

アドバイス・レポート

2026 年 3 月 30 日

令和7年7月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 訪問介護くらしのハーモニー 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>(通番8・9・10) 人材の確保・育成 人材の確保においては、SNSを積極的に活用し、内容にも工夫を凝らしながら、法人全体で一体となって取り組まれています。また、職員が安心して成長できるよう、キャリアの見通しや期待する姿をわかりやすく示している点が魅力的です。法人独自のキャリア冊子「LIFE」を発行し、職員のキャリアや活躍の様子を紹介するなど、求職者だけでなく広く一般にも配布されています。SNSでの情報発信にも積極的で、魅力づくりに力を入れている点も好印象です。こうした取り組みは、介護人材の確保が困難な状況の中で、他法人にとっても参考になる先進的な取り組みであると評価できます。 人材育成については、法人全体と事業所それぞれで年間計画を立て、毎年見直しながら取り組んでいます。資格取得支援も全額法人負担で、職員のチャレンジを後押ししています。入職後のサポートも手厚く、記録シートを活用しながら業務習得を丁寧に支えている取り組みは、現職者も入職者も向上心が高まり、また運営の質の向上にもつながる高評価の取り組みです。</p> <p>(通番14) 地域との連携・情報発信 法人理念に基づき、中期計画に「地域共生社会の実現」を明確に掲げ、地域との交流および関係機関との連携を積極的に推進されています。地域への情報発信として、年2回「東風館だより」を1,000部作成し、職員が直接ポスティングを行うことで、住民との接点を確保されています。地域住民との交流としては、消防避難訓練への参加を促すチラシ配布、通所リハビリや介護予防ニーズの高まりを受けた地域向け講座の開催、町内公園の清掃活動への参加など、地域に根ざした取り組みが継続的に行われています。さらに、地域のセブンイレブンと協力関係を築き、チラシ設置や利用者の見守り協力を得るなど、地域企業との連携も進んでいます。 SORAマルシェにおいては、敷地提供に加え、体操教室や介護相談コーナーの出展、建物見学会の実施など、地域住民が施設を身近に感じられる機会を創出されています。また、地域食堂には独居高齢者への声かけを行い参加を促すなど、孤立防止にも寄与されています。加えて、消費者センターを招いた詐欺防止講座の開催など、地域課題に応じた取り組みも行われています。</p> <p>(通番23・24) 関係者との連携 関係機関との連携については、ケアマネジャーが得た情報や訪問内容をサービス担当者会議で共有し、医師との連携として看護サマリーを取得するなど、利用者支援に必要な情報共有が適切に行われています。地域会議や小地域包括ケア会議への参加、地域包括支援センターや行政との協働も継続されており、地域の共通課題に対する検討の場として機能しています。また、サービス移行時の手順については、サービス提供責任者マニュアルに「他サービスへの移行」の項目が明記されており、サービスの継続性と安全性を確保する体制が整備されています。 総じて、地域との交流および関係機関との連携は幅広く、地域に開かれた事業所としての役割を果たしていると評価できます。今後は、取り組みの成果や地域からの反応を体系的に把握し、活動の効果を可視化することで、より質の高い地域連携が期待されると思います。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番25) 業務マニュアルの作成 各種マニュアルが整備されており、サービス提供における標準的な実施方法が明確化されています。また、プライバシー保護やハラスメント対応についても介護マニュアル内に規定されており、研修実施のたびに内容の見直しが行われて、適切な取り組みをされています。しかし、マニュアルの見直し基準が明文化されておらず、更新のタイミングや判断基準が担当者の裁量に依存している状況が見受けられました。今後は、見直しの基準や手順を明確化し、継続的な管理の仕組みを整備することが課題です。</p> <p>(通番44) 評価の実施と課題の明確化 自己評価については定期的に実施されており、把握された課題を事業計画に反映させることで改善に努めている点は評価できます。一方で、第三者評価については単独の事業所としては今回が初めての受診であり、これまで外部の視点による評価を受けてこれてません。今後は、第三者評価の結果を活用し、内部評価では気づきにくい課題の抽出やサービスの質向上につながる仕組みづくりが求められます。</p>

具体的なアドバイス

「訪問介護くらしのハーモニー」は、開設以来、地域の高齢者が“自分らしく暮らし続けられること”を大切にしながら、丁寧な支援を積み重ねてきた事業所です。平成29年には定期巡回・随時対応型訪問介護・看護をスタートし、24時間365日、利用者の生活に寄り添う体制を整えてきました。医療・介護の知識向上や関係機関との連携にも積極的に取り組み、地域にとって頼れる存在として成長してきた点が印象的です。

宇治市内でも数少ない定期巡回・随時対応型訪問介護事業所として、サービスの特性をケアマネジャーへ丁寧に伝え、訪問介護との違いや魅力を分かりやすく発信してきました。職員教育にも力を入れ、専門性を高めながら利用者にとって最適な支援を提供できる体制づくりを進めている姿勢がうかがえます。

利用者の増加や職員の状況に合わせて、多様な働き方を実現している点も魅力のひとつです。また、「自宅で安心して暮らし続けられるための支援力強化」をミッションに掲げ、自立支援に向けた援助技術やアセスメント力の向上に取り組んでいることも特徴的です。訪問介護と定期巡回事業がケースを共有し、利用者の状態に合わせて柔軟にサービスを切り替えられる体制は、利用者本位の支援として高く評価できます。

地域ニーズの変化に合わせて、併設の「ハーモニー東風館」と協力し、地域活動や感染予防、広報誌の配布など、地域とのつながりを大切にしながら取り組みも積極的に行われています。地域の中で「頼れる存在」としてさらに認知を高め、利用者一人ひとりの暮らしに寄り添い続ける事業所として、今後の発展が期待されます。

記述すべきアドバイスは、特にありませんが、課題としてあげた項目について、下記に記載いたします。

・マニュアルの見直し基準について

各種マニュアルの整備や標準的な実施方法も明確化され、また研修の実施に合わせて内容の見直しが行われているのですが、マニュアルの見直し基準が明文化されておらず、判断基準が明確化されていない状況が課題として挙げられます。今後は、法改正時、事故発生時、研修内容の更新時、年1回の定期見直しなど、見直しの基準を明確に定め、改訂履歴を記録する仕組みを整えることで、マニュアル管理の一貫性と透明性が高まると考えられます。

・第三者評価の定期的な受診について

自己評価については継続的に実施されており、改善に向けた取り組みが行われているのですが、事業所としての第三者評価については今回が初めての受診であり、これまで外部の視点による評価を受けてこなかったことが課題として挙げられました。今後は、第三者評価の結果を改善計画に組み込み、内部評価では気づきにくい課題の抽出やサービスの質向上につなげることが期待されます。また、第三者評価の視点を自己評価項目に反映させることで、より客観性の高い評価体制を構築できるものと思います。

これらの課題に対して、マニュアル管理の基準化と外部評価の活用を進めることで、サービスの質を継続的に向上させる仕組みがより一層強化されると考えます。

※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	2671200919
事業所名	訪問介護くらしのハーモニー
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)	
訪問調査実施日	令和8年1月13日
評価機関名	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. ホームページに法人理念が掲載されている。年に1回5月に法人研修を行っており、「法人研修」という冊子形式で作成されている資料を元に、法人理念の周知が図られている。現地参加とオンライン参加と動画視聴と合わせて、全職員に周知されている。利用者や家族には、エレベーター前に理事会議案書を閲覧用として設置しており、自由に閲覧可能となっている。 2. 東風館運営会議（施設全体のサービスをまたいでの会議）、東風館会議（非常勤や厨房の職員も参加する会議）を定期的に開催している。施設長会議や老健協会に理事長が参加しており、地域福祉や経営の動向などを収集し、中期計画の策定に盛り込むとともに法人研修で職員には周知されている。職員の意見は、各部署で策定された部門ミッションに沿って、リーダーや管理者が進捗を聞き、運営に活かされている。東風館会議でも職員の意見を聞く機会となっている。等級基準書に職務や権限が明記されている。成長記録シートにも職務の内容が明記されている。		

(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	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)		3. 中期計画は2～3年単位で策定されており、これに基づいて各サービスごとの単年度計画が立案されている。事業計画は企画管理会議で部門別に作成され、予算理事会に向けて提出されている。計画の内容はホームページを通じて利用者や家族へ周知されている。入居者協議会という懇談会の場を通じて、計画や運営状況について利用者にも情報が伝達されており、利用者の理解と参加が図られている。 4. 法人研修において、部門ごとの目標やミッションが策定され、明文化されている。これらは年2回、上期・下期に見直しが行われ、その結果が次年度の計画に反映されている。継続的な見直しを通じて、計画の実効性や現場との整合性が保たれており、目標管理が組織的に運用されている。		

(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)		<p>5. 管理者は、外部研修の内容を企画管理会議で伝達研修という形になっている。カスタマーハラスメントの研修は、保険会社の研修を受けて管理者会議や企画管理会議で伝達している。理事長が情報をまとめて職員に発信している。法人内で宇治エリア合同研修があり、警察やJAFを呼んで研修を開催している。情報は、パソコン内で管理されており、いつでも見れる状態にしている。ハラスメントについては、事務所や職員通用口に掲示している。</p> <p>6. 職務権限規程に「管理者の役割及び権限」が明記されている。管理者は、各種会議に出席しており、職員からの意見を聞く場となっている。年に2回面談を行っており、職員から具体的な話を聞く場となっている。組織活性化プログラムを実施しており、管理者を評価する仕組みとなっている。</p> <p>7. 日々の記録はパソコン上で基幹ソフトを用いて行われており、管理者が常時確認できる体制が整っている。これにより、情報共有や迅速な対応が可能となっている。緊急時の連絡網は事務所に掲示されており、職員が即座に確認できる環境が確保されている。</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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 等級基準書に期待する職員像を明記している。LIFEという冊子を発行しており、現職のキャリアや活躍している姿を記載して採用に使用している。キャリアパスとして、「人事制度・給与制度について」という冊子を作成して仕組みを整備している。人事考課を行っており、年に2回の面談を通じて昇給昇格の仕組みを整えている。</p> <p>9. 採用は本部で行っており、企画管理会議で人員の充足状況を伝える場となっており、本部に吸い上げられる仕組みが整っている。SNSを積極的に行っており、魅力発信に積極的に取り組んでいる。</p> <p>10. 年間研修計画は法人全体で整備されている。階層別の研修の内容も明記されている。事業所単独でも年間の研修計画を立てており、毎年見直しを行っている。研修計画（宇治市域事業エリアミッション別紙）を策定しており、年間の計画と育成を含めた内容になっている。資格取得支援制度があり、全額法人負担である。成長記録シート及び、振り返りシートで入職から3~4か月間業務の指導が行われている。気づきシート、プロセスシートを30日間記入して、配置移動後の業務の習得を管理している。</p> <p>11. 実習生受け入れマニュアルが整備されている。キントーンで実習生の情報や内容が周知される仕組みがある。実習指導者研修に参加しており、実習の受け入れ体制を整備している。実習プログラムは、学校との合同で作られたプログラムがある。</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)		<p>12. 有休取得や時間外労働の把握は本部が一括管理しており、各事業所の管理者はいつでも確認できるようになっている。有休は法人全体で欠員が出ている所にヘルプに行くようにして全体で有休をとれるように工夫している。5連休を取れるように仕組化している。職員面談では、休みやすいという声が職員から上がっている。面談場所は話しやすい場所（和室）で行い配慮されている。手書きの記録を廃止するために、スマケアを導入し負担は軽減された。</p> <p>13. 年に1回「ストレスチェック実施計画」でストレスチェックを行っている。法人本部が統括して面接指導を行なっている。法人内に「ハーモニー共済会」があり、職員行事やサークル活動など職員の交流を組織として行っている。休憩室は、施設内の空いているスペースを複数利用できるようにしている。ハラスメント規程として「ハラスメント防止のための指針」がマニュアル集のファイルに整備されている。相談窓口も個人名入りで明記されている。</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。	(非該当)	
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. 地域との連携については、中期計画に地域共生社会の実現について明記されている。年に2回「東風館だより」(1000部)を職員の手によるポスティングを地域に行っている。ホームページにも東風館だよりを掲載している。消防避難訓練に地域の方も参加してもらえるようにチラシを配っている。通所リハや介護予防のニーズが高くなってきたので、地域向けに開催している。東風館として、町内公園の掃除に参加している。地域のセブンイレブンと関係性を構築しており、チラシを置いてもらったり、利用者の見守りをしてくれている。 15. (非該当) 16. SORAマルシェ開催にあたり、事業所の敷地を提供している。SORAマルシェには体操教室や介護相談コーナーを出展したり、建物の見学を開催したりしている。地域食堂に独居の方に声をかけて来てもらっている。消費者センターに来てもらって詐欺防止の話をしてもらった。		

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. 利用者への情報提供は、ホームページや東風館たよりでやっている。見学者には、パンフレットと料金表を配っている。内容は見直しを定期的に行っている。見学や相談の内容は、スマケアに記録を残している。		
(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. 契約書や重要事項説明書は、本人に同意を得ており、後見人の場合は後見人に同意を得ている。意思疎通が難しい方は、ケアマネに相談して本人の意向を聞き出すようにしている。保険外サービスとして、オプションサービスを設定しており、説明は分かりやすく整備されている。		
(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	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. アセスメント表、訪問介護相当サービス計画書、介護予防計画が整備されており、本人・家族の意向が明記されている。アセスメントチェックシートを整備しており、本人のADLや身体機能についてアセスメントを取れるようになっている。主治医の意見は、ケアマネを通じて連携を取り、アセスメント票には主治医の連絡先が記載されている。</p> <p>20. 個別支援計画として「訪問介護相当サービス計画書」を作成されている。自立支援については、「サービスの内容」という項目に記載がされている。サービス担当者会議には、利用者本人や家族が参加している。</p> <p>21. ケアマネジャーとの連携を通じて、主治医や専門職の意見が取り入れられた計画書が策定されている。サービス担当者会議も開催されており、当該施設も参加している。会議で出された意見は計画書に反映されており、多職種協働による支援体制が構築されている。</p> <p>22. 利用者に変化があった場合は、ヘルパーからの意見を参考に必要であれば都度見直しを行っている。変更の必要が無い場合は「変更の必要なし」と記載している。モニタリングは毎月実施し、モニタリング記録表に記載している。計画の変更があった場合は、紙媒体で回覧をしており、印鑑を押すように仕組化されている。</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。	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)		<p>23. 医師との連携については、ケアマネが得た情報や訪問した内容をサービス担当者会議で共有される。入退院時には看護サマリーを取得している。地域会議にも参加している。地域包括支援センターや行政等と日常的に連携は取っている。小地域包括ケア会議に参加しており、地域の共通の問題に対して検討の場としている。</p> <p>24. サービス移行時の手順書としては、サービス提供責任者のマニュアル内に「他サービスへの移行する場合」という項目があり、手順が記載されている。</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。	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)		<p>25. 「訪問介護くらしのハーモニー各種マニュアル」が整備されており、サービス提供の標準的な実施方法が策定されている。プライバシー保護やハラスメントについてもマニュアル内の介護マニュアルに整備されている。研修が行われるたびにマニュアルの見直しを行っている。しかし、見直しについては基準は定められていない。</p> <p>26. 記録に関して、スマケアを使用して管理している。変化があれば、特記事項に記載している。</p> <p>27. 職員間の情報共有は、定期的開催される東風館会議を通じて行われている。文書の廃棄、持ち出し、保存等については、個人データの具体的取扱規程に明記されている。</p> <p>28. 利用者や家族との情報交換は、家族との面会の機会を通じて実施されており、その場を活用して利用者に関する情報を共有している。対面でのやり取りにより、信頼関係の構築や相互理解が進められている。</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>29. 感染症対策について、BCP内に責任と役割を明記している。感染症予防と発生時のマニュアルについて、「感染症の予防及びまん延の防止のための指針」が整備されている。感染症の予防及びまん延の防止に関する研修を年間計画に則って実施している。二次感染を防ぐ対策としては、常勤職員が対応し、広く感染が広まらないように配慮している。</p> <p>30. 事業所内は整理整頓され、空気の対流を防ぐために扇風機を設置する等の工夫を行っている。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>3 1. 緊急時対応とは別に異常事態発生時のマニュアルが整備されている。「異常事態発生時」の対応について、に責任者と指揮命令系統が明記されている。</p> <p>3 2. 事故発生時の対応について、「事故報告書」と「ヒヤリハット」が作成されている。事故の発生要因を分析する場として、事故防止対策委員会を設置している。実態に合わせて見直しを行っており、例えば服薬の事故が多かった時に、服薬に関するマニュアルを策定した。</p> <p>3 3. 災害発生時の対応マニュアルについて、BCPが整備されている。責任者や指揮命令系統については、平常時と緊急時に分けて作成されている。消防署や地域住民が参加して訓練が行われている。BCPは、地域との連携を意識したマニュアルとなっている。安否確認シートが利用者用と職員用で整備されている。備蓄リストはBCP内に整備されている。「東風館かわらばん」をサ高住入居者に対して配布している。</p> <p>3 4. BCPが感染症と自然災害の2種類策定されている。定期的な研修や訓練は実施されている。サービスの特性上、感染を地域に広げる可能性があるため、換気や消毒等に力を入れている。</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>3 5. 人権や自尊心を尊重したケアの提供については、運営規定や事業計画に明記されている。人権研修を年に1回実施し、利用者の人権や自尊心を尊重したサービスの提供について努めている。</p> <p>3 6. 虐待防止等の権利擁護について、指針が整備されている。高齢者虐待防止・身体拘束委員会が設置されている。地域向けにも、虐待防止・身体拘束委員会が設置されており、個人情報の観点からも分けて開催されている。不適切ケアについては、「虐待の芽チェックリスト（訪問サービス版）」を実施している。</p> <p>3 7. プライバシー保護については、業務マニュアルに明記されている。</p> <p>3 8. 利用をお断りする場合は、記録を残しており理由も明記されている。困難事例については、地域とも情報を共有しており、研修レポートとして残している。</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。	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. 利用者からの意見を聞く仕組みとして、意見箱をフロアに設置している。意思表示が難しい利用者については、職員間で情報を共有して対応している。東風館運営会議で、苦情や意見の共有が図られている。利用者満足度調査は年に1回実施している。 40. 意見要望苦情に係るマニュアルは整備されている。ホームページに「苦情解決の仕組みについて」が掲載されている。満足度アンケートの集計結果は、施設内で掲示しており、請求書に同封する形で利用者や家族にも配布している。 41. 相談窓口として第三者や連絡先を記載したものを館内に掲示している。		

(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	B	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	B	B
(評価機関コメント)		42. 利用者満足度アンケートを年に1回実施している。集計結果は、グラフ化し分かりやすく報告すると共に東風館会議で周知報告が行われている。 43. 東風館会議がサービスの質の向上について検討する場となっている。服薬事故が多かった時に医療機関やケアマネージャーと連携して事故防止に繋げる取り組みを行った。 44. 自己評価は行っている。課題について、事業計画に反映させて改善に努めている。第三者評価は今回が初めての受診であり過去には受けたことが無い。		