

様式 7

アドバイス・レポート

令和 8 年 3 月 3 1 日

令和 8 年 2 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都福祉サービス協会 西ノ京事務所 様につきましては、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(※)	<p>1. 理念の周知と実践 2025年10月に理事、管理職、一般職員の全階層で協議を重ね、新たな理念（VISION）「京都の日々を、あたためる」を策定しました。職員への浸透を図る取り組みとして、週に1回、朝礼において理念の唱和を継続的に実施していました。</p> <p>2. 総合的な人事管理 期待する職員像については「VISION BOOK」に明文化し、職員への周知を図っていました。人事評価の基準については、人事管理システムを活用して明確化し、評価運用ができる体制を整えていましたが、調査時点では本運用に向けたトライアル期間として実施していました。また、法人内において等級に応じたキャリアパス研修を定期的で開催し、職員自らが将来のキャリア形成を描くことができる仕組みを構築していました。</p> <p>3. 職員間の情報共有 利用者に関する最新の情報は、日々の申し送りや介護ICTシステムを活用して、リアルタイムで共有していました。さらにグループウェアを併用することで、担当職員への確実な周知を図っていました。週1回開催するチーム会議では、個々の利用者の支援内容について多角的に検討し、職員の意見を集約していました。また、情報機器の取り扱いにおいては、ICカードや暗証番号による認証を導入し、セキュリティに配慮した情報共有体制を構築していました。</p>
-----------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者自らの役割については「夜間訪問介護マニュアル」に明記し、全職員に配布して周知を図っていました。また、年に2回、職員へのヒアリングを実施し、現場職員の意見を直接聴取する機会を設けていました。しかし、管理者の行動が職員から信頼を得ているかについて、客観的に把握・評価し、その結果を見直すための具体的な仕組みや手法は確立していませんでした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 「定期巡回業務マニュアル」において、食事・移動・入浴介助などの「形態別介護マニュアル」として整備していました。職員が共通の理解を得られるよう、図解や写真を用いて視覚的に分かりやすく解説していました。従業員倫理綱領には、利用者の尊厳保持、プライバシー保護、権利擁護の姿勢を明示し、周知を図っていました。マニュアルの見直し履歴については実施年月を記載し、実際に発生した事故（喉詰り）を受けて食事介助の項目を追加するなどの対応をとっていましたが、見直しを行う具体的な基準や周期については定めていませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 サービスの客観的な評価を受けるため、3年に1回の頻度で第三者評価を受診していました。内部の取り組みとして、5月に第三者評価の共通評価項目チェックシートを用いた自己評価を事業所内で実施したほか、年1回のヘルパー会議でマナーチェックを行い、接遇面の振り返りを行っていました。また、法人内の内部監査も3年周期で実施していましたが、これらの自己評価や外部評価、内部監査の結果から導き出された具体的な課題を整理し、次年度の事業計画や重点目標に対して組織的に反映・連動させる仕組みは構築していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者は「十分に指示を出し、現場の声を聞いている」と認識していても、現場職員側では「意思決定が一方的である」「相談しにくい」と受け止めているといった、認識の乖離（ズレ）が生じる事もあります。 客観的な指標を導入することは、管理者が自らのマネジメントを振り返る機会になるため、京都府が実施している「組織活性化プログラム」等の外部リソースを活用してはいかがでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 事故を契機とした随時の見直しに留まる運用では、時間の経過とともに実態との乖離が生じ、職員の主観に頼った「自己流ケア」を誘発するリスクがあります。見直しの基準を定めることで、単なるルールの更新作業ではなく、全職員が最新の基準に照らして「現在のケアが最適か」を再確認する機会となるのではないのでしょうか。 このような組織的な振り返りのサイクルを確立することは、サービスの標準化と質の維持をより確実なものにしますので、</p>

	<p>事故の有無にかかわらず、年度計画等に基づいた定期的・計画的な点検・改訂プロセスを仕組み化することについて、検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>自己評価や外部評価を受けて、そこから得られた課題を次年度の事業計画に反映できる仕組みを構築されてはいかがでしょうか。評価と計画が連動することで、根拠に基づいた組織運営（PDCA）が確立されるのではないのでしょうか。</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	2690500034
事業所名	京都福祉サービス協会 西ノ京事務所
受診メインサービス (1種類のみ)	夜間対応型訪問介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	定期巡回・随時対応訪問介護看護 訪問介護
訪問調査実施日	令和8年2月27日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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. 2025年10月に理事、管理職、一般職員の全階層で協議を重ね、新たな理念（VISION）「京都の日々を、あたためる」を策定しました。職員への浸透を図る取り組みとして、週に1回、朝礼において理念の唱和を継続的に実施していました。 2. 理事会および評議員会を年3回定期的に開催していました。組織としての意思決定方法については「事務分掌等規程」に記載し、権限を明確に定めていました。会議は各部門ごとに開催し、課題をブロック会議に集約することで、現場職員の意見がボトムアップできる体制を構築していました。		

(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	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. 単年度事業計画は各部署ごとに作成し、中長期計画は「わたしたちの事業プラン2030」にそれぞれ掲載して、取り組むべき課題を明確に定めていました。策定した計画に基づき半期に1回評価を行い、課題や問題点の抽出を行っていました。また、事業計画は法人情報誌「アソシエ」やホームページに掲載し、情報の周知に努めていました。 4. 従来は「目標管理シート」を利用して個別の目標設定を行っていましたが、より客観的なデータに基づいた管理を行うため、人事システムによる評価体制への移行を進めていました。現在は制度の見直し期間中として、事業所独自で目標管理シートを作成し、個別の目標の可視化を図っていました。評価については、年2回、事業統括による評価を実施していました。		

(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	B

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. 法人内でコンプライアンス会議を年2回開催し、法令遵守に関する研修を実施していました。法令のリスト化については、文書管理一覧のフォルダー内に「格納書類一覧」を作成し、必要な情報をすぐに調べられる体制を整えていました。また、法人全体の活動とは別に、事業所内においても独自の勉強会を開催していました。</p> <p>6. 管理者自らの役割については「夜間訪問介護マニュアル」に明記し、全職員に配布して周知を図っていました。また、年に2回、職員へのヒアリングを実施し、意見を直接聴取する機会を設けていました。しかし、管理者の行動が職員から信頼を得ているかについて、客観的に把握・評価し、その結果を見直すための具体的な仕組みや手法は確立していませんでした。</p> <p>7. 管理者は携帯電話を常時携帯し、職員からの連絡に対していつでも対応可能な体制がありました。日々の業務の進捗については、グループウェアのスケジュール管理機能を活用し、事業の実施状況を毎日確認していました。また、緊急時の対応手順については「夜間訪問介護マニュアル」に明文化し、緊急事態が発生した際には管理者が迅速に指揮・指示を行う体制を整えていました。</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。	B	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. 期待する職員像については「VISION BOOK」に明文化し、職員への周知を図っていました。人事評価の基準については、人事管理システムを活用して明確化し、評価運用ができる体制を整えていましたが、調査時点では本運用に向けたトライアル期間として実施していました。また、法人内において等級に応じたキャリアパス研修を定期的開催し、職員自らが将来のキャリア形成を描くことができる仕組みを構築していました。</p> <p>9. 事業所の魅力発信については、公式ホームページや法人公式Instagramを活用し、法人の特色や活動内容の周知に努めていました。オペレーター業務の採用にあたっては、介護職に限定せず、看護資格保持者も含めた幅広い職種での募集を行っていました。必要な資格として、介護福祉士、看護師、社会福祉士を挙げ、多様な求人チャンネルを通じて広報活動を展開していました。</p> <p>10. 職員一人ひとりに対して個別研修計画を作成し、法人内ではキャリア等級に応じたテーマでの研修を開催していました。外部研修の情報については掲示板等で共有を図り、業務時間内での受講を可能とするとともに、自己啓発支援として研修費用を法人が負担する体制を整えていました。受講後は報告書の作成や所内での伝達研修を実施し、研修成果の共有と有効性の確認に努めていました。また、職員個別に目標管理シートを用い、4ヶ月に1回の頻度で評価を行っていました。</p> <p>11. 実習生の受け入れにあたっては、実習生の学びたい内容や要望を反映した実習プログラムを作成し、状況に応じて夜間の同行実習も実施していました。また、法人内で開催する実習に関する意見交換会や、実習受け入れのための勉強会にも積極的に参加し、指導体制の向上に努めていました。これらの取り組みを通じて、実習生と職員双方が互いの学びに繋がるよう、計画的な受け入れ体制を構築していました。</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

<p>(評価機関コメント)</p>	<p>12. 有給休暇の消化率や時間外勤務時間を定期的に把握し、特定の職員に過度な業務負担がかからないよう配慮していました。事業所ミーティングの開催時には、職員から直接意見を聴取する機会を設けるとともに、必要に応じて個別のヒアリングも実施していました。また、仕事と家庭の両立支援として、小学生の子を持つ職員に対して年10日の「両立支援休暇」を付与する制度を導入していました。情報の周知については、全職員にグループウェアのアカウントを付与し、必要な情報が確実に行き届くよう工夫していました。</p> <p>13. 年に1回、全職員を対象としたストレスチェックを実施していました。産業医に相談できる体制を整えており、健康診断の結果等についても随時相談が可能となっていました。職員のストレス緩和や親睦を目的として、ボウリング大会や部活動の開催を支援していました。また、ハラスメント対策として弁護士に直接相談できる外部窓口を設置しており、連絡先を事業所内に掲示して周知を図っていました。</p>
-------------------	---

(3) 地域との交流

<p>地域との連携・情報発信</p>	<p>14</p>	<p>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。</p>	<p>A</p>	<p>A</p>
<p>地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）</p>	<p>15</p>	<p>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。</p>	<p>/</p>	<p>/</p>
<p>地域への貢献</p>	<p>16</p>	<p>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。</p>	<p>A</p>	<p>A</p>
<p>(評価機関コメント)</p>	<p>14. 民生児童委員の部会や地域ケア会議等の場において、事業所の紹介や広報活動を積極的に行っていました。地域ケア会議に参加し事業所の広報活動を行うとともに、地域の要望に応じて外部へ出向く体制があることを周知していました。</p> <p>16. 地域貢献活動の一環として、西京高等学校附属中学校への「認知症サポーター養成講座」の出前講座を実施していました。また、夜間対応型訪問介護に関する講演会の開催や、地域が毎月開催している「あかしやサロン」へ体操の講師を派遣するなど、地域住民の介護予防や理解促進に向けた取り組みを継続的に行っていました。西京中学校の修学旅行に際して職員を派遣し、障害のある生徒の同行支援を行うことで、安全な修学旅行の実現に寄与するなど、具体的な地域貢献活動に取り組んでいました。</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

III 適切な介護サービスの実施

(1) 情報提供

<p>事業所情報等の提供</p>	<p>17</p>	<p>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。</p>	<p>A</p>	<p>A</p>
<p>(評価機関コメント)</p>	<p>17. パンフレットには、サービス提供時間、利用料金、対象者、問い合わせ先などの基本情報を図表やイラストを用いて分かりやすく明記していました。提供するサービス内容については、その利点と留意点を大きな文字サイズで示していました。事業所の運営状況に変化が生じた際には、パンフレット等の広報媒体を適宜更新していました。また、利用希望者等からの問い合わせがあった場合は、グループウェアに詳細な記録を残し、対応の経過を把握できる体制を整えていました。</p>			

(2) 利用契約

<p>内容・料金の明示と説明</p>	<p>18</p>	<p>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。</p>	<p>A</p>	<p>A</p>
<p>(評価機関コメント)</p>	<p>18. サービス開始時には、サービス内容や利用者負担金を明記したパンフレットおよび重要事項説明書を説明し同意を得ていました。利用者アンケートの結果においても、「十分に説明を受けた」との回答が得られていることを確認しました。また、判断能力に支障があると認められる利用者に対しては、補助人と契約を締結するなどの適切な手続きを講じていました。利用者の権利擁護に資する取り組みとして、事業所内に「高齢者のための総合ガイドブック（すこやか進行中）」を設置し、必要に応じて活用できる体制を整えていました。</p>			

(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. フェイスシートには、利用者の心身状況や生活状況に加え、利用者および家族の意向等を詳細に記録していました。アセスメントにあたっては、主治医や関係職種からサマリー等を取り寄せ、多角的な情報収集を行っていました。また、「夜間対応型業務マニュアル」において、アセスメントの具体的な手順や情報の更新時期を明確に定め、適切なアセスメントが実施できる体制を整えていました。</p> <p>20. 実施したアセスメントに基づき、利用者や家族の意向を尊重した上で、課題解決に向けた目標を設定していました。また、サービス担当者会議には利用者および家族が出席し、計画内容について直接協議・確認を行うプロセスを経ていました。</p> <p>21. 個別援助計画の策定にあたっては、担当介護支援専門員を通じて医師や看護師等の専門職から意見を集約し、医学的・看護的視点を取り入れた検討を行っていました。サービス担当者会議へ計画的に出席することで、居宅サービス計画（ケアプラン）との整合性を図り、多職種との密接な連携のもとで一貫性のあるサービス提供体制を構築していました。</p> <p>22. 「夜間対応型業務マニュアル」において、計画の見直しを行う時期や手順を明確に定めていました。介護ICTシステムを導入し、予定管理および実施記録の入力を行うことで、個別援助計画に基づいた確実なサービス提供に努めていました。利用者の心身状況に変化が生じた際には、速やかに居宅介護支援専門員や事業所管理者へ報告・連絡を行う体制を整えていました。また、変更後の計画内容については、グループウェアを活用して全職員間で迅速な情報共有を図っていました。</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	B
(評価機関コメント)		<p>23. 利用者宅に備えている「ご利用者情報カード」を活用し、主治医や訪問看護ステーションとの円滑な連携体制を確保していました。利用者の入退院に際しては、担当の介護支援専門員を通じて診療情報提供書や看護サマリーを入手し、継続的なケアに繋げていました。また、自事業所のみでは対応困難なニーズにも配慮し、パンフレットに他事業所の情報を掲載していました。1階玄関には、地域住民も活用できるよう関係機関リストを掲載した「高齢者のための総合ガイドブック（すこやか進行中）」を設置していました。地域の健康・介護を支える役割として、ラジオ体操の実施や介護機器の講習会、認知症サポーター養成研修を積極的に開催していました。</p> <p>24. サービス終了後においても、利用者や家族等が希望した場合には相談に応じられるよう、あらかじめ担当者を定めて周知を図り、終了後の支援体制を整えていました。他事業所へサービスを移行する際には、サービスの継続性を確保するため、サービス移行後の事業所のケアに同行して具体的な情報提供や引き継ぎを実施していました。しかし、これらの引き継ぎに関する具体的な手順や手続きを定めたマニュアル等の文書はありませんでした。</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	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. 「定期巡回業務マニュアル」において、食事・移動・入浴介助などの項目を「形態別介護マニュアル」として整備していました。職員が共通の理解を得られるよう、図解や写真を用いて視覚的に分かりやすく解説していました。従業員倫理綱領には、利用者の尊厳保持、プライバシー保護、権利擁護の姿勢を明示し、周知を図っていました。マニュアルの見直し履歴については実施年月を記載していましたが、見直しを行う具体的な基準や周期については定めていませんでした。</p> <p>26. 介護ICTシステムを活用し、個別援助計画に基づくサービス提供の実施状況や、利用者の心身の状態、サービス提供の結果を詳細に記録していました。個人情報に関する基本指針では、記録管理の責任者の選任に加え、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関して具体的に規程を定めていました。また、ハード面においても、全職員に貸与されているスマートフォンにICカード認証と暗証番号入力を義務付けるなど、情報漏洩の防止に向けた厳格な対策を講じていました。</p> <p>27. 利用者に関する最新の情報は、日々の申し送りや介護ICTシステムを活用して、リアルタイムで共有していました。さらにグループウェアを併用することで、担当職員への確実な周知を図っていました。週1回開催するチーム会議では、個々の利用者の支援内容について多角的に職員の意見を集約していました。</p> <p>28. 家族との情報交換を円滑に行うため、モニタリングの際には家族が同席できるよう、事前に日程調整を行っていました。対面での同席が困難な場合には、電話での聞き取りや独自のチェック票を活用し、状況把握に漏れがないよう配慮していました。また、定期巡回サービスにおいては、利用者の状況変化をタイムリーに家族へ伝えるため、介護ICTシステムを積極的に活用し、情報の即時性と共有の確実性を高める取り組みを行っていました。</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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>29. 感染症対策マニュアル及び自然災害発生時におけるBCP（事業継続計画）に指示管理体制・物品・二次感染を起こさない対応について記載していました。マニュアルを基にノロウイルスを想定した感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を行っていました。マニュアルは年に1回更新していました。感染症に罹患した利用者についても基本は断らず防護服着用の上、短時間で訪問していました。</p> <p>30. 事業所内の書類・備品等を整理整頓していました。トイレ掃除は職員の衛生管理の意識を高めるために外部委託から職員自ら行うように変更し、週2回チェックリストを用いて実施していました。</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>31. 「緊急・事故対応マニュアル」を整備し、緊急事態発生時の指揮命令系統を明確に定めていました。マニュアル内では、緊急事態と事故の定義について具体的な事例を挙げて記載し、職員が迷わず判断できるよう概念の明確化を図っていました。また11月には消防署と連携した救命講習会を実施していました。さらに、訪問車両やバイクについては定期的な点検を確実に実施し、移動時および業務遂行時の安全管理を徹底していました。</p> <p>32. 「緊急・事故対応マニュアル」において、事故およびヒヤリハットの定義を明確化し、職員間の共通認識を図っていました。事故やヒヤリハットが発生した際には報告書を作成し、発生時の状況、原因分析、再発防止策、関係各所への連絡内容など、最終的な対応に至るまでの経過を詳細に記録していました。原因分析にあたっては、当事者のほか、全役職者で検討していました。また、ヘルパー会議や訪問介護課題検討会議において事例の報告・収集を行い、情報を共有することで、類似事故の再発防止に組織的に取り組んでいました。</p> <p>33. 自然災害発生時に備えたBCPを策定し8月には、被災地支援の経験を持つ関係者を中心に、地震を想定した実践的な訓練を実施していました。また、年2回、専用の安否確認アプリを用いて職員の安否確認訓練を行っていました。さらに、介護医療連携推進会議等を通じて地域の防災に関する最新情報を収集し、組織の防災力向上に継続的に取り組んでいました。</p> <p>34. 台風や積雪などの予測可能な自然災害に対しては、事前に職員の移動手段を確認し、訪問時間の調整を行うなど、利用者及び職員の安全を最優先とした対策を講じていました。「自然災害発生時における事業継続計画（BCP）」には、地域の関係機関リストを明記しており、8月には地震を想定した訓練を実施していました。「感染症発生時における事業継続計画」には、感染状況に応じて優先すべき業務を明確に定めていました。</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>35. 法人の理念及び事業方針において、利用者の自己決定を尊重することを明確に打ち出していました。職員が利用者本位のサービス提供について意識向上できるように、利用者の尊厳の保持をテーマとした研修を実施していました。</p> <p>36. 「人権の擁護及び虐待の防止に係る整備等に関する規程」を策定していました。職員の意識啓発として、2月に虐待防止に関する研修を実施し、当日不参加の職員に対しても伝達研修を行うことで、全職員に周知していました。また、虐待防止委員会を設置し、不適切なケアの有無を組織的にチェックする仕組みを構築していました。業務マニュアルには身体拘束の禁止を明文化し、身体拘束適正化委員会を設けて適正なケアの推進に努めていました。さらに、年1回のマナーチェックを実施し、職員が自らの言動や姿勢を定期的に振り返る機会を設けていました。</p> <p>37. 「定期巡回業務マニュアル」及び従業員倫理綱領において、利用者のプライバシー保護に対する基本姿勢を明示し、全職員に周知していました。6月にはプライバシー保護に関する専門研修を実施し、職員の意識啓発を行っていました。また、介護実技研修においては、実際のケア場面を想定したプライバシー配慮の手法を取り入れ、その成果をヘルパー会議で共有することで組織的な技術向上に努めていました。特に入浴介助などの身体清拭を伴う場面については、イラストや写真を用いたマニュアルを整備し、露出を最小限に抑えるなど、利用者の羞恥心に配慮した具体的なケア手順を定めていました。</p> <p>38. 訪問が困難な地域からの申し込みがあった際には、利用者の利便性を考慮し、対応可能な他事業所を紹介していました。自事業所での対応が難しく、かつ近隣に同等のサービス提供事業所がない場合には、類似サービスとして定期巡回・随時対応型訪問介護看護の情報提供を行うなど、柔軟な代替案の提示に努めていました。</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)		<p>39. サービスの質の向上を図るため、年1回の利用者アンケートに加え、3ヶ月ごとのモニタリング時に聴取していました。アンケートやモニタリングで得た意見や要望については全職員で振り返りを行い、内容に応じて管理者が直接自宅を訪問して状況確認や対話を行うなど、誠実な対応に努めていました。また、アンケートの結果については、ホームページ上で広く公開し、サービスの透明性を高めるとともに、組織としての改善姿勢を明確に示していました。</p> <p>40. 相談や意見、苦情を受けた際の記録・報告手順については、「苦情対応・クレーム対応マニュアル」に定めていました。利用者からの意向や要望が示された際は、日々の申し送りやメールを活用して迅速に管理者に報告していました。対応内容については介護ICTシステムおよび「苦情報告書」に詳細に記録し、チーム会議等で協議して原因分析と改善策の検討を行っていました。検討した改善状況については、個人情報保護に配慮した上でホームページで公開していました。</p> <p>41. 事業所関係者以外の第三者を相談窓口（第三者委員）として設置していました。利用者が直接相談できるよう、重要事項説明書に第三者委員会の電話番号やFAX番号を明記しているほか、事業所内の見えやすい場所にも掲示していました。</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	B
(評価機関コメント)		<p>42. 年1回、全利用者を対象とした満足度調査アンケートを実施していました。回収した結果は法人本部で一括して集約し、各部署において具体的な改善策を検討する体制を整えていました。アンケート結果に基づき、実施したサービスの改善内容については、調査前後の変化を含め、ホームページ上で公開することで利用者や家族がいつでも確認できるようにしていました。</p> <p>43. サービスの質を継続的に向上させるため、「訪問介護課題検討会議」を定期的開催し、事業所からは所長が代表として参画していました。会議で検討した先進的な事例や課題解決策は、所内の各会議を通じて全職員に報告・共有していました。また、介護技術の向上に向けては「介護技術環境支援技術研修」を実施し、理学療法士等の専門職を講師に招聘していました。</p> <p>44. サービスの客観的な評価を受けるため、3年に1回の頻度で第三者評価を受診していました。内部の取り組みとして、5月に第三者評価の共通評価項目チェックシートを用いた自己評価を事業所内で実施したほか、年1回のヘルパー会議でマナーチェックを行い、接遇面の振り返りを行っていました。また、法人内の内部監査も3年周期で実施していました。しかし、これらの自己評価や外部評価、内部監査の結果から導き出された具体的な課題を整理し、次年度の事業計画や重点目標に対して組織的に反映・連動させる仕組みは構築していませんでした。</p>		