

アドバイス・レポート

2025年8月25日

令和6年8月9日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 特別養護老人ホーム長寿苑 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14, 15, 16) 地域との交流 広報誌「長寿苑だより」を通じて、施設の理念や活動内容に加え、健康的なレシピや筋力トレーニングの情報を発信することで、地域住民の健康意識の向上と福祉への関心を高めています。加えて、月2回の喫茶ボランティアやおやつレクリエーションを通じて、利用者と地域住民との交流の場を設けるなど、地域に開かれた施設運営がなされています。 また、伊根町が全町民に配布しているタブレットを活用し、施設からのお知らせの発信や認知症相談窓口の情報提供を行っているほか、弁当宅配を通じた見守り事業を受託し、地域の高齢者支援にも貢献しています。こうしたICTの活用と地域との多層的な連携により、高齢化が進む地域において持続可能な福祉支援の実践が図られています。地域に根差し、福祉とつながりを大切にした包括的な取り組みが展開されている点は、特に優れた実践例といえます。 (通番35) 人権等の尊重 利用者やご家族とのコミュニケーション体制が非常に充実している点が挙げられます。日々の様子についてはLINEを活用して迅速に共有されており、利用者に関する情報をリアルタイムで伝えることができるため、ご家族の安心感につながっています。職員全体でフォローする仕組みが整っており、個別対応も柔軟に行われていることから、信頼関係の構築にも寄与しています。 また、年1回実施されている満足度アンケートの結果は丁寧に集計され、家族へ郵送で共有されるとともに、運営会議での検討を経て具体的な改善に活かされています。さらに、利用者一人ひとりの希望に寄り添う姿勢が見られ、デイサービスにおいては「誕生日の願いをかなえる日」を設けるなど、個別のニーズを大切にしたサービスが実践されています。これらの取り組みにより、利用者本位の支援が日常的に根づいていることがうかがえます。
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 中期経営計画および事業計画の策定・運用体制に関する課題が挙げられます。以前は「与謝野福祉会中期経営計画」が策定されていましたが、現在使用されている計画は古い状況です。ただし、令和7年度から令和12年度を対象とした新たな中期経営計画が未策定ではありますが、現在整備が進められています。また、施設の単年度事業計画については施設長が策定し、職員に指示を出す形式が取られていますが、その内容がご家族や利用者に対して周知されていない現状があります。 (通番11) 実習の受け入れ 現在、実習生の受け入れは行われており、実習指導者の配置もなされていることから、一定の受け入れ体制は構築されていますが、「実習受け入れマニュアル」としての文書化がされていない状況です。実習受け入れ時の対応の統一、実習生への指導内容の質の平準化、職員間の役割分担の明確化といった理由により、今後の整備が望まれます。 (通番42) 利用者満足度の向上の取り組み 現状では、苦情内容やその対応状況についての対外的な公開は行われておらず、利用者やご家族が施設の苦情対応の姿勢や具体的な改善への取り組みを把握しにくい状況となっています。 改善策を実行すること自体は重要ですが、その結果として利用者や家族がどのような変化を実感できたのかを可視化し、共有することがサービスの質の継続的な向上につながります。

具体的なアドバイス	特別養護老人ホーム長寿苑は、平成8年に開所し、令和7年で開設29年目を迎える、長年にわたり地域に根ざした運営を行っている施設です。定員30名という家庭的な規模の中で、利用者一人ひとりのニーズを大切にしたい個別ケアが実践されています。 伊根町で唯一の介護施設として、地域住民の福祉ニーズに応え、住み慣れた地域で安心して生活できるよう支援するという重要な役割を担っています。施設職員の多くが伊根町出身であり、地域に密着した理解と親しみをもって支援を行っている点も大きな強みです。 施設内では、利用者が自由に移動できる環境が整っており、その様子からも自立支援を重視したケアが行われていることがうかがえます。また、職員の優れたケアの実践を動画で記録・共有し、業務改善につなげる取り組みも行われており、日々の実践から学び、質の向上を図る風土が醸成されています。 さらに、地域に合った活動や取り組みを通じて、行政との連携も進めており、地域福祉の中核施設として、今後さらにその機能を高めていくことが期待されます。地域との結びつきを大切にしながら、利用者本位のケアとサービスの質の向上を両立されています。 以下に、具体的なアドバイスを挙げさせていただきます。 ①利用者や家族が施設の方針や目標を理解し、共にサービスの質向上に取り組んでいくためには、事業計画の内容をわかりやすく伝える工夫や仕組みづくりが必要です。 経営方針や事業計画の透明性を高めることは、信頼関係の構築だけでなく、施設運営の一体感や職員のモチベーション向上にもつながります。今後は、計画策定の段階から職員を巻き込むとともに、利用者・家族への周知と説明の機会を設けることで、より開かれた施設運営を目指すことが望めます。 ②苦情対応や満足度アンケートについて、具体的な取り組みとしては、次回以降の満足度アンケートに、前回の改善内容に関する評価項目や新たな課題に関する質問項目を追加することが有効です。これにより、改善の成果や利用者の反応を具体的に把握できるほか、施設側としても取り組みの進捗状況を整理・共有しやすくなります。 また、アンケート結果やその対応について「見える化」し、広報誌や掲示板などで利用者や家族にフィードバックすることで、施設の取り組みに対する理解と信頼を高めることができます。改善策の「実施→評価→再改善」のサイクルを明確にする仕組みを構築することが、今後の課題解決とサービス向上において重要となります。
------------------	---

※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	2672000011
事業所名	特別養護老人ホーム長寿苑
受診メインサービス (1種類のみ)	特別養護老人ホーム
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・通所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	2025年1月29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) ホームページのリニューアルにより、法人の理念及び運営方針が明文化され、広く一般に周知されている。広報誌にも掲載され、年3回にわたりご家族や地域関係者（役場・社協・他事業所・駐在・小中学校）へ配布している。職員への周知は、年1回の全体研修を通じて行われ、施設長から各所属長への伝達後、所属長から各職員へ伝える体制が整っている。また、施設内には理念・運営方針を掲示し、常に意識できる環境を整備。法人の事業計画書には理念が1ページ目に明記され、理事長策定の事業計画を踏まえて施設の事業計画が作成されている。 2) 法人では年3回の定例理事会に加え、昨年度は緊急案件や高額費用を要する案件に対応するため臨時理事会を5回開催している。事業計画や運営方針の策定は各事業所に任されており、月1回、所属長が参加する「運営会議」を開催し、経営・運営状況の共有と議論を行っている。さらに、運営会議の上位会議として、施設長や課長が出席する「管理者会議」を開催している。「業務分掌」は整備されており、職種ごとの役割や会議体・委員会の目的と内容が明示されている。これらは年1回見直しを行っている。法人全体では、施設を横断する「施設長会議」や、事業・職種ごとの会議体も定期的に運営されている。		

(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) 過去に中期経営計画を策定していたが内容が古く、現在は令和7年度～令和12年度を対象とした新たな中期経営計画を整備中である。計画の振り返りや評価を容易にし、誰もが理解しやすい書式の導入が今後の課題といえる。施設の単年度事業計画は施設長が作成し、職員に周知しているが、ご家族や利用者への周知は行われていない。 4) 単年度事業計画には、各部署の目標が明記されており、職員個人の人事評価における個人目標にも、事業計画の文言を活用することで、施設全体の方針を意識した取組が促進されている。人事評価は、各部署の所属長が一次評価を行い、その後、管理職が最終評価を実施する体制が整っている。各部署の事業計画目標は、施設長が立案した施設全体の事業目標を基に、部署ごとの会議で検討・立案されている。		

(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) 施設長は、年1回実施される外部の「人権研修」に2年に1回参加し、施設内で伝達研修を実施している。さらに、各部署の職員会議において部署長が伝達を行い、全職員への周知が図られている。事業所内には共有フォルダーが整備されており、職務や職位に応じた閲覧権限が設定されている。研修報告書などの共有が必要な資料はファイル化され、職員がいつでも閲覧できる場所に保管されている。 6) 「業務分掌」において、施設長の役割や権限が明文化されており、毎年7月に見直しを実施している。施設長は運営会議に参加し、部署の状況把握や職員の意見を聞く機会を設けている。現在、管理職の人事考課制度を設計中であり、施設長の人事考課については法人本部の事務局長と理事長が実施する予定である。職員からは年1回「施設長面談シート」を提出してもらい、それを基に面談を実施している。次年度からは、本部への報告が必要な内容かどうかを判断できる様式への変更が予定されている。また、職員が「エルガナ」というツールを通じて施設長に直接意見を伝えられる体制が整っている。 7) 施設長は、出勤時に全記録を確認し、朝には各部署に顔を出して職員と直接対話し、前夜の出来事も含めた状況把握に努めている。緊急時には迅速な対応ができるよう、携帯電話の番号を職場に伝えており、連絡体制が整っている。また、BCP（事業継続計画）を策定しており、災害等の緊急時には情報伝達・共有手段として「エルガナ」を活用する仕組みが構築されている。		

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
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	B
		(評価機関コメント)		8) ホームページには採用情報が掲載されており、法人が求める人材像が明記されている。就業規則には職員に求められる職務内容が明確化されており、人事考課制度の構築にあたっては、キャリアパスを踏まえ、職位ごとに必要な能力が整理されている。人事考課は年1回実施され、その結果はベースアップに反映されている。また、「人事考課制度実施要綱」を定め、制度の運用基準が明確にされている。加えて、各部署単位でタイムリーな話題を取り上げた小勉強会を不定期に開催しており、その内容はマニュアル作成や業務改善に活用されることもある。 9) 常時求人活動を行っているものの、職員の配置基準は満たされており、安定した人員体制が維持されている。ホームページやSNSのリニューアルを通じた情報発信に注力し、就職フェアへの積極的な参加も含め、多角的な採用活動を展開している。長寿苑での外国人採用はまだないが、法人全体では現在2名の特定技能実習生を雇用しており、次年度には4名の外国人採用を予定している。採用面接には施設長も参加している。 10) 事業計画には、各事業所ごとの年間研修予定が明記されており、前年度の3月頃に計画を立案している。外部研修については、認知症実践者研修や京都府主催の研修に対し、管理職が職員の受講が順番に進むよう調整している。また、外部研修の案内をまとめたフォルダや「研修案内」ファイルをPC内に整備し、職員が閲覧・希望申請できる仕組みが構築されている。多くの場合、希望は通り、職員の自主的な研修参加も認められている。さらに、法人に所属する理学療法士が「生活リハビリ」の講師を担っており、特養における移乗支援の方法を職員に伝えることで、身体的負担の軽減やサービスの質の向上に寄与している。 11) 実習生の受け入れは各部署の所属長が対応しており、受け入れ時のオリエンテーションは施設長が資料に基づいて実施している。介護福祉士や看護師の実習を受け入れており、実習指導者の配置も行われているが、「実習受け入れマニュアル」としての明文化は未整備の状況である。一方で、実習生の受け入れスケジュールは確立されており、計画的な対応がなされている。なお、ボランティア対応に関しては「ボランティアの対応マニュアル」が整備されている。		

(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) 有給消化率は8割を超えており、施設長が取得状況を把握し、未達職員には総務課長が声掛けを行っている。職員の意見を聞くためにヒアリングシートを活用し、施設長自らが面談を実施している。育児休暇や「リフレッシュ休暇」などの制度も周知されており、必要に応じて介護休暇の個別案内も行われている。ケアハウス職員が特養職員の話を聞く機会もあり、職員間の連携が図られている。 13) 産業医および顧問弁護士と契約し、職員が相談できる体制を整備している。女性職員の要望に応じ、女性カウンセラーとの契約も実施し、相談しやすい環境を構築している。メンタル不調による病欠に対応できる仕組みがあり、休憩用の和室も完備されている。意見箱や業務支援ツール「エルガナ」により、職員の意見を多様な手段で受け止める仕組みがある。互助会による福利厚生活動も行われており、職員満足度向上に寄与している。ハラスメント防止にも力を入れており、啓発ポスターの掲示や、カスタマーハラスメント・セクハラに関する規定と対応マニュアルを整備している。		

(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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		14) 事業計画において「地域住民からの信頼度の確立」を目標として掲げ、地域との積極的な関わりを推進している。広報誌では厨房発の献立レシピを掲載し、地域に配布することで生活に役立つ情報を提供している。キャラバンメイト資格を持つ職員が小中学生向けの認知症サポーター養成講座を実施し、地域啓発に貢献している。さらにフォローアップ研修にも職員が参加し、専門性の向上を図っている。過去には中学校での車いす操作指導も行っており、地域教育に協力している。地域の祭りには利用者が参加することもあり、地域との交流が継続的に行われている。デイサービスの機関紙では筋トレ情報を発信している。 15) 「ボランティア対応マニュアル」を整備し、受け入れ体制を明確にしている。ボランティアの受け入れは各部門の担当者が対応しており、役割分担が明確である。特養では月2回、喫茶ボランティアを受け入れており、入居者との会話や傾聴を通じた交流が図られている。 16) 広報誌などを通じて地域に向けた情報発信を積極的に行っている。毎週土日に「おきなぎの家」を開放し、認知症の相談窓口を設置することで、住民支援の場を提供している。この情報は、各戸に配布されたタブレットを通じて閲覧可能であり、町民への情報発信は役場経由でタブレット配信できる仕組みを活用している。また、配食サービスを通じた見守り事業も受託している。		

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。	A	A	
(評価機関コメント)		17) 施設では、タイムスケジュールやパンフレット、荷物・愛着品に関する説明を丁寧に行っている。雰囲気が伝わるよう、写真を撮影しSNSで発信している。ホームページから申請可能な仕組みも整備されている。見学希望には、コロナ感染状況を踏まえて電話等で柔軟に対応している。ショートステイを通じた体験利用も実施しており、利用促進につなげている。法人内では入所担当が今後の入居待機者確保を視野に入れた営業活動を行っており、同一施設内の居宅介護支援事業所とも連携している。				
(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) 重要事項説明書および契約書を整備し、利用者や家族の同意を得た上で契約を行っている。説明時には、保険外サービスについても丁寧に説明し、理解を得るよう努めている。入所時には、必要に応じて身元引受人に成年後見制度の活用を促した事例もある。				
(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)		19) 「ケアカルテ」のシステム様式を活用し、情報の一元管理と効率的な記録運用を実施している。アセスメントでは、医務・看護師・現場職員6名ほどから意見を徴収し、総合的な視点でケアプランに反映している。ケアプランの正式な更新は年1回だが、毎月のグループ会議や毎朝の随時カンファレンスで利用者の状況を共有し、必要に応じて内容の書き換えや加筆を行っている。 20) 計画書には利用者本人の言葉が記載されており、本人の意思がしっかりと反映されている。アセスメントシートには、身体の硬直をほぐす体操や、食事を楽しめる工夫など職員の提案が盛り込まれている。自立支援の視点から、居室環境の整備や自分で着替える意識づけなど、本人が自分の意志で行動できるようにプランに反映している。安全性と自立のバランスに配慮している。 21) 看護師・栄養士・医師との連携のもと、専門的な視点を取り入れた計画策定を行っている。対応が難しい入居者については、オンラインで府立医科大学の医師に相談する機会を設け、助言を得ながら適切な対応を図っている。リハビリに関しては、理学療法士（PT）の評価を受けた上で実施している。 22) 計画書の見直しは年1回実施しており、見直しの1か月前から関係者の意見を徴収している。利用者の状態変動や介護度の変更、介護認定更新時には随時計画を見直しして対応している。看取り期には、ご家族に専門職が説明を行い、同意の上で計画書にサインをいただいている。また、看取りに際しては家族宿泊室を整備し、ご家族が宿泊しながら寄り添える環境を整えている。				

(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) 医療連携では、外科対応を北部医療センターで行っており、回診時にも連携を図っている。医師とはチャット機能を活用して指示を受けており、皮膚の状態は写真を共有して対応している。看取りの際も医師が随時訪問している。入退院時にはサマリーのやり取りを実施し、情報共有をしている。関係機関の連絡先をリスト化し、地域包括支援センターや伊根診療所とも密接に連携している。伊根町保険福祉医療ネットワーク会議にも参加し、地域課題に関わる多職種連携が実現されている。虐待による措置入所の受け入れも行っており、地域福祉の担い手としての役割を果たしている。また、キャラバンメイト協議会にも参加し、認知症啓発にも取り組んでいる。 24) 医療的ニーズが高い入居者については、状態に応じて病院と連携し、入院へ移行する体制が整っている。地域包括支援センターや居宅介護支援事業所との連携が確立しており、入院後もスムーズな在宅復帰が可能な支援体制が構築されている。これらの対応方針は、重要事項説明書に明記されている。		
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。	B	B
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)		25) 「ケア基準書」を整備し、各部署に設置することで職員の業務の統一と質の確保を図っている。新規採用職員には説明ツールとして活用され、業務理解を支援している。この基準書をもとにマニュアルを作成し、現場での指導に活かしている。近年はハラスメントに関する内容の反映も進めており、年1回の研修を通じて全職員への周知を行っている。 26) カンファレンスで話し合われた内容は、日々の実務に反映されるよう、「文書取扱規定」「個人情報保護規定」「ケア基準書」に明記されている。これにより、情報の取り扱いや支援の質に関する共通認識が職員間で確立されている。 27) 介護ソフトを活用し、申し送り事項やケア内容の共有を効率的に行っている。これにより、職員間での情報伝達がスムーズに行われ、ケアの質の維持に寄与している。適宜、担当者会議を実施し、必要な支援の見直しや調整を図っているほか、毎月のグループ会議内でケース会議を実施している。 28) ケアプランの更新内容については、面会時に家族へ丁寧に説明している。家族とはLINEでつながっており、日々の様子を写真やメッセージで共有することで、継続的な情報提供と信頼関係の構築を図っている。LINEの活用により、個別の対応や連絡が可能となっている。		

(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) 「感染症対策マニュアル」を整備し、各種感染症への対応を明記している。また、感染症に関するBCP（業務継続計画）も策定し、有事の際の体制を明確にしている。感染症対策研修はWEB研修を活用し、各部署ごとに実施されており、職員の意識向上と対応力の強化が図られている。入居者が感染症に罹患した際には、家族宿泊室を隔離スペースとして活用し、安全に配慮した療養環境を提供している。 30) 清掃業務にはシルバー人材センターや障がい者雇用を活用している。物品や備品は保管庫を設置して整理整頓されており、年2回のワックスがけにより清潔な環境が維持されている。環境整備が行き届いていることで、利用者が車椅子で自力走行できるなど、自由な移動が可能な生活空間が確保されている。		

(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) 「事故発生防止に関する指針」「急変時対応マニュアル」「交通事故マニュアル」を整備し、リスク管理体制を構築している。これらに基づき、年2回の救命講習を実施し、職員への具体的な対応指導を行っている。研修記録からも、各指針およびマニュアルが職員に遵守されていることが確認されており、緊急時対応においても一定の対応力が備えられている。 32) 事故発生時には、事故報告書およびヒヤリハット報告が作成され、リスクマネジメント委員会にてとりまとめが行われている。これにより、関係部署への迅速な情報伝達が確保され、再発防止に向けた共有と対応が適切に実施されている。 33) 火災・水害・土砂災害・原子力事故など多様な災害に対応できる緊急時マニュアルを整備しており、災害発生時の対応体制が明確にされている。施設は京都府および伊根町より福祉避難所として指定を受けており、それぞれ年1回の防災訓練を実施している。 34) 施設はハザードマップ上、イエロー地区に該当しており、災害リスクに対する備えとして防災マニュアルおよび自然災害マニュアルを整備している。これらはBCP（事業継続計画）とは別に独立して策定されており、災害種別ごとの具体的な対応策が明記されている。		

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) 利用者満足度調査アンケートは年1回実施されており、結果は利用者やご家族に可視化して共有し、サービス改善に活かしている。ご家族からの「入居中の親の様子を見たい」との要望には、LINE動画でメッセージを送信するなど柔軟に対応している。さらに、デイサービスでは利用者の誕生日に「願いをかなえる日」を設けるなど、個別の希望に寄り添ったサービス提供が行われている。 36) 身体拘束廃止に関する指針および高齢者虐待防止指針を整備し、これに基づいて月1回、身体拘束廃止・虐待防止委員会を開催している。委員会では事例の共有や再発防止策の検討が行われており、法人本部と連携して組織的に対応方針を決定し、継続的な取り組みを実施している。 37) 「ケア基準書」には、プライバシーの侵害や羞恥心に関わる具体的行為が明記されており、職員が適切な対応をとれるよう定期的な研修を実施している。利用者の尊厳を守るため、相談や話を聞く際には場所の配慮がなされており、安心して話せる環境づくりが行われている。 38) 入居に際しては、「優先入所に関する評価票の取り扱い要領」を整備し、公正な判断に基づく入所調整が行われている。医療依存度が高く、胃瘻対応が困難な場合には、医療機関との連携により専門機関への紹介を実施し、適切な支援体制が確保されている。精神科病院等との連携も図られており、個別の医療ニーズに応じた対応が可能である。また、夜間についても職員配置数を踏まえた柔軟な対応がなされている。				
	(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	B	
	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) 生活相談員が中心となり利用者対応を行い、利用者や家族とのLINEでのやり取りは全職員でフォローする体制が整えられている。これにより迅速な情報共有と個別対応が可能となっている。満足度アンケートの結果は家族に郵送で共有されており、利用者の意向や日々の変化は日常会話から把握し、LINEを通じて家族へ報告する仕組みが確立されている。 40) 「ケア基準書」に基づく苦情対応マニュアルを整備し、苦情解決委員会を年2回開催している。緊急性の高い苦情については、管理会議にて随時対応を行っており、適切な対応体制が確立されている。苦情への対応が組織的に運用されており、利用者や家族の声を受け止める姿勢が体制として整っている。 41) 第三者委員には地域の民生委員2名が参加しており、その旨は重要事項説明書に明記されている。さらに、人権擁護委員が年2回事業所を訪問し、利用者と直接対話する機会が設けられている。事業所はそのフィードバックを受け入れる体制を整えており、外部の視点を取り入れた利用者の権利擁護とサービスの質の向上に取り組んでいる。					

(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てている	B	B
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) 年1回、満足度アンケートを実施し、利用者の意向を把握している。集計後の結果は家族に郵送で共有され、運営会議にて検討される。そこで抽出された改善点は整理され、具体的な改善策として反映される仕組みが整っている。 43) サービスの質の向上に向けて、各部署会議・グループ会議・業務改善委員会で定期的に検討が行われている。法人内の系列事業所の取り組みや、Instagramのリール動画における好事例、ICT化による業務改善事例なども共有されており、他施設の工夫を活かしながら、現場での具体的な改善につなげている。 44) 自己評価は、施設長会議で策定された統一の評価シートを用いて年1回実施されている。法人グループ内の施設長会では事例共有が行われており、他施設の成功事例を参考にしながら、自施設のサービス改善へとつなげている。			