

アドバイス・レポート

2025年9月28日

令和6年6月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 地域密着型特別養護老人ホームやすらぎの郷 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
(※)

(通番4) 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定

組織運営においては、2020年から2030年を見据えた10か年の中長期計画が策定されており、毎年の単年度計画には職員の参画が取り入れられています。さらに、研修計画やキャリアパス制度も整備されており、計画的かつ継続的な人材育成が行われています。

各部門では、ユニット会議やサービス担当者会議を通じて毎月重点項目を設定し、実践に即した目標管理が行われています。専門職については、年度初めに目標を策定しており、中長期的な視点と日常的な取り組みの両立が図られています。

また、ユニット会議録やサービス担当者会議の記録からは、目標設定の内容や取り組みの進捗状況が確認でき、記録も丁寧に整備されています。

(通番14) 地域との連携・情報発信

「やすらぎの郷祭り」は毎年開催されており、現在は入居者・利用者に限定して安岡園ホールにて作品展を実施しています。感染対策に配慮しながら、安心して交流できる場を提供しています。

リハビリ担当職員は、認知症家族の会において情報提供を行っており、作業療法士は認知症初期集中支援チームの一員として地域支援に関与しています。コロナ禍以前には地域の祭りにも参加しており、今後も機会があれば積極的に参加を予定しています。また、紅葉狩りなどの外出行事も継続的に実施しています。

民生委員に対しては、運営推進会議を通じて事業所の取り組みを発信し、地域への情報共有にも努めています。

さらに施設内では、月に2回、コーヒーの焙煎から始めるカフェ活動や、スイーツ・パンの提供など、利用者の楽しみや生活の質の向上を目的とした取り組みを日常的に行っています。これらの行事は細やかに計画・実施されており、地域の他事業所や職員も参加することで、地域との連携強化にもつながっています。

(通番28) 利用者の家族等との情報交換

家族との情報交換においては、記述式の用紙を用いて意見を収集する取り組みが行われており、家族の声をサービスに反映させる工夫が見られます。また、日頃の様子を写真付きで紙媒体にまとめて郵送しており、離れて暮らす家族にも安心感を与えています。これらの資料は職員が独自に作成しており、利用者一人ひとりに応じた丁寧な対応が実践されています。柔軟な情報発信が可能となっており、家族との信頼関係の構築に寄与しています。

さらに、ICTの積極的な活用により、ケアカルテやサイボウズ、ラクーダー、LINEなどを用いた記録や情報共有の効率化が図られており、業務の質とスピードの向上につながっています。

利用者や家族との情報共有は丁寧に行為されており、写真付きの報告書の郵送や記述式アンケートによる意向把握など、信頼関係の構築に向けた日常的な取り組みが継続されています。

特に改善が望まれる点とその理由（※）	（通番3）事業計画等の策定 中長期計画については策定されており、単年度計画へと具体化もされています。しかしながら、改善が望まれる点として、利用者や家族への中長期計画の周知が行われていないことが挙げられます。中長期計画は法人の方向性やサービスの将来像を示す重要な指針であり、本来であればその内容を利用者や家族と共有することにより、組織の透明性を高めるとともに、利用者からの信頼向上や安心感の醸成につながると考えられます。特に、福祉サービスにおいては利用者本位の視点が求められており、計画の内容を利用者やその家族にも分かりやすく伝える工夫が重要です。 （通番15）地域との交流 現在、施設としてボランティアの受け入れは実施されていないものの、ボランティア受け入れに関する体制やマニュアルが整備されておらず、受け入れの基本方針が明文化されていないことが挙げられます。担当者による対応にばらつきが生じる可能性があり、安全管理や役割分担、個人情報の取扱い等の面で不備が生じるリスクがあります。 （通番26）サービス提供に係る記録と情報の保護 日々のケア記録はICTを活用し、情報の一元管理が実現されています。日々のケア記録は、ICTの活用により情報の一元管理が図られています。しかしながら、個別支援計画に基づいたサービスの実施記録が十分に残されていない状況があることが指摘されます。支援が適切に実施されていたとしても、それが記録として明確に残されていないければ、第三者からは実施の有無や内容を客観的に把握することが困難になることに加え、事故や苦情対応、サービスの質向上の根拠ともなる重要な情報を残すことは重要です。
具体的なアドバイス	地域密着型特別養護老人ホームやすらぎの郷では、平均介護度4の利用者29名を3ユニットに分けて受け入れており、重度の介護を必要とする方に対しても、安定した質の高い支援が提供されています。専門職間の連携が良好で、看護師・介護士・ケアマネジャー等が職種の垣根を越えて協働している点が、チームケアの質の高さを裏付けています。 人材不足やフルタイム勤務者の少なさといった課題がある中でも、子育て中の職員を含めたスタッフが互いに協力し合い、柔軟な働き方を実現しており、働きやすい職場環境が整えられています。 また、月2回、焙煎から行うコーヒーカフェを開催しており、スイーツの提供やパンの取り寄せも行うなど、生活の楽しみを創出する取り組みが実施されています。これらのイベントには他事業所の職員も参加しており、地域との交流や職員のリフレッシュの機会にもつながっています。 ●事業計画について、利用者や家族への中長期計画の周知については、計画の要点をわかりやすくまとめた資料を作成し、パンフレットへの掲載や施設内掲示、説明会の開催などを通じて情報共有を図ることが有効です。 ●ボランティア受け入れに関しては、安全管理や役割分担、個人情報保護に配慮した受け入れマニュアルを整備し、責任体制や受け入れ手順を明文化することで、再開時にも円滑な対応が可能となります。 ●個別支援計画に基づくサービスの記録については、記録様式を見直して実施内容を具体的に記載できる項目を設けるとともに、職員への記録研修を実施することで、記録の正確性と整合性を高めることが期待されます。

※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	2692700152
事業所名	地域密着型特別養護老人ホームやすらぎの郷
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	2024年11月21日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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、職員の接遇に関する指導は、新人時にマナーブックを配布し、ユニット会議で定期的に復唱することで定着を図っている。研修は定期的を実施しており、計画的な人材育成が行われている。利用者には契約時にサービス内容を丁寧に説明し、SNSにも掲載している。人事評価にはエイデルのDOCAPシステムを活用し、DOCAPシートを基に育成・評価を実施。評価は2次考課後に施設長が最終判断を行っている。 2、法人運営に関しては、年2回の理事会に加え、必要に応じて臨時理事会を開催しており、意思決定体制が整備されている。経営状況については、毎月のリーダー会議で報告がなされ、現場への情報共有も図られている。組織体制は、法人全体および事業所単体の組織図が「諸規定ファイル」に整備され、適宜見直しも実施している。職務分掌については、「職務基準書」として職種・役職ごとに明文化されており、役割と責任の明確化がなされている。			
(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	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、中長期計画は2020年から2030年までの10か年計画として策定されており、3～5年単位で目標を定めた上で、毎年の単年度計画に具体化されている。計画は期限を定めて明文化されており、計画的な運営が実施されている。単年度計画は法人および各事業所ごとに毎年2月を締切として作成し、前年度の成果と課題を次年度に反映。特に事業所の計画は職員の参画を得て作成され、法人計画にも反映されている。法人全体の情報共有はサイボウズを活用している。一方、利用者や家族への中長期計画の周知は実施されていない。 4、各部門においては、ユニット会議やサービス担当者会議を通じて毎月重点項目を設定しており、実践に即した目標管理が行われている。専門職については年度初めに目標を策定しており、中長期的な視点と日常的な取組の両立が図られている。ユニット会議録や担当者会議の記録から、目標設定の内容や取組の進捗が確認でき、記録も丁寧に整備されている。			

(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)	5、職員の情報収集は多方面から行われており、研修参加やインターネットの活用に加え、舞鶴市の施設長会や法人総務からも最新情報が提供されている。保険制度等に関する情報はファイルで整理され、職員がいつでも閲覧できるように整備されている。情報共有にはサイボウズを活用し、ファイル共有や連絡帳の運用がされているほか、業務支援ツールとしてラクーダーも導入されており、パート職員を含めて全員にアカウントが付与されている。 6、施設長の役割は重要事項説明書（重説）に明記されており、責任と権限が明確化されている。施設長はリーダー会議や運営推進会議に出席しており、課長以上の職員と共に経営や運営に関する意思決定に関与している。職員の意見を把握する仕組みとして「希望調査書」が活用されており、配属希望や業務改善、人材に関する意見が吸い上げられる体制が整っている。「職務内容一覧表」も整備されている。 7、各種会議録には施設長が目を通しており、必要に応じてメモで意見や指示を返すなど、情報の確認とフォローが行われている。施設長は常時連絡が取れる体制を整えており、幹部職員との連携にはLINEグループを活用している。緊急連絡網については「緊急時・事故発生時マニュアル」に整備されており、有事の際にも組織的かつ速やかな対応が可能な体制となっている。			

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	
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。	A	A	
		(評価機関コメント)		8、法人として期待する職員像はホームページに明記されている。人事考課規程が整備されており、年2回の考課者研修を通じて職員にも制度の理解が浸透している。役割等級制度も導入され、職責に応じた評価体制が構築されている。キャリアパスについては「キャリアパス育成計画」として整備されており、研修制度とも連動して一貫した人材育成が図られている。また、DOCAPシステムを活用し、職員自身が目標設定や課題改善に取り組める仕組みが整っている。 9、人材不足の影響により、現在ショートステイの受け入れを停止している状況であるが、事業所間で職員を応援派遣するなど柔軟な対応が取られている。スポットパートの採用にも取り組み、直近で2名の採用に成功している。外国人職員の採用は6年前から取り組んでおり、法人全体で約7名が在籍している。 10、年間研修計画は月ごとにテーマを設定し、計画的に実施されており、毎年の事業計画策定時に見直しが行われている。外部研修としては地域密着型サービス部会のオンライン研修や虐待防止、認知症実践者研修、ユニットリーダー研修等に参加している。研修の告知はサイボウズを通じて行い、職員の希望や上司の指名により参加者を決定している。資格取得支援も明文化されており、「介護報酬要件に関わる研修取り扱い一覧」に基づき費用補助がある。ユニット連絡帳を活用し、現場の気づきをサービス担当者会議で検討。DOCAPの目標とも連動されている。 11、実習の受け入れを積極的に行っており、「実習支援方針」として実習受け入れマニュアルが整備されている。受け入れ体制としては施設部長を担当者に定め、責任の所在を明確にしている。個人情報の取り扱いについてもマニュアル内に記載がある。実習指導者研修にも参加している。			
(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、休憩場所は複数確保され、リフレッシュ休暇として年3日間の連続休暇制度が導入されている。有給休暇も年間5日以上取得されており、労務管理が適切に行われている。時間外労働は緊急時を除き計画的に取得されている。職員面談も人事考課時以外に随時対応しており、相談できる環境と場所が整っている。介護機器としては眠りスキャン、リフト、スライドシートを導入し、身体的負担軽減を図っている。記録はスマートフォンで行え、効率的な業務運営が実現されている。 13、職員のストレス対策として、精神科医による定期的な面談機会が設けられている。日常的には上司が職員の変化に気づき、速やかに上位に報告する仕組みが機能している。休暇や早退には柔軟に対応しており、体調や家庭事情への配慮もなされている。人間関係の不調が生じた場合は、配置転換を推奨するなど、職場内の人間関係調整にも取り組んでいる。休憩環境としては、休憩室に加えて静養室も設けられている。ハラスメント対策については就業規則に明記され、「ハラスメント防止対策に関する基本方針」に基づき予防と対応が講じられている。			

(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。	B	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、「やすらぎの郷祭り」は毎年開催されている。現在は入居者・利用者限定で安岡園ホールにて作品展を実施し、感染対策を考慮しつつ交流の場を提供している。リハビリ担当職員は認知症家族の会で情報提供を行い、作業療法士は認知症初期集中チームの一員として地域支援に関与している。コロナ禍前は地域の祭りにも参加しており、今後も機会があれば参加を予定している。また、紅葉狩りなどの外出行事も実施している。民生委員に対しては運営推進会議にて事業所の取組を発信し、地域への情報共有も行っている。 15、現在、施設としてのボランティア受け入れは行っていないが、過去にはエステのボランティアが来訪していた実績がある。職場体験については法人全体で受け入れを実施している。ただし、ボランティアの受け入れに関するマニュアルは整備されておらず、明文化する体制の構築が望まれる。 16、地域包括支援センターが実施する認知症に関する出前講座を通じて、地域住民への啓発活動が行われている。相談窓口も包括が担っている。認知症初期集中支援チームに参加しており、専門的支援を地域に提供することで地域貢献を果たしている。また、利用者の状況に応じた利用料の減免も行っており、経済的配慮もなされている。さらに、借用している古民家では子育て中の家庭や放課後等デイサービスと併設・連携している。			

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。	B	B	
(評価機関コメント)		17、利用者や入居希望者への情報提供体制としてパンフレットと「料金一覧表」が整備されている。これらの内容は定期的に見直されている。施設見学については、一部制限があるものの受け入れを実施しており、利用希望者が事前に施設の様子を把握できる環境が整っている。体験利用の受け入れは行っていない。				
(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、契約書および重要事項説明書がs整備されている。重要事項説明書には保険外サービスの内容も明記されている。利用者負担金に関する同意書も整備されており、費用負担に対する理解と同意を得た上でサービスが提供されている。嗜好品については家族が持参する形で対応されている。成年後見人が関与する場合の契約書類も整備されている。				

(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	B
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、アセスメントは舞鶴市共通様式を使用し、初回ケアプランはこれに基づき作成している。再アセスメントは加筆形式で実施し、サービス担当会議にて新たなケアプランを作成。モニタリングも同様に施設サービス計画書へ加筆し、担当会議で「出来ている／いない」を確認する。作成物は職員に周知し、専門職は業務に活用。ケアカルテも情報共有のツールとして活用している。アセスメントは半年ごと及び介護保険更新時に実施し、「ケアプラン見直し・作成基準」も整備されている。 20、施設では「郷ファーム」で野菜作りを行っており、活動内容はサービス計画書に明記されている。サービス担当会議には利用者や家族が参加できておらず今後は、本人・家族の関与を高める工夫が求められる。 21、多職種連携が日常的に行われており、職員間で情報共有がしやすい体制が整っている。個別援助計画の作成においても、各職種からの情報が得やすい環境である。月に1回医療連携会議を開催しており、医療的な視点も取り入れた包括的な支援体制が構築されている。 22、個別援助計画については、ケアカルテに記録された内容から、計画に基づいてサービスが実施されていることが確認できる。定期的な見直しも適切に行われており、支援内容の変更があった場合にはサービス担当会議を開催し、多職種での情報共有が図られている。会議での決定事項は速やかに職員へ周知されており、現場での対応に反映されている。		

(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)		23、医療連携会議を毎月開催し、関係機関との継続的な情報共有を行っている。歯科医の往診体制も整っており、利用者が従来のかかりつけ医を継続して受診できるよう、家族との連携も図られている。入院時には、地域連携室や家族と情報を共有し、退院後の受け入れが円滑に進むよう配慮されている。関係機関や団体のリストはBCPIに明記され、医務室にも備え付けられている。施設は災害時の避難所としての役割も担っており、地域の困りごとにも各種機関と連携しながら対応している。 24、介護度の改善により、系列の養護老人ホームへ入居した事例があり、今後自宅に戻った場合の介護度悪化を見越して、市と連携し適切な住まいへの移行が実現されている。利用者の状態変化に柔軟に対応できる支援体制が整っている。「何かあったら相談員」として、日常的な不安や課題にも相談しやすい環境が確保されている。ケアカルテを活用した職員間の情報共有も行われており、継続的かつ一貫した支援につながっている。		

(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	B
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、介護技術マニュアルは分かりやすく整備されており、職員が業務を遂行するうえでの明確な指針となっている。マニュアルにはプライバシー保護に関する記載もあり、利用者の尊厳を守る意識が徹底されている。内容の見直しは、主任、リーダー、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員が中心となって年1回実施されている。 26、日々の記録はケアカルテを用いて行われており、記録の効率化と情報の一元管理が図られている。一方で、個別支援計画に基づいたサービスの実施は行われているものの、その内容が適切に記録されていない状況がある。個人情報の取り扱いについては、「個人情報に関する基本方針」に外部への持ち出しに関する事項が明記されており、リスク管理に配慮した運用がなされている。情報管理体制は整備されている。 27、個人情報の取り扱いに関する仕組みは整備されており、「個人情報に関する基本方針」に基づいて適切な管理が行われている。情報の持ち出しについても明記されている。記録にはケアカルテが活用されており、情報の一元管理が可能な体制となっている。 28、家族との情報交換においては、記述式の用紙を用いて意見を収集する取り組みが行われており、家族の声をサービスに反映させる工夫が見られる。また、日頃の様子を写真付きで紙媒体にまとめて郵送しており、離れて暮らす家族にも安心感を与えている。これらの資料は職員が独自に作成しており、利用者一人ひとりに応じた丁寧な対応が行われている。様式は統一されていないものの、柔軟な発信が可能となっており、家族との信頼関係構築につながっている。		
(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、感染症対策については、感染症対策マニュアルおよび事業継続計画（BCP）により整備されている。研修体制としては、年に1回「感染症対策研修会」に各ユニットから2～3名が参加し、対応力の向上を図っている。マニュアルの更新については、委員会にて検討の上、年に数回実施されており、継続的な見直し体制が確立されている。 30、施設内は清掃が行き届き、清潔に整備されている。清掃業務については専属の職員を配置しており、障害者雇用を積極的に行っている。臭気対策としては、トイレにオゾン脱臭機を設置するなどの具体的な対応が取られており、快適な環境づくりが実現されている。		

(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、緊急時・事故発生時の対応マニュアルを整備し、責任者や指揮命令系統が明確にされている。緊急連絡網は事務所に設置され、迅速な対応体制が整っている。年1回以上の訓練実施についての具体的な記載はないが、体制としての整備状況は確認できるため、今後は定期的な訓練の実施状況を記録・明文化することが望ましい。 32、事故発生時には事故報告書を作成し、リスク委員会で職員全体で振り返りと検討を実施している。ヒヤリハット事例については書面での記録はないものの、日々の観察を基に声かけを行い、ユニットリーダー会議で改善策を検討している。また、「tomoniヒヤリハット」の検証を通じて、職員への意識付けも行われている。 33、地域連携を意識した災害時対応マニュアルを整備し、ハザードマップに基づき土砂災害や原発避難を想定した実践的訓練を実施している。訓練報告書は写真付きで視覚的にわかりやすく整理されている。地域との連携では、職員が地域消防団に所属する事例もあり、防災計画にもその連携体制が明記されている。備蓄品は3日分を確保し、定期的に消費・入れ替えを行っている。福祉避難所としての役割も担っている。 34、法人全体および各事業所ごとにBCP（業務継続計画）を整備しており、作成担当者が定期的に見直しの連絡を行っている。災害時等においては、在宅利用者への安否確認を実施する体制が整っており、介護サービスの継続に向けた具体的な取り組みが行われている。		

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

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、各種マニュアルには、利用者の人権や意思を尊重する内容が盛り込まれており、排せつや入浴に関するマニュアルには「本人の希望を聴取する」と明記されている。また、身体拘束防止委員会や新人研修においても、人権尊重や意思決定支援の重要性について説明が行われており、職員全体への理解促進が図られている。 36、身体拘束の禁止事項に関しては、身体拘束排除マニュアルを整備し、新人研修において勉強会や研修を実施している。虐待防止に向けては伝達研修を行い、動画による研修を導入することで、職員が時間のある際に自主的に視聴できる体制を整備している。不適切ケアの防止については、日常的な声掛け全般に配慮した対応を心掛けており、特に入浴介助時には「笑わない」ことを意識するなど、利用者の尊厳に配慮したケアが実践されている。 37、プライバシー保護については、入浴や排せつに関する各種マニュアルにおいて明文化されている。職員に対しては、日常的に観察と声掛けを通じた意識づけを行い、配慮のある対応を促している。設備面では、浴室に扉とカーテンを設置し、視覚的な配慮を行うことで、利用者のプライバシー保護に努めている。 38、入所の決定にあたっては、医療的処置の有無に基づく明確な基準が設けられており、胃ろう・酸素・バルーン対応は可能だが、それ以上の医療的処置が必要な場合は入所対象外としている。相談員が基準に沿って適切に判断しており、月1回の入居検討委員会にて点数評価に基づく選考を実施している。点数の高い方が優先的に入居できる仕組みが整っており、近年は待機期間も短縮傾向にある。		

(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、利用者からの意見や要望は、「意向確認書」を配布し、記述式で集約する方法を取っている。意思表示が難しい利用者に対しては、介護職員が日々の観察を重視し、ケアカルテへの記録や筆談など工夫を凝らして対応している。個別面談や相談は、外出時など周囲に人がいない場面を活用して実施し、プライバシーに配慮しながら意向を確認している。現在は家族会は開催していないが、利用者本人の声を尊重する体制が整えられている。 40、見や苦情への対応については、「苦情解決フローチャート」を整備し、対応の手順が明確化されている。対応内容は手書きの対応票に記録され、リーダー会議で報告・共有される体制が整っている。さらに、寄せられた苦情や意見の一部はホームページで公開されており、透明性の高い運営が図られている。 41、第三者委員を設置しており、家族会の代表と介護サービス相談員が委員として参加している。相談窓口および連絡先は、重要事項説明書に明記されており、利用者や家族が確認しやすいよう配慮されている。さらに、公的機関の相談窓口についても重要事項説明書に記載し、施設内に掲示することで情報提供の徹底が図られている。		
(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	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、利用者満足度については、家族に対して「意向確認書」への記入を依頼し、半年に一回のアセスメント時に実施している。集約した結果は分析・検討され、課題や要望を事業計画に反映して取り組みが進められている。進捗状況も確認されており、PDCAサイクルに基づいた継続的なサービス改善が図られている。 43、サービスの質の向上に向けた取り組みとして、月1回のリーダー会で検討を行っているほか、ユニット会議を通じて質の向上に係る検討委員会を実施している。サービス担当者会議で情報を集約し、必要に応じて随時検討を行う柔軟な体制が構築されている。具体的な改善の取り組みとしては、人材不足への対応策が直近の課題として挙げられている。 44、自己評価の取り組みとして、「〇〇介助マニュアルチェック 見直しシート」や「コミュニケーションチェックリスト」が整備されており、職員自身による振り返りと改善に活用されている。また、第三者評価を3年に一度受診しており、外部の視点も取り入れながら継続的なサービスの質の向上に努めている。		