

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 4 年 6 月 8 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

令和 4 年 4 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（八幡市デイサービスセンターやまばと）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 (※)	1. 一人ひとりの利用者へ、きめ細かな配慮のもとにデイサービスを実施しています ○日々の申し送り内容の「入浴・排泄・移乗の援助経過」を「ミーティングノート」にも記載し、“利用者情報”を職員間で確実に共有しています。 ○服薬管理が必要な利用者は、利用者ファイルに赤いシールが貼ってあり、そのファイルがデイルームにも配備されていて、投薬誤りや投薬忘れを防止するために、常にデイの職員が確認できるようにしています。 ○医師と連携し、医療的ケア（胃ろう）のある利用者を受け入れています。 ○歩行困難な利用者が PT の指導のもと、4 点杖での自立歩行が可能になるなど、積極的に自立支援に向け取り組まれています。 ○家族向けの報告書には、ナースも利用者の身体状況を詳細に記録するほか、PT が定期的に（3 か月毎）個別訓練対象の利用者宅を訪問するなど、利用者や家族へ積極的にかかわっています。 ○利用者アンケートの結果を見ても、ほぼ 100%の高評価を得ています。 ○館内の 4 事業所（デイ、包括、居宅、訪問）が連携して、利用者の課題解決を図りサービスが適切に実施されるよう努めています。 2. 館内の衛生管理が行き届き、利用者が安心して日中を過ごすことができます ○新たに空気清浄機を各階に複数台設置し、臭気対策等が行われています。 ○浴室・トイレには、オゾン発生器を設置し、除菌と消臭対策を行っています。 ○厨房は、デイルームと完全に仕切られ、受け渡しカウンターも調理中は間仕切りカーテンで閉じられています。 ○消毒スプレーが設置され、常時職員が椅子・机等、利用者の触れる場所を
-----------------------------	--

	消毒しています。 消毒・換気の徹底を周知するため「消毒・換気」のプレートが目につくところに掲示されています。 3. 働きやすい環境が作られています ○職場内のコミュニケーションが良く取れています。意見や思いをすぐに聞いてもらえる職場の雰囲気があります。 ○職種間の業務連携が出来ていることや、急な業務や休みに対し、パートの配置などで対応できる仕組みがあります。 ○介護機器導入、機械設置(厨房)など職員の負担軽減が図られ、働きやすい環境です。 ○有給休暇が取りやすい職場環境に加えて、さらに毎月の勤務表作成時に取有休得を促しています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	1. 事業所理念・運営方針について ○理念等は、事業所創設時からのものということで、介護保険制度施行前に策定されたものであり、表現の一部が現状に合わないものとなっています。現状に合った内容に、記載を変更することが望まれます。 ○事業所理念・運営方針は、明確に定められ、職員にも周知されています。ただ、館内に理念・運営方針は掲示されていますが、事業所ホームページには掲載されていません。 2. 事業計画について ○事業計画が策定されていますが、計画内容が事業項目の説明で終わっています。項目ごとに毎年の課題を具体的に記述することが必要です。 3. ヒヤリハット報告書について ○ヒヤリハット報告は、事業所内で適正に処理されています。また、対策の必要な項目については会議で検討されていますが、ヒヤリハットの内容について総合的な分析等が十分ではありません。
具体的なアドバイス	1. 事業理念・運営方針について ○理念・運営方針の周知方法については様々な媒体がありますが、ホームページは、地域、社会に対して重要な媒体です。特に昨今は、高齢者もインターネットにより情報を得る時代になっています。ついては、地域に根付いた事業所として、事業所にアクセスした際に容易に理念・運営方針に辿り着けるようにしていただきたいと思います。母体法人(若竹福祉会)には理念が

	掲載されていますが、残念ながら事業所からのリンクが張り付いていません。事業所ホームページに理念を記載するか、母体法人のホームページにリンクするかお願いしたいと思います。 ○理念の冒頭の表現が現代にふさわしい表現とは言えません。理念も、永遠不変のものという位置づけではなく、社会状況等により見直すべきものです。また、事業所職員が介護サービスを提供するための拠り所となるものです。是非とも現状にあった表現に変更されることを期待いたします。 2. 事業計画について ○事業計画を拝見しましたが、各事業のサービス内容の確認のようになっています。経営（財務）、施設整備、サービス内容、福利等の項目に沿って課題を抽出した上で、単年度の目標を具体的に策定されてはいかがでしょうか。 ○BCP 計画の策定やハラスメント規定など、運営方針の改訂もお考えと聞いております。BCP 計画策定のためにも、計画の骨組みを先ず明確にする必要があります。特に重要になるのが、日々のサービス提供の中で生じる諸課題です。発生した諸課題を明文化し、事業計画に反映されることを期待します。ハラスメント規定の改訂も、法令の変更に伴い必要と存じます。（法令等の改訂に伴う諸課題も、重要な事業計画の一つです。）是非とも、一度、事業計画の項目を、改めて整理されることをお奨め致します。 3. ヒヤリハット報告書について ○ヒヤリハットの取組みは、事故予防のためには欠かせません。個々のケースの原因究明と対策は会議においてされていると思いますが、定期的に、一定期間で収集された内容をグラフ化するなど総合的に解析（ひと、時間、場所等）することが必要です。 ○課題が明確になれば、事業計画にも繋がるものと考えます。 その他所感 現在実施されているそれぞれの取り組みが、事業評価や事業計画にどのように反映され、さらに担当者各自の日常業務にどのように結び付いているのかが、事業所全員で共有できる仕組みを工夫されると顧客満足度の一層の向上につながるのではないかと思います。今後に期待いたします。
--	---

※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)

※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	2672900012
事業所名	社会福祉法人 若竹福祉会 八幡市デイサービスセンターやまばと
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)	訪問介護 居宅介護支援 介護予防支援
訪問調査実施日	令和4年4月19日
評価機関名	NP0法人きょうと介護保険にかかわる会

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. 法人の理念及び運営方針は、施設内に掲示され職員会議で唱和するなど周知に努めています。欠席者には回覧して浸透を図っています。ホームページ上に理念の記載はありましたが、利用者や外部の人が読んで「理念」と分かりにくいように思います。誰が読んでも容易に判るよう「理念」と見出しをつける等の工夫をすることで、より利用者等に理念が浸透すると思います。 2. 法人理事会は、年2回開催（必要に応じて追加開催）され、各事業所の経営責任者が出席して事業報告をしています。案件別の意志決定方法が定められ、職員の意見は毎月の事業所運営会議に諮り、全体会議(※)を通して経営に反映される仕組みがあります。職務分掌規程があり、責任と権限が明確になっています。 ※全体会議＝在宅系4事業所（デイサービス、地域包括、居宅、訪問介護）による合同会議			
(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. 中・長期事業計画を策定し、理念、運営方針に基づき、サービスの質の向上に努めています。隔年で利用者アンケートを実施され、利用者ニーズの把握に努め、課題や問題点を明らかにしています。中・長期計画を達成するための単年度目標は策定されていましたが、今後はもう少し具体的な内容にすることを期待いたします。 4. 各部門（介護、看護、栄養・給食、機能訓練、総務）において課題が設定され、解決に向けて取り組んでいます。介護部門では、浴室の環境を整備し車いすのまま入浴可能にするなどサービスの質向上につなげ、また、栄養・給食部門では厨房にスポットクーラーを設置し、労働環境を改善しました。			

(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、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. 経営責任者は法令順守の研修に参加し、得られた情報を各事業所に伝達しています。運営管理者は、事業に関連する法令をリスト化し、職員がPCで関連法令にアクセスできる環境を整えています。年に1回、法令遵守についての研修を実施しています。 6. 運営管理者の役割と責任については、職務分掌規程に明確に規定されています。運営管理者は、毎月の法人運営会議に出席し、意見を述べており、また、職員会議で職員の意見を聞き事業経営に反映しています。職員面談の際に管理者等に同席してもらうことにより、部下による管理者の評価を確認する機会にしています。 7. 運営管理者は常時事業所内で職務に従事しており、外出する際には携帯電話により連絡が取れるようにしています。また、報告書や日報により事業の実施状況を随時把握しています。緊急時、非常時にも、管理者に連絡が取れる体制があります。夜間等、時間外に事務所にかかった電話は、幹部職員3人が1週間ごとに交代する体制で携帯電話に転送を受け、受信するようにしています。			

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)		8. 法人本部にて、各事業の人員基準をベースにして人材の確保を図っています。有資格者の採用を優先していますが、無資格者も採用し、資格取得のための勉強会開催や「社会福祉協議会の資格取得助成制度」活用などにより、支援を行っています。取得資格に応じて手当を支給し、ケアマネジャー更新講習費も全額支給しています。 9. 年間研修計画が定められ、内部・外部研修を通じて職員が段階的に必要な知識や技能を習得できる仕組みがあります。新規採用者には、OJT研修(年2回面談チェック)を実施しています。また、外部専門機関と提携してキャリアパス規定を定め、職員には階層別研修を実施しています。外部研修については、京都府などの研修情報を入手し、職員に受講を促しています。受講者には、研修費用の負担や勤務調整するなど研修に参加できるよう配慮しています。外部研修受講者による伝達研修を行い、職員の「気づき」を促すとともに、互いに学び合う機会としています。 10. 実習の受け入れに関する基本姿勢を明文化し、受け入れマニュアルも作成しています。令和3年度はコロナで実施できていませんが、令和2年度は複数の大学や専門教育機関からの教育実習生を受け入れました。近隣高校からは介護福祉科の生徒を受け入れ、実習や介護福祉士資格取得支援も行いました。実習指導者研修は、管理者と他2名が受講しています。			
(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)		11. 事業所は、職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを組織として管理し、毎月の勤務予定作成時に有給休暇の取得を促すなど、職員の労働環境に配慮しています。毎年の職員面談時には、職員の就業状況や意向を聞いています。育児介護休業については、就業規則に規定しています。浴槽にリフト浴を設置し、入浴介助時の職員の負担軽減を図り、また、厨房にスポットクーラーを設置するなど、調理担当職員が夏場でも働きやすい環境にするための改善を行っています。 12. 毎年非常勤職員も含め全職員にストレスチェックを実施しており、産業医によるメンタルヘルス維持のための相談体制があります。また、外部機関と契約し、カウンセリングする体制もあります。職員の苦情・要望を受け付ける担当部署も法人内に設置されています。法人は社会福祉法人共済会に加入しており、職員の福利厚生を図っています。休憩場所は十分に確保されており、リラックスできる広さや環境となっています。ハラスメント規定は整備され、ハラスメント対策委員会が隔月で開催され、各種ハラスメント防止に努めています。			

(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)		13. 事業所の情報はホームページやブログで発信しています。現在はコロナ禍でできていませんが、コロナ前は地域のボランティアの受け入れや、近隣の学童との交流も行っていました。 14. 八幡市によるボランティア活動推進に協力し、「介護サポーター養成講座」に講師を派遣するなど地域に貢献しています。また「YMカフェ」（オレンジカフェ）を開催し、認知症の方の支援を行うなど、事業所が有する機能を地域に還元しています。コロナ前は、自治会や民生委員の定例会などに職員が出向いて、介護保険制度や介護予防について説明していました。		

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	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)				
		15. 事業所情報は、パンフレットやホームページに加えブログも作成しており、サービス内容を分かりやすく説明しています。事業所の見学や「体験デイサービス」は積極的に実施しており、体験利用時には昼食や送迎サービスも提供しています。また、急な見学希望にも対応しています。				
(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)				
		16. 利用契約時には、サービス利用契約書・重要事項説明書等でサービス内容・料金、保険外サービスについて説明し、利用者及び利用者家族の同意を得ています。利用者の権利擁護のために、成年後見制度の利用や地域福祉権利擁護事業（日常生活自立支援事業）が必要な場合は、サービス利用開始時のみならず利用中においても適切に対応しています。利用者アンケートでも、丁寧な説明がされていることが確認できました。				
(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)				
		17. 事業所所定の様式でアセスメントを行い、利用契約時には利用者の心身状況・生活状況等を利用者及び家族に面談し記録しています。また、心身状況等を正確に把握するため、利用開始後に改めて記録と照合し再確認しています。実際に契約時アセスメントで車いす利用とされた利用者が、手引きを受ければ歩行可能であることが確認できた事例もあったとのことです。利用者が希望する生活像やサービス内容を聞き取り、主治医・機能訓練士等の意見を踏まえ、アセスメントを定期的に実施しています。				
		18. アセスメントに基づき、利用者ごとに目標が設定された通所介護計画を策定しています。利用者や家族の希望を尊重して計画を策定し、サービスの提供内容について利用者及び家族の同意を得ています。実際に歩行が困難であった利用者に対して、家族の希望もあり、デイサービス利用時に、ポータブルトイレの利用訓練を行い、使用することが出来るようになった事例もありました。サービス担当者会議には、可能な限り利用者本人が出席できるように調整しています。				
		19. 通所介護計画の策定にあたり、医師・看護師・機能訓練士・生活相談員等の専門家から意見を聞いています。サービス担当者会議には、利用者・家族に加え関係する職種の職員が出席し、計画を策定しています。歩行機能障害のある利用者が「自分で好きなことをしたい」という目標に向け、医師と機能訓練士が自立歩行訓練に関わり、4点杖での歩行が可能になった事例がありました。退院カンファレンスに参加し、医師から血圧等について数値等の指示を具体的に確認することで、入浴利用等に繋げることができた事例もあります。				
		20. 利用者ごとに定められた担当者が、計画通りにサービスが実施されているか、また、利用者の状況に変化がないかを把握して、デイサービス会議と毎月のモニタリングで確認しています。3か月ごとに評価を行い、計画の見直しを行っています。状況に変化があれば、ケアマネジャーや主治医等に意見照会し、デイサービス会議等で確認の上見直しを行っています。				

(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. 主治医や関係機関と情報や意見の交換を行い、連携をとっています。デイ利用時に、連絡帳で訪問看護師や医師から直接指示をもらうこともあります。他の事業所や施設など関係機関・団体のリストを作成し、利用者の状況に応じた連携体制を確保しています。事業所併設の地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等と常に連携をとり、入・退院時にもサービス調整をしています。			
(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)		22. サービス提供にかかわる各種業務マニュアルを作成し、実用的な表現にしています。さらに、事故の危険性の高い入浴介助や送迎等については、より詳細な手順書を作成しています。マニュアルや手順書の見直しは、ミーティング等で報告された内容をデイ会議で確認し、随時変更しています。「マニュアル見直し検討会議」を年1回開催し、一覧表でチェックしています。ヒヤリハットや苦情などは、発生の都度見直しを実施して、危険防止やサービス改善につなげています。 23. 通所介護計画に基づくサービス提供内容と利用者の状態の推移等が、適切に記録されています。利用者記録の保管・保存・持出し・廃棄等に関する文書規程があり、5年間の保存、溶解廃棄等が記載されています。個人情報保護等について毎年研修を実施し、情報開示については今年の4月から運営規程を改正し、開示請求に対応しています。 24. サービス計画の内容や記録は毎月のデイサービス会議でケース検討を行い、担当職員全員が共有しています。利用者の状態の変化については、毎朝のミーティングで申し送りするとともに、内容は「ミーティングノート」に記録され全職員で共有されています。特に会議に参加できなかった職員には、ミーティングノート閲覧により情報共有を図っています。また、ミーティングノートとは別に、入浴・排泄・移乗の3種類のノートを活用し、より個別性の高い利用者情報を確実に把握しています。身体的な変化があれば、看護師が分かるように「青色シール」を、また服薬が出ている利用者は「赤色シール」をケースファイルの表紙に張り付ける等、適切なサービスが提供できるように工夫しています。デイルームにも同じ情報ファイルがあることを示すシールを、ファイルの背に貼り、職員間で情報共有を確実にしています。 25. 利用者の家族等とは送迎時に直接情報交換を行っています。利用者の詳細な健康状態等の重要事項は、看護師が記入する連絡帳で家族に報告しています。個別機能訓練対象者は、3か月ごとに機能訓練士が利用者宅を訪問し状況を伝え、家族等との情報交換を行っています。			
(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)

26.「感染症予防委員会」を設け、感染症の予防・まん延防止マニュアルを作成し、毎年研修を実施しています。安全衛生委員会で産業医、保健師からアドバイスを受け、職員会議で全員に周知するとともに、新しい情報等があればマニュアルの更新を行っています。利用者には、送迎時に自宅での検温等感染対策を行うとともに、事業所では空気清浄器の設置をはじめ、デイルーム内の消毒、換気等を実施し、職員全員で感染対策に取り組んでいます。感染予防セットとして、マスク・フェイスシールド・手袋・消毒薬を常備し、支給しています。

27.施設の各事務室、浴室、デイルーム等は、全て良く整理・整頓・清掃されており、衛生管理が徹底されています。館内の各部屋に空気清浄機を設置し、換気も徹底されています。厨房は、絶えず清潔に消毒・除菌等がされています。浴室・トイレには、オゾン発生器で空気清浄を行い、臭気対策にも配慮しています。浴槽のレジオネラ菌検査も定期的を実施しています。

(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)		28. 事故・緊急時の対応マニュアルを作成し、毎年緊急時対応の研修・訓練を実施しています。責任分担及び連絡フローを作成し、全職員に周知しています。損害保険にも加入しており、事故発生時には速やかに対応しています。AEDを1階受付に設置し、緊急時対応に備えています。 29. 事故発生時には、適切に対応した上で本人や家族に説明し、必要に応じて保険者や関係者に報告しています。事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成し、対応記録が適切に記録されています。また、発生した事故やヒヤリハットは、デイ会議で事故原因と対策について検討しています。ヒヤリハット報告は、職員個人の始末書ではなく事業所全体の課題であるとの認識のもとに、ヒヤリハット報告用紙を書きやすいフォームに変えることも検討しています。 30. 非常災害時対応マニュアルを作成し、対応責任者や指揮命令系統等を各事務室に掲示しています。事業所は地域の消防署の指導の下、毎年防災訓練を行っています。施設は福祉避難所でもあり必要量の水や食料の備蓄も行っています。また、地域の防災訓練や講演会に参加し、地域との連携に努めています。大阪府北部地震のあと、地震時のデイ利用者への対応について、マニュアルの見直しを行いました。		

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

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)	31. 利用者の人権や意思を尊重した利用者本位のサービス提供を、法人の理念や事業所の運営方針に掲げて実践されています。2年に1度、利用者満足度調査を実施し、これら利用者の人権や自尊心を尊重したサービスが提供できているか確認し、改善に取り組んでいます。「身体拘束禁止・虐待防止委員会」を設置し「高齢者虐待防止法」について定期的に研修を実施、虐待防止についての具体策を職員に周知徹底しています。理念に「老人」という表現があり、時代に合っていないという認識のもと、表現の変更も検討しているとのこと。 32. 利用者の心身の状況如何にかかわらず、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供が職員に周知徹底されています。プライバシー保護について、毎年の全体研修計画に実施担当者が明記されて組み込まれています。休憩室での排泄介助や更衣の際には、カーテンや衝立により利用者のプライバシー保護や羞恥心に配慮しています。浴室を改造した際に、脱衣所カーテンレールも工夫し、利用者同士がお互いに見えない様な動線を確保することが可能になったとのこと。 33. 利用申し込みは原則全て受け入れており、定員以上の利用希望以外は断ることはありません。胃ろうなど医療的ケアが必要な利用者も、医師によるケア内容の指示があれば受け入れ、看護師も配置されています。やむを得ず利用を断る場合は、その理由や今後の見通しを丁寧に説明しています。			

(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	A
(評価機関コメント)		34. 利用者や家族からの意向（意見・要望・苦情）を引き出す具体的な取り組みとして、相談苦情窓口の情報は、施設1階の入り口に大きく分かりやすく掲示されています。利用者や家族からの相談・苦情については、サービス改善の機会であることを、管理者を含む各部門・全職種の職員が理解し、意見・要望等については、全体会議等で対策を検討しています。2年ごとにアンケートを実施し、利用者の意向の把握に努めています。第三者委員の氏名と連絡先は、委員の意向により重要事項説明書への記載はできていませんが、施設での掲示には記載されていました。		
		35. 利用者の意向（意見・要望・苦情）に対しては「相談苦情対応マニュアル」に基づいて対応しています。利用者の意向はデイサービス会議で検討され、ミーティングノートに記録され職員間で共有されています。利用者からデイサービスで取り組んだ塗り絵、脳トレなどの続きをやりたいたいの声があがり、検討した結果、職員の発案で保管棚に保管するようにした結果、前回取り組んだ作品をスムーズに出すことができました。利用者も続けて作品に取り組むことができると好評でした。今後、利用者の意見・要望・苦情は、個人情報保護に配慮しながらHP等で公開することも検討ください。		
		36. 事業所関係者以外の第三者を相談・苦情窓口とし、連絡先などを施設に掲示しています。重要事項説明書には行政機関など公的機関の相談窓口の電話番号、対応時間が記載されています。第三者を経由した利用者からの苦情はありませんが、苦情があった場合は相談苦情対応マニュアルに基づき対応する仕組みがあります。介護相談員等の外部の人材は現在コロナの関係で受け入れていません。		

(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	B
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
(評価機関コメント)		37. 利用者に対する満足度調査は2年に1回実施しています。調査の結果は「デイサービス会議」で検証し、改善について検討しています。アンケート結果は「アンケートまとめ」を発行し利用者家族等に周知しています。また、後日、改善結果について会議で検討、評価しています。特に少数意見に注目して検討しています。今後は年1回のアンケートの実施を期待いたします。		
		38. サービスの質の向上に係る検討は、毎月の全体会議で実践的な話し合いが行われています。全体会議の欠席者には、回覧で必ず内容を伝えていきます。他の事業所の評価や取組みなどについては、同法人内の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と情報を共有し、特にコロナウイルスの感染者が発生した時の対応策について、検討しています。		
		39. 自己評価は、特に、虐待防止やハラスメント防止の取り組みに重点を置いて、実施しています。サービス提供の質の向上については、アンケートの実施や研修計画の策定及び各種会議、委員会において検討されています。第三者評価を継続して受けられ、具体的な改善につなげています。		