

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 1 月 1 2 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成 2 年 10 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（せんしゅんかいデイサービスセンター友岡）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>せんしゅんかいデイサービスセンター友岡は医療法人社団 千春会の傘下として、平成 13 年 8 月に開設されました。事業所理念は法人理念を継承して、理念（3つの使命）「1.患者・利用者の自立を支援し、良質な医療・看護・介護を提供する。2.仕事に誇りと責任を持ち、社会人としての向上を目指す。3.事業の充実により、住民の健康増進と地域社会の発展に寄与する。」を掲げ、基本方針（5つの志）と行動基準（7つの実行）を明記しています。</p> <p>デイサービスセンター友岡の現在の運営は、1日利用定員 35 名（10 時 30 分～17 時 30 分）、平均年齢 80 歳、平均介護度 2.4、利用登録者数 75 名です。事業所では、利用者が各種のレクリエーションに取り組むとともに、リハビリテーションを継続して事業所での活動を楽しみ、心身機能の維持に努め、在宅生活が継続できることを目指しています。</p> <p>○「つくる」をテーマに取り組むレクリエーションの充実</p> <p>コロナ禍で集団での外出やドライブ、おやつ作りができなくなり、新たなレクリエーション活動として、昨年利用者からの指導のもと畑作業を始めています。畑を耕し種まきや苗植えから収穫まで利用者とともに取り組んでいます。昨年は、ジャガイモ、キュウリ、トマトを収穫しました。今年はブロッコリー、サツマイモにも挑戦しています。収穫した野菜は食卓にのせて、食べる楽しみも味わっています。また、職員は各自の得意分野で力を発揮して、レジンアート、ビーズ、ドンジャラ、絵手紙、消しゴムアート、押し花や折り紙を合わせたパウチ加工作品（一部抜粋）など、多種多様なレクリエーションを提供し月間のイベント予定で知らせています。囲碁や将棋は、趣味が同じ利用者の来所日を合わせる考慮もされています。</p> <p>○職員間の情報共有</p> <p>管理者は毎朝送迎表を更新し作成しています。送迎車ごとに利用者の送迎順序や各利用者の心身の状況、持ち物についてなど、最新の注意点を記載しています。送迎職員は送迎板にはさんで持参し、見落としのないようにしています。この取り組みにより忘れ物や認知症の方の来所中の不穏を防ぐこと</p>
-----------------------------	--

	<p>ができています。また、家族から聞き取った情報や当日の本人の様子で感じたことを送迎表の裏に速やかに記載し、申し送りで報告するとともにすぐ対応できるように掲示しています。</p> <p>職員は記憶だけに頼らず再確認を習慣化して、記録に残し職員間で確実に情報を共有することができています。この記録はサービス提供記録とともにモニタリング、アセスメント作成にも重要な情報として生かしています。</p> <p>○入浴環境の充実</p> <p>浴室の設備は磨き上げられたタイル、浴槽、洗い場、シャワーチェア、リフトなどがあります。洗い場の周りにはピンクのカーテンが設えてあり、他の人の目を気にすることなく落ち着いて洗える場所が用意してあります。浴槽にも周りのサークルにカーテンが付けられており、カーテンは、入浴中のアクシデント、皮膚トラブルの方やプライバシーへの配慮が必要な方などに使用しています。入浴介助に看護師は必ず付き添い、観察や看護処置をおこなっています。また、温泉を楽しむ日を定め、入浴剤を変えながら憩いのひと時を提供しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○事業所独自の広報紙の活用</p> <p>事業所では、居宅介護支援専門員への広報として、さまざまな取り組みを写真や文章で示したリーフレットを作成しています。これを広報紙として家族や地域の方にも発信されてはいかがでしょうか。</p> <p>○パンフレットの内容の充実</p> <p>事業所ではとても質の高いサービスを提供しています。それらを発信するためにパンフレット内容を見直してはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○事業所独自の広報紙の活用</p> <p>居宅介護支援専門員への広報として作成しているリーフレットで、日々のレクリエーション活動は良く分かります。これに加えて、相談・要望・苦情への対策報告や職員異動の報告、介護観や研修報告など、また、利用者の声や家族、ボランティアの方たちからの寄稿文など、事業所の質の高い取り組みや職員の姿勢を広報紙として作成し、内容の充実した広報紙が利用者（家族）や地域、居宅介護支援専門員に届くことを期待します。</p> <p>○パンフレットの内容の充実</p> <p>事業所のさまざまな取り組み、たとえば「つくる」をテーマにしたレクリエーションや理学療法士指導の機能訓練計画書に沿ったリハビリテーション、看護師の2人体制、入浴中のプライバシー保護など、提供しているサービスを具体的に示されてはどうか。ご利用料金の記載は追記が必要です。検討を期待します。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2673000101
事業所名	せんしゅんかいデイサービスセンター友岡
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
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3年10月12日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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志決定を行い、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. 法人の理念は季刊誌「せんしゅん」やホームページに明記し、運営方針は運営規定に明示している。理念・運営方針ともに事業所内の良く見えるところに掲示している。職員は朝礼で理念を唱和すると友岡に、部署品質目標で良質なサービスの提供を掲げている。利用者（家族）には利用契約時に説明し、季刊誌を配布して理解が深まるようにしている。 2. 事業所内の全体ミーティング（職員会議、月1回）や朝礼で協議した意見や提案は、担当マネージャーに提案し介護運営委員会（介護部長、マネージャーが参加、月2回）で検討後、マネージャーより事業所に報告がある。事案によっては、毎月開催する介護責任者会議（各部門管理者、介護部長、マネージャー、理事長が参加）や理事会での検討もある。会議内容は全体ミーティングで報告がある。また、年1回理事長による直接ミーティングで、事業所の職員が意見や要望を述べる機会がある。		
(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設定	4		各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 法人として今後の動向を見すえ組織体制や運営について中期計画（令和3年～5年）を作成している。単年度計画の介護部門では介護福祉士実習受け入れ施設としての登録、資格取得支援など多岐にわたる計画をあげサービスの充実を目指している。法人の単年度事業計画に沿って、事業所部署目標「部門品質方針」と「部署品質目標」、「達成指標」を定めている。毎月、実施状況を分析・評価して、進捗状況は介護責任者会議で毎月報告している。そこで明確になった問題点・課題は介護運営委員会で検討し、結果を再度現場に降ろし職員への周知、実施を図っている。 4. 当事業所では「サービスを利用することによって、心身機能の向上や生活環境の改善に役立てる」と部署管理目標を定め、毎月の全体ミーティングで振り返りを行っている。各業務レベルでの目標は掲げていないが、各職員は個々の年間目標を作成している。管理者との面談で初期に力量評価を受け、年間目標を作成し、10月に中間評価、3月に総括をおこない次年度につなげている。職員の年間目標は介護部長に提出している。相談員、介護士、看護師それぞれの職種を意識した個人目標がある。個人目標も毎月取り組み予定を設定して見直している。		

(3) 管理者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、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. 新しい法令や法令改正などは集団指導(コロナ禍では資料送付)や法人からの情報提供、ワムネットで学び、職員にミーティング時研修で周知を図っている。遵守すべき法令は自主点検表とともに、いつでも職員が調べられるように書類保管庫に入れている。法人の見直し委員会でマニュアルは毎年見直しをしている。「法令順守・倫理マニュアル」が作成してある。</p> <p>6. 管理者は運営規定で役割と責任を明確にし、朝礼や全体ミーティングで職員に表明をしている。朝礼や全体ミーティングで聞き取った意見・要望を反映させた事業所の方針は、マネージャーが介護運営委員会で報告して承認を得ている。管理者自身の職員からの評価は、毎年のストレスチェックの項目の中に盛り込み、パワーハラスメントなどがあれば管理者を介さず上層部に届くようになっている。</p> <p>7. 管理者は通常事業所内で業務しており、現場を把握できている。外出時は携帯電話で連絡がとれる体制である。管理者の居場所はホワイトボードに記入して職員には常に居場所を明確にしているが、連絡の取れない時にはマネージャーや介護部長に連絡することが決められている。緊急時にはメールでマネージャー→介護部長→理事長に連絡することが決められている。管理者は現場を離れたり、休んだ後は、朝礼での申し送り事項や、利用者特記事項で状況を把握している。</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

質の高い人材の確保	8	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
継続的な研修・OJTの実施	9	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
実習生の受け入れ	10	実習生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. QI委員会で人材や人員体制を検討している。サービスの質の向上に努める人員配置は、基準以上の配置をおこない、月に1度常勤換算のデータを法人管理部に提出している。未経験者でも入職し介護にやりがいをもてることを目指しており、入職時に「基礎研修」を受けている。資格取得支援の取り組みは法人教育センター主催の「介護職員初任者研修」や「介護職員実務者研修」を推奨し受講料の補助がある。介護福祉士資格取得受験者への直前受験対策講座も開催しサポートしている。資格取得後は資格手当が支給される。</p> <p>9. 法人の研修担当が年間計画を作成して新人職員研修・全体研修・資格取得研修・ミーティング時研修を実施している。外部研修は管理部から、情報提供があり、掲示し希望者を募っている。参加者は受講料・交通費は法人負担で受講できている。職員の「気づき」は研修担当に来てもらい勉強会を開催している。外部研修後はレポートの提出と伝達講習会を実施している。法人には上位認定試験制度(認知症、看護、栄養、リハビリテーション)があり、技能習得の度合に応じて達成度が名札に付加され、制服の色や報酬にも反映されている。</p> <p>10. 実習生受け入れは法人の研修部門が受付の窓口となっている。「実習生受け入れマニュアル」は基本姿勢、連絡窓口、事前説明、オリエンテーションが記入され実習担当者である管理者はOJT研修を受けている。実習生受け入れ実績は資格を取る方の見学実習や中学生のチャレンジ体験を受け入れているが、現在はコロナ禍で実施されていない。</p>		

(2) 労働環境の整備				
労働環境への配慮	11	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	12	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、スタッフが充分に休むことができ、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>11. 管理者は毎月超過勤務表・勤務確認表を作成して職員の確認を得るとともに、年次有給休暇管理表にて有給休暇を管理し労働環境に配慮している。マネージャーは就業状況や意向を確認し、介護運営委員会で各部署の人員状況を分析している。育児休業法や介護休業法は就業規則に記載して取れる状態ではあるが、現在の職員は取っている人はいない。職員の負担軽減のための機器は車いすから浴槽への移動用のリフト、シャワーチェア、車いすごと計れる体重計、車いすごと乗れるバン、などを備えている。</p> <p>12. 法人の病院の医師、顧問弁護士、社会保険労務士や、複数のマネージャーから選ぶなど、相談内容により選択ができ上司や同僚に知られずに相談することができる。福利厚生として互助会（さくら会）があり、ビアパーティー、忘年会などを開催している。ストレスチェックは年1回受けている。ハラスメントの規程は就業規則に明記して働きやすい職場づくりに取り組んでいる。休憩室はソファを3台置き大きな冷蔵庫やお茶のセットを設置している。職員からはリラックスして休憩が出来ていると聞いた。</p>			
(3) 地域との交流				
地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
(評価機関コメント)	<p>13. 季刊誌には運営理念を掲載し、ホームページからも閲覧できる。季刊誌は病院に置き持ち帰れるようにするとともに、法人の運営する各事業所の利用者に配布している。情報の公表は玄関入ってすぐの所にファイル化して置き、誰でもがみられるようにしている。地域資源や地域の情報は玄関のガラス戸に、ポスターを張るなどで周知している。</p> <p>14. 法人が主催する家族向けの介護教室で、職員が講師の補助をするなどの手伝いに行き家族や地域の人々との関係を深めている。管理者は地域ケア会議、在宅療養手帳委員会、通所介護事業所連絡会議に参加して、福祉ニーズの把握に努めている。</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

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	15	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)	<p>15. ホームページ、季刊誌で事業者情報を含む法人全体の情報を提供している。また事業所としてサービス内容がわかるパンフレット、イベント月間予定表や利用者の作品作りの写真を載せた広報用のリーフレットなどでの情報提供もおこなっている。利用の問い合わせには責任者が状況に合わせて対応し、見学希望の方には送迎、食事、入浴、レクリエーションを無料でお試し体験を提供している。当事業所のサービスの質は高い。この内容をパンフレット内に加えて特徴を出されてはどうか。</p>			

(2) 利用契約

内容・料金の明示と説明	16	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)	<p>16. 契約書、重要事項説明書、料金表（介護保険外も含む）で利用者（家族）に説明し、同意と署名を得ている。利用者本人の判断能力が乏しい時には家族の同意を得ている。成年後見制度については担当の介護支援専門員と連携を図っている。</p>			

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	17	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	18	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
専門家等に対する意見照会	19	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・OT/PT・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	20	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>17. 担当の介護支援専門員から入手した情報をもとにフェイスシート、利用者評価表【コミュニケーション能力、DASC（認知症の程度）、FIM（日常生活動作）、IADL（手段的日常生活動作）】を作成して3か月ごとに再評価している。サービス担当者会議には出席し、居宅介護支援専門員から利用者の主治医からの情報を得ている。利用者（家族）から諸要望を聞き会議内容は経過記録に残している。</p> <p>18. 通所介護計画は3か月ごとに見直し、この事業所独自のやり方として、現在の通所介護計画書に赤ペンで特記を記載し、次回の更新時に見落としがないようなシステムを構築している。カンファレンスは毎月実施して、3か月ごとに更新した通所介護計画書、個別機能訓練計画書（理学療法士が作成）とともに利用者（家族）の同意を得ている。相談員による3か月毎の居宅訪問での諸意向の聞き取り以外にも、必要に応じて柔軟に管理者が居宅訪問をして、直接意見を聞き取り情報収集している。モニタリングや評価内容は居宅介護支援専門員に報告している。</p> <p>19. 利用者の状態に合わせて主治医や理学療法士、作業療法士の意見、指示を仰いでいる。退院のカンファレンスにはできるだけ参加し利用者がスムーズに居宅での生活に移行できるよう関係機関と相談しながら利用調整をおこない、専門家から得られた情報は機能訓練指示書・通所介護計画に反映させている。</p> <p>20. 通所介護計画書は機能訓練計画書と連動し、3か月ごとに見直ししている。また本人の状況に変化があったときは随時見直ししている。担当職員が毎月ケア報告書を作成し、モニタリングを実施している。カンファレンスには看護師、生活相談員、介護職員が参加している。</p>		

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	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
(評価機関コメント)		21. 基本的には担当の居宅介護支援専門員を通してかかりつけ医や他の関係機関との連携がとれている。利用者に関係する連絡先はリスト化し、いつでもすぐわかるようにしている。訪問看護、訪問介護には管理者が直接連絡をとることもあり、利用者の在宅生活をともに支えるための連携がとれている。退院時にはカンファレンスに参加し、退院後の通所についても介護支援専門員から情報を得て通所回数や曜日など希望通りにスムーズに再開できるよう留意している。		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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	23	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	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	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>22. 業務マニュアルは法人として介護部共通のデイサービスセンターマニュアルが作成され、年一回見直している。わかりやすくフローチャートの記載もある。ヒヤリ・ハットの分析から業務スケジュールを変更している。全体ミーティングでマニュアル研修を順番におこなっている。</p> <p>23. 提供したサービス実施記録は業務日誌、実施経過記録に記入している。利用者のケース記録、契約書や同意書は事務室の鍵のかかった棚に収納している。書類などの廃棄に関しては日常的に出た書類はシュレッダーにかけ、他は5年間保存後に法人が契約している業者によって適切に処理している。ファイルの持ち出し時に、所在がわかる記録が確認できなかったが記録に残されることが望ましい。</p> <p>24. 利用者の情報は毎朝申し送られている。毎日管理者が作成している最新の送迎表を送迎板にはさみ、職員はそれを見ながら利用者の身体状況や持ち物など注意点を確認して乗降介助している。これはこの事業所独自のものである。伝達事項はホワイトボードに記載、掲示している。</p> <p>25. 家族とは乙訓医師会の在宅療養手帳への記載や送迎時に対面で会話し、その日の身体状況や連絡事項などの交換をしている。聞き取ったことは速やかに送迎表の裏に記載し、職員に伝達している。管理者は報告内容に応じて、電話をかけた後家庭訪問をして早めに問題を解決している。在宅療養手帳にはできるだけ当日の写真を貼り、活動の様子を伝えるように心掛けている。</p>
------------	---

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	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	27	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>26. 感染症マニュアルがあり、施設や訪問・デイサービスなどサービス種別ごとに具体的なマニュアルを作成し必要に応じて随時変更している。院内感染防止対策委員会（病院）にも出席して情報を共有している。各種感染症の流行前には情報が届き、勉強会を実施している。事業所の利用者や職員が感染症に罹患した恐れがある場合「感染状況報告書」を作成し、法人に報告している。</p> <p>27. 業務補助の職員が事業所内の清掃をおこない、フロアや浴室、トイレ、窓ガラスなど、清掃が行き届いている。エアコンフィルター清掃や床ワックスがけ、ゴミブリ駆除は定期的に業者に委託しており職員が確認している。</p>		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	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	29	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	30	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
(評価機関コメント)		<p>28. 「事故防止・緊急時対応マニュアル」があり、全体ミーティング時にマニュアルに沿って勉強会をおこなっている。また、看護師たちは自主的にDVDを使用して研修を実施している。看護師は常に2人体制で勤務しており、事故や緊急時の対応に当たっている。AEDは業者による救急救命の講習を受け、職員は取り扱い方法を周知している。交通事故の緊急対応マニュアルは送迎車内にもおき、すぐに使えるようにしている。運転手対象の研修があり、事故発生時は法人の車両担当者が指示をだしている。</p> <p>29. 「インシデント・アクシデント報告書」により、ヒヤリ・ハットや事故の報告をおこない、分析と再発防止への取り組みを記録している。事故発生時は、管理者とマネージャーに報告をあげて初動対応をしたうえで、全体ミーティングや安全管理ミーティング、介護安全管理委員会で詳細に検討している。事故報告は月に1回程度、ヒヤリ・ハットは月に20～30件あり職員間で共有し注意をしあっている。行政への報告事例はこの6年間で1例である。</p> <p>30. 火災や自然災害、防犯対策などの「非常災害マニュアル」を整備して、研修をおこなっている。年2回の火災訓練の他に、地域の地震訓練にも参加している。ハザードマップでは水害の心配はない地域である。事業所は福祉避難所に指定されている。備蓄は法人にある。</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	31	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
	プライバシー等の保護	32	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	33	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>31. 重要事項説明書「デイサービスセンター友岡の利用目的と運営方針」に、利用者の意志および人格を尊重すること、サービス提供時には理解しやすい指導や説明をおこない同意を得て実施することを明記している。「虐待防止・身体拘束排除マニュアル」に基づき、事業所の定期研修で周知を図っている。サービス内容は利用者の要望を反映させている。</p> <p>32. 「法令遵守マニュアル」にプライバシー保護の文言が入っており、プライバシー保護についてや接遇研修が組まれている。カンファレンスで振り返る機会を持っている。入浴中のアクシデント対策として、湯船に仕切りカーテンが設置してある。入浴後の軟こう塗布は下着を着用後に統一している。ストーマ造設の利用者に、入浴後に使用するパウチカバーを職員が手作りし使用している。更衣や排泄時の羞恥心への配慮は細やかである。</p> <p>33. 医療処置の必要な方や認知症の程度によって、利用を断わることはしていない。看護師は2人体制勤務で対応している。通所が困難になるなど、家族から相談を受けた場合は、居宅介護支援専門員を通して他の事業所を紹介している。</p>				
(2)意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	34	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ている。		A	A
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	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	B
	(評価機関コメント)	<p>34. 玄関に意見箱（利用者の声）を設置しているが、利用はほとんどない。利用者は意向を直接職員に伝える方は多く、日々聞き取ったことは「要望苦情シート」で記録に残し、朝礼・終礼時に報告して職員間で共有している。居宅への訪問面談時の利用者（家族）の意向とともに全体ミーティングで検討し改善している。</p> <p>35. 「苦情相談・対応マニュアル」に基づいて苦情解決を図っている。要望・苦情などには、迅速に対応すると共に職員間で共有して全体ミーティングで検討後利用者に返答している。改善状況は全体ミーティングで確認している。年1回おこなっているアンケート結果は、季刊誌に公開している。丁寧に利用者（家族）の意向の吸い上げがおこなわれている。日々聞き取った意見・要望も公開する手段があれば、より利用者（家族）からの信頼が得られるのではないかと期待したい。</p> <p>36. 事業所担当者と公的機関の相談窓口を重要事項説明書に明記しているが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置していない。介護相談員の来所は、以前は依頼していた経緯はある。コロナ収束後の課題である。</p>				
(3)質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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	39	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

		<p>(評価機関コメント)</p>	<p>37. 毎年法人で満足度調査を実施し結果が届く。法人の管理部が集計・分析するが、通所系の管理者が参加する分科会でも分析・検討している。職員間でも検討しサービスの向上や次年度の部署目標に生かしている。アンケートの結果は、介護部全体として季刊誌に掲載し利用者（家族）に報告している。</p> <p>38. 職員の意見は介護運営委員会に報告して、サービスの質の向上のための具体的な検討をおこなっている。介護責任者会議でも管理者間での意見交換をしている。他に、医療介護の質を検討するQC委員会も発足している。会議での検討事項は職員に伝達され、実行につないでいる。地域包括ケア会議や乙訓医師会主催の在宅療養手帳委員会に出席し、他事業所の取り組みを知る機会としている。</p> <p>39. 毎年ISO9001（品質マネジメントシステム）外部評価と他部署職員による内部監査を実施している。評価結果は法人と各部署がそれぞれ検討し、必要な項目は次年度の課題としている。</p>
--	--	-------------------	---