書は定められていません。</p> | | | |
| (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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | <p>25. 業務の手順は『ケアスタッフハンドブック』を作成し、指導をしています。入浴や排泄など各項目ごとに必要な知識や手順、プライバシーの配慮まで明示してケアの技術を高めています。内容は毎月行われる「エリアサービス責任者会議」にて満足度調査の結果をもとに見直しを行っています。</p> <p>26. サービス提供については「ケアスタッフ訪問記録」にて書面で残しています。記録の保存、文書の取り扱いは「情報セキュリティ個人情報保護マニュアル」にて保存期間や文書開示の手順など取り決めていきます。本人、家族に対しても契約時に説明を行っています。</p> <p>27. 「ケアスタッフ訪問記録」や社内システムにて職員が情報を共有し、月2回の「サービス調整会議」や毎月の「定期会議」でも取り上げて共有するようにしています。</p> <p>28. 利用者家族とは3か月に1度面接の場を設定し、モニタリングの定期報告をしています。また、事故や状態が大きく変化した際にも臨時で家族と面談をして報告と対応の検討を行っています。</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) | 29. 「標準予防マニュアル」に新型コロナウイルス感染症含め、各感染症についての対処を載せ、整備しています。毎月、感染症対策委員会で状況を把握しながら感染症研修も実施しています。マニュアルは法人本部で見直し及び更新を行っています。感染症を発生していても医師の指導の下で感染症対応を行って通常の支援を行っています。 30. 施設内の備品は備品保管庫で棚に整列して保管しており、残数などリスト管理しています。また、清掃は外部の業者に委託しており、清掃後に点検表を受け取り確認をしています。 | | |
| (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 | B |
| 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. 事故や緊急時の対応は「事故対応対策総合ガイドライン」を定め、責任者であるホーム長や事業部長に報告が上がるように『社内即時報告フロー』にて明確に手順を決めています。職員が受けるステップ研修でも緊急対応について盛り込まれて、実施しています。 32. 事故再発防止委員会にて、理学療法士も参加し、事故の再現をしながら現場検証を行い、防止策や対応策を検討しています。対応策については、後日勉強会を開催し、対応について職員に周知を行っています。 33. 地域柄、水害を想定してBCPマニュアルを整備しています。昨年、消防署立会いの下で避難訓練を実施した際に消防計画の不備について指摘を受け、策定し直しています。また、備蓄については、全員が3日分過ごせる量を確保しています。しかし、地域と連携をした訓練はしておらず、地域の防災訓練にも参加していません。 34. BCPマニュアルを策定し、年1回、水害を意識した事業継続について止水板の設置などの実技を含めて訓練を行っています。また、西日本エリアで災害時のヘルプ体制を組んでおり、電源喪失時にも対応できるように、災害発生が予測できるような時は事前に充電車を派遣するなどの取り組みもしています。 | | |

| 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. 『ベネッセスタイルケア宣言』にて意思決定支援について謳っており、職員の業務マニュアルである「ケアスタッフハンドブック」にて利用者の人権に配慮した対応について指導を行っています。また、職員はステップ研修でも人権への配慮や高齢者の尊厳保持について学んでいます。 36. 「虐待防止ガイドライン」、「身体拘束に関するガイドライン」を策定し、身体拘束廃止、虐待防止委員会にて毎月状況や研修について検討を行い、職員に研修を実施しています。また、虐待の芽チェックシートを半年に1回実施し、不適切なケアについても早期発見に努めています。 37. 「ケアスタッフハンドブック」にて各ケアごとにプライバシーの配慮について記載し、職員のプライバシーに対する理解を深めています。また、年1回はプライバシー保護に関する条項も記載された『ベネッセスタイルケア宣言』を活用し、研修を実施しています。 38. 利用を断ったケースはなく、すべて受け入れています。支援が難しい利用者に対してはケアマネジャーや看護師、理学療法士など他の専門職とも協議をして対応について検討を行っています。 | | |

| (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) | | 39. 食堂の前にご意見箱を設置したり、年1回お客様アンケートを実施して意向を汲み取る体制を整えています。汲み取った意向やご意見は後日対応を個別に伝え、アンケート結果は運営懇談会で公表をして改善を行っています。 40. 苦情対応については、マニュアルで手順を定めています。また、ご意見箱で得た意見や苦情は個人情報に配慮し掲示板にて対応を掲示し、運営懇談会にて年度ごとに公表を行っています。 41. 施設の受付や重要事項説明書に区役所や国保連の連絡先を載せており、相談窓口を明示しています。開設から2年経ちますが、区役所から苦情が回ってきたことはありません。 | | |

| (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 | B |
| 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. お客様アンケートを年1回実施し、満足度を調査しています。また、アンケートで寄せられた意見を基に改善策を検討し、改善を運営懇談会で報告を行っています。 43. 毎月、ホーム長と事業部長が行う「業務改善委員会」や「サービス調整会議」、「定期会議」でサービス向上に向け検討を行っています。向上に向けた取り組みは社内システムで報告され、全職員が内容を確認、共有を行っています。しかし、他法人の運営する事業所との関わりはなく、自事業所との比較等はされていません。 44. 年1回内部監査を受けており、受けるにあたって自己評価を行っています。また、内部監査に合わせてISO情報管理の監査も受けています。監査では改善策まで検討をして評価を行っており、評価を踏まえて次年度の事業計画に盛り込んでいます。 | | |