

アドバイス・レポート

2026年 1月 25日

令和7年8月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（洛和ヘルパーステーション桃山）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>●労働環境の整備 通番12・通番13 「日本一働きたい」職場を目指す当法人は、①年1回の12日間連続休暇制度 ②男性育児取得やおむつ定期便による子育て支援 ③外国人・障がい者雇用、定年延長の推進 ④360度評価と昇格試験による公正な人事制度 ⑤満足度調査やランチ会による意見集約と改善 ⑥DX推進と社内副業制度による柔軟な働き方など、職員ファーストの取り組みを進めています。福利厚生ガイドブック（2024年版・54ページ）により多様なニーズに対応するとともに、令和6年度からは婚活支援や健康増進施策も実施しています。これらの取り組みが評価され、「健康経営優良法人2024（ホワイト500）」に認定されています。洛和ヘルパーステーション桃山でも、リフレッシュ休暇（年間連続12日間）・半日有休・時間有休の取得制度を設け、職員が柔軟に休暇を取得できる環境を備えています。腰痛予防体操の実施や福利厚生ガイドブックの配布に加え、ヘルパー休憩室や談話室を設置し、心身のリフレッシュを図っています。また、オンラインで相談できる窓口「TQMカフェ」を設置しています。トイレにこれらの案内ポスターを掲示し、いつでも誰でも気軽に相談できる環境が整っています。ハラスメントに対しても、法人の相談窓口「EAPシステム」を設置するなど相談体制を整備し、臨床心理士への相談を含めた多面的なサポートを行っています。</p> <p>●職員間の情報共有 通番27 法人全体でペーパーレス化を推進し、資源の有効活用と環境負荷の低減に取り組んでいます。社内イントラネット・インカム・介護ソフトを導入し、職員間の情報共有と緊急時対応を円滑にしています。訪問介護記録システムを導入し、訪問予定の通知機能やリアルタイム記録により業務の効率化と訪問漏れ防止を図っています。同施設（洛和ヴィラ桃山）内の特別養護老人ホームなど施設では、ベッド上の体動などを感知できる見守りセンサーを設置し、夜間の安全確認や職員の負担軽減に役立っています。</p> <p>●質の向上に係る取り組み 通番42・通番43 利用者満足度アンケートを実施し、その結果を各事業所窓口に掲示して公表しています。寄せられた意見に真摯に回答し、具体的な改善策を示しています。アンケート結果を管理者会議や事業所内会議で分析・検討し、サービスの改善やマニュアルの見直しに反映しています。利用者の満足度を高めるために、まず職員の満足度を向上することが重要と考え、年1回、職員満足度アンケートを実施しています。結果、利用者アンケートでの高評価につながっています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>●事業者計画等の策定 通番3 利用者・家族等への事業計画の周知の機会が十分ではありませんでした。利用者や家族にとって分かりやすく安心感のある方法で事業計画を伝えることが課題となっています。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>●事業者計画等の策定 通番3 年に一度のお便りに取り組み目標を添えるなどの工夫を行い、利用者や家族に事業の方向性をより分かりやすく伝えることで、より良いサービス提供の実現につながることが期待されます。</p> |

※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 | 2670900022 |
| 事業所名 | 洛和ヘルパーステーション桃山 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 訪問介護 訪問系 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 介護型・訪問介護相当・生活支援型 |
| 訪問調査実施日 | 令和7年11月6日 |
| 評価機関名 | 京都府認知症グループホーム協議会 |

| 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. 法人「洛和会ヘルスケアシステム」の介護事業部に属しており、3つの理念と介護事業部の品質方針を社員証の裏面に添付し、毎朝の朝礼で理念を唱和している。利用者の家族に送付する請求書への記載、事業所における掲示、またメディカルフェスにおいても周知を図っている。介護事業部の一人一人が大切にしている行動指針として名刺サイズの「RSC10か条」を携帯している。在宅サービス部門では「慣れ親しんできた場所で自立した質の高い生活を」をスローガンに掲げ、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。 2. 法人に各部署を記載した組織図があり、事業所の組織図に職員全員の連絡先を記載している。介護事業部（法人本部）で月1回の管理者会議・全ヘルパーステーション会議を開催している。月1回ヘルパー事業所長と常勤による会議・月3回非常勤も含めた全ヘルパー会議で職員の意向を把握し事業の運営に反映している。 | | |
| (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。 | 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. 法人のビジョン・ミッション（VM）に基づき、令和7年度事業計画を策定している。介護事業部MVVでは2022年から長期計画として、法人ミッション「人として思いやり、支え合える2040年へ」を掲げている。利用者・家族等への事業計画の周知の機会が十分ではなかった。 4. 職員の手が届く達成可能な目標を上期・下期の短期で設定し評価している。RC（洛和ケア）マネジメントシートを用いたPDCAマネジメントサイクルで事業部と共にサービスの質の向上に取り組んでいる。 | | |

(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. 介護事業部主催の研修「法令遵守に関する研修」で周知している。職員はいつでも、専用サイトで必要な法令を閲覧できる。法令遵守の必要性を理解し、利用者・家族等や職員のQOL向上に繋げている。 6. 常勤職員に対し年2回の自己申告書提出と面談を行い、サービスの質の向上につなげている。職員満足度調査を行い、サービスごとに集計を行っている。セグメントシートにより全職員が意見を出せる場を設けている。また、半期ごとに業績や達成度を本部が確認し、その結果を事業所運営の改善に活かしている。 7. BCPマニュアル・「事故報告書別フロー」・「重大事故報告書ワークフローマニュアル」が整備されている。訪問介護ソフトで毎日の指示および報告が行われている。情報共有ツールを活用し、指示系統を明確にしている。緊急時、管理者は連絡網を用いて、全ヘルパーに社用携帯で連絡をとることが出来る。 | | |

| 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 8. 社内の洛和会イントラネットを用いて、人事に関する基準を職員等に周知している。キャリアパス研修で「期待する職員像等」を明確にしている。年2回自己評価を実施し、職員の能力や貢献度を評価し、総合的な人事管理を行っている。 9. 年間研修計画に基づき、様々な研修を行っている。職員のうち常勤全員と非常勤の約半数が介護福祉士の資格を取得している。現在外国人職員はいないが、同事業所の他部門では受け入れ実績があり、体制が整っている。非常勤では70代までの幅広い年齢の職員が勤務している。今年度の「洛和会ヘルスケア学会」でヘルパーの支え合う働き方を「ヘルパー15年生」という表題で職員が発表した。SNSやチラシを活用し、幅広い分野の資格者等、積極的な人材確保に取り組んでいる。 10. 採用時研修やOJTを含む計画的な人材育成に取り組んでいる。研修費支給のヘルパー研修や常勤外部研修があり、一人一人の研修記録を保管している。自己申告で外部研修を受けることができ、学びの機会が常に設けられている。常勤非常勤の両方に「力量評価表」を用いて職員個別の目標管理を行い、スーパービジョンの体制がある。 11. 実習生マニュアルに基づき、ケアマネジャーの実習生を受け入れた実績がある。実習指導者に対する研修を受講している。介護福祉士実習指導者講習会の修了証を確認した。 | | |
| (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. 法人が労働環境の改善に取り組んでいる。本部が全職員の残業を管理し、時間外残業は月に10時間未満であり、非常勤職員にも30時間以上使える介護休業が確保されている。毎年更新される福利厚生ガイドブックを配布し、福利厚生制度が充実している。相談窓口「TQMカフェ」を情報共有ツールで提供している。トイレに案内を掲示し、職員に周知している。 13. 法人の相談窓口「EAPシステム」を情報共有ツールで提供し、職員のストレスに関する面談を実施している。ポスター掲示により職員に周知し、気軽に相談できる体制が整っている。職場のハラスメントや利用者及び家族からのハラスメントに関する相談窓口臨床心理士を配置している。年2回自己申告書で上司と面談する機会を設け、悩みやストレスの解消に努めている。職員専用の食堂があり、量の談話室で休憩することもできる。 | | |

(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。 | — | — |
| 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. 毎年、法人主体のイベント「洛和メディカルフェスティバルin桃山」を洛和ヴィラ桃山で開催している。多くの地域住民が関心を寄せ、参加している。 15. 訪問系サービスの為非該当。 16. 月1回訪問介護ステーション桃山とUR都市機構と協同で「ももラクサロン」を企画している。外部講師も招へいする「洛和ヘルスケア学会」の情報をホームページやチラシで提供し、法人の施設・事業所の機能を地域に還元している。 | | |

| 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. パンフレット、ホームページで事業所情報を提供している。利用者の問い合わせには同室の居宅介護支援事業所と連携して対応している。関係する居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに毎月の空き情報のチラシを渡し、利用者に向けて間接的な情報提供をしている。 | | | |
| (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. 介護サービス利用料等を重要事項説明書に示し、保険外サービスに関する重要事項説明書を別途作成している。契約時に利用者と家族に詳しく説明し署名を得ている。料金等変更時にも同意を得ている。成年後見制度の利用者もいる。今後も必要に応じて成年後見制度や地域福祉権利擁護事業などの利用を専門職につなぐ意向である。ヘルパーステーションの事務所前(特別養護老人ホーム玄関)に成年後見に関するリーフレットを置いている。 | | | |
| (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 | 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. アセスメントを行った上で訪問介護計画を作成している。本人や医師、同室の訪問看護師の意見などをアセスメントに反映させている。アセスメントに記載の緊急連絡先や既往歴、ADL（日常生活動作）やIADL（手段的日常生活動作）などの必要事項は、貸与されたスマートフォンで出先からヘルパーも閲覧できる。セキュリティ面から、外部からアクセスした情報は一定時間で消える仕組みになっている。 20. サービス担当者会議で利用者・家族からの意見を聴取するとともに、自宅訪問の際も本人の意向などを聞き取り、訪問介護計画書に記載している。本人のできることを尊重して自立支援を意識した計画を立案し、本人や家族の同意を得ている。 21. サービス担当者会議に参加し、各専門職の意見を反映している。訪問看護ステーションや居宅介護支援事業所がヘルパーステーションと同室にあり、直接訪問看護師や介護支援専門員から意見を聞いている。急な場合は直接医師に連絡を取ることもある。各専門職の意見をもとに訪問介護計画を作成している。利用者宅の共有ノートに記載された連絡事項を職種間で確認し、互いに連携している。 22. 長期目標、短期目標の終了時や本人に変化がある時に訪問介護計画を見直している。その際も同室の看護師などに意見を聞いている。更新した介護計画は一斉送信で全職員に周知している。職員が目を通したことを事業所のパソコン上で管理者やサービス提供責任者が確認できる仕組みがあり、未読の職員には声をかけている。 | | | |

| (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. 退院前カンファレンスやサービス担当者会議に出席し、介護支援専門員から看護サマリーや議事録を共有している。京都市老人福祉施設協議会のホームヘルプ部会に出席し情報交換をしている。関係団体のリストは同室の居宅介護支援事業所と共有している。地域包括支援センターとは要支援の方の介護型や訪問型サービス提供などで密に関わっている。 24. 他の介護施設や事業所や他の地域へのサービス移行に当たり、サービスの継続性に配慮して必要な書類を交付する用意があることを明文化している。また、小規模多機能型居宅介護事業所や定期巡回・随時対応型訪問介護看護などへの移行により当該サービスを終了する場合もサービス担当者会議に出席して今までの状況を伝えている。 | | |
| (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) | | 25. 業務マニュアルは整備され、法人全体で最低1年に1回は見直し、必要な場合は随時の見直しもある。事故や苦情、顧客満足度、職員の改善提案などを反映した実用的なものとなっている。入浴、排泄マニュアルなどにはプライバシーへの配慮も盛り込まれている。社内イントラネットで全職員が見られるようになっている。 26. 各ヘルパーの訪問記録や特記、送付された映像、サービス提供責任者の支援経過記録など必要な情報は介護ソフト内に保存され、署名済みの契約書など紙帳票類は事業所のキャビネット内に施錠管理されている。「書類保管規約」に保管・保存・持ち出しの取決めがあり、廃棄対象の書類は本部の資材センターに集められ、専門業者に最終処理を委託している。スマートフォンなどからの情報漏洩を防止するために「スマートデバイス利用規程」が定められている。個人情報に関しては職員には入職時事誓約書、定期研修があり、利用者には契約時に重要事項説明書を用いて説明し同意を得ている。 27. 月1回の管理者会議、事業所内会議、月1回のヘルパー会議(3回実施し、職員はいずれかに出席)、朝の申し送り・インカム・社内イントラネット・介護ソフトなどで職員は情報を共有している。 28. 独居の利用者が多く、訪問時に家族がおられることは殆どない。サービス担当者会議で会ったり、家族の来られるときに合わせて訪問し、介護計画書の説明や意向を伺うなどしている。普段は電話で連絡を取り合うが、希望する家族には社用スマートフォンでのメールのやり取りもある。 | | |
| (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. 介護事業部に感染症対策委員会が設置され、委員長以下担当者が決められている。桃山緊急連絡網も作成されている。最新マニュアルの閲覧は全職員に義務付け、既読の場合はマークがつくようになっている。手洗いのポスターを掲示している。動画配信を見ながらガウンテクニックの研修などをおこなっている。訪問時は使い捨てエプロン、マスク、手袋、体温計、消毒用アルコールなどを常時携帯し、二次感染を予防している。 30. 事業所内は職員が交代で清掃、消毒し、整理整頓され清潔に保たれている。 | | |

(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) | | <p>31. 事故、緊急時対応の桃山連絡網を整備している。また、職員の業務用スマートフォンからすぐに事故報告が届くようになっている。場合により情報共有ツールでの一斉通信機能も使用している。年1回職員の安否確認の訓練もおこなっている。警察OBの職員が交通安全の講習会を実施している。運転前の飲酒チェックもおこなっている。採用時に消防署員やOBの職員からAEDと救急救命講習を受け、以後3年ごとの研修で修了証を付与されている。</p> <p>32. 事故報告書やヒヤリハットを作成し、在宅介護課管理者会議や訪問介護会議、ヘルパー会議で検討し、再発防止に努めている。改善状況は安全対策部会で事後検証をしている。訪問前に介護ソフトから担当ヘルパーに予告メッセージが入り、さらに事業所からもヘルパーの活動状況が把握できるようになり、訪問忘れが殆どなくなっている。</p> <p>33. 年2回併設の特別養護老人ホームで火災・通報・避難誘導訓練をおこなっている。この度は予定していた消防署が急遽来られなくなり、消防署OBの職員が指導に当たっている。2回とも夜間想定ということもあり、利用者の参加はなく、ヘルパーステーションも夜間は無人なので、積極的な参加はしていない。備蓄リストは食料品は管理栄養士が、他は施設長が管理している。</p> <p>34. BCP(事業継続計画)を備え、3月の消防訓練の後地震避難訓練を実施している。1月1日と15日に職員は災害用伝言ダイヤルの訓練をしている。6月に業者による非常用発電機の勉強会を行っている。約4.7時間の電気の供給が切れた後の対応をどうするかを現在法人で検討中である。水害の垂直避難のシミュレーションも行っている。訪問系は利用者の住環境が様々であり、その地域の特性を把握することや、利用者の避難所を知ることなど、在宅ならではのチェックポイントを踏まえて事業継続の準備をしている。職員の参集リスト、利用者救助の優先順位などもリストアップし、停電時に備えて紙帳票で保管し、適宜更新している。</p> | | |

情報

| 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>35. 「利用者の意思と人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービスを提供する」という運営方針のもと、すべての利用者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を実践している。組織の理念や運営規程、重要事項説明書には人権尊重を明記し、朝礼での理念唱和や職員研修、ヘルパー研修等を通じて職員に周知している。アセスメントやモニタリングでは、利用者および家族の意向を丁寧に聴き取り、サービス計画の立案・見直しに反映している。また、利用者満足度アンケートの実施により、利用者主体や利用者の自立支援の実践ができているかを継続的に確認している。</p> <p>36. 事務所内で「虐待・身体拘束廃止部会」および「虐待予防・身体拘束適正化会議」を毎月開催し、虐待防止マニュアルや身体拘束適正化マニュアル、指針等に基づいた職員教育と運用の徹底を図っている。不適切な対応の事例については、チェックシートの項目に沿って確認し、管理者会議で検討・改善策を共有する仕組みがある。</p> <p>37. 在宅介助で、ホームヘルパーが利用者のプライバシーや羞恥心に十分配慮できるよう、プライバシー保護に関するヘルパー研修を年1回実施している。今年度は9月に開催した。研修後、気づきや学び、今後の活かし方などを記入する「ヘルパー研修報告書」を提出し、全体研修を通して具体的な指導・共有を行っている。入浴・排泄・着替えなどの際には、事前の声かけや手順の説明を徹底し、必要最小限の露出にとどめるなどの配慮を実践している。また、タオルやカーテンを活用した目隠し、視線の工夫、丁寧な言葉づかいなどにより、利用者に寄り添い、個々の「らしさ」を尊重し、尊厳とプライバシーの保持に努めている。</p> <p>38. 「サービス提供受付表」により一元的に管理を行い、支援経過記録を適切に入力している。ヘルパーによる支援に加え、同建物内にある「洛和会訪問看護ステーション桃山」や「洛和ヴィラ桃山 特別養護老人ホーム」など、利用者のニーズに応じて法人の総合ヘルスケアグループが運営する訪問看護の利用や、自宅での介護が困難な場合には施設等の紹介を行っている。幅広いサービスの提供により手厚い支援を実施するとともに、地域包括支援センターとも連携を図り、必要に応じて法人外のサービスを紹介できる体制を整えている。</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。 | 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) | | <p>39. 重要事項説明書に相談窓口を明記し、利用者や家族が安心して相談できる体制を整えている。定期的にモニタリングを実施し、利用者の意向を丁寧に聞き取るとともに、利用者満足度アンケート等で得た意見や要望をもとに、サービスの改善に取り組んでいる。</p> <p>40. 苦情や事故発生時には、重要事項説明書に基づき、苦情報告書を作成の上、利用者や家族、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター等へ速やかに連絡し、必要な対応を行っている。発生原因を分析し、再発防止策を検討した内容は、在宅介護課管理者会議や教育委員会で報告・共有し、組織全体での改善につなげている。さらに、品質管理部によるフィードバックを通じて、利用者の意向に迅速に対応し、サービスの質の向上を図っている。</p> <p>41. モニタリングや利用者満足度アンケートの実施、重要事項説明書への明記および苦情・相談窓口の掲示により、利用者の意向を広く把握できる体制を整えている。重要事項説明書には、事務所の窓口に加え、行政等の相談窓口を明記している。また、施設内に、第三者委員として地域の民生委員2名の相談窓口を掲示し、利用者や家族が安心して相談できる環境を備えている。</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。 | 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) | | <p>42. 利用者満足度アンケートを実施し、その結果を事業所窓口に掲示して利用者へ公表している。得られた調査結果は在宅介護課管理者会議や事業所内会議で分析・検討し、サービス改善の具体的な取組につなげている。</p> <p>43. 在宅介護課管理者会議や事業所内会議、事業所評価、利用者満足度委員会などを通じて、ハード面・ソフト面の両面から継続的にサービスの質の向上に向けた検討を行っている。また、虐待・身体拘束廃止部会、感染対策部会、医療安全対策部会、利用者満足度部会、TOM委員会など、各専門部会においても、それぞれがサービスの質向上に寄与している。研修案内や参加募集については情報共有ツールを活用して各部門に周知し、運営責任者を含む全職種の職員が積極的に参加できる体制を整えている。</p> <p>44. 本部内部監査部による定期的な内部監査を実施し、今後は「ラウンド報告書」に基づいて組織的な評価を行う仕組みを整えている。内部監査結果から課題を明確にし、改善につなげる体制を構築している。第三者評価は、これまで3年ごとに同一建物内の介護施設を中心に受診し、その結果を事業所全体で共有してきた。今回、ヘルパーステーション桃山が主体となって受診し、課題の明確化とサービスの質の向上に向けた取り組みを進めている。</p> | | |