

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 5 年 4 月 9 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 12 月 26 日付けで支援機構に第三者評価の実施をお申込みいただいた（千春会デイサービスセンター今里）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
(※)

●事業計画等の策定（通番 3）

介護部門の単年度事業計画を策定しています。各種の検討会議や委員会で進捗状況を PDCA マネジメントサイクルで評価（10 月・3 月）し、次年度目標の設定につなげています。利用者満足度調査の結果を受けて、客観的な達成度を FMI（日常生活動作の指標）と DASC（認知機能及び生活機能障害の行動変化評価尺度）を活用し把握しています。利用者の個別機能訓練を機能訓練士の指導のもとで、ボランティアと生活リハビリを含む機能訓練プログラムに取り組んでいます。利用者に手作りのイベントカレンダーを配布し、参加意欲を高めています。事業計画に沿った業務マニュアルを作成し、作成・見直しを現場の職員(各部署の代表者)が一同に集まり、分担で行っています。

●質の高い人材の確保と継続的な研修・OJT の実施（通番 8 通番 9）

職員の採用は法人が一括して行っています。ハローワーク求人を活用し、運営委員会が隔週に就職フェアや企業説明会で募集活動を行っています。毎年、法人主催で初任者研修や実務者研修および受験対策講座（介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員）を開設し、職員のキャリアの向上を支援しています。利用者の口腔ケアを事業所の看護師が法人の歯科衛生士と協働で実施しています。2017 年度より、3 つの理念・5 つの基本方針の実現と 7 つの行動規準の実行を目指し、法人独自の「介護認定制度/介護職員認定制度・上位認定制度」を設置し、年間研修計画に盛り込んでいます。介護職員のスキルの向上を目指し、介護知識や習熟度を図り、介護職員の専門職としての力量を上げています。現在、十数名の職員が介護上位認定資格を取得しています。JR バンビオ（長岡駅 7 階）に研修センターを設置し、専従の研修担当職員が常駐しています。新人職員研修をオリエンテーションマニュアルに沿って、1 週間の座学を実施しています。年間研修計画に沿って、毎月 1 回、全体ミーティング研修（法令義務・法人指定）を実施しています。WEB 研修（お茶の水ケアサービス学院）／専門研修（褥瘡・身体介護等）をテキスト使用

で実施しています。職員はいつでもスマホ等から受講できます。法定研修（感染症・虐待防止・ハラスメント防止・災害対応等）およびテーマ別研修（事故防止・接遇・苦情対応・認知症ケア等）を年間研修計画に沿って実施しています。

●適切な介護サービスの提供

所定のアセスメント様式（PCソフト）活用し、利用者一人一人の心身状況や生活状況等を把握し記録しています。「新規調査票」をもとに「利用開始時対応シート」および「フェースシート／ADL評価表」、「利用者評価／コミュニケーション・高齢者の認知機能・OFM酸素療法等」、「利用者の相談記録」に記録し、利用者のニーズや課題を主治医や専門職と連携し明らかにしています。見直しは定期では3か月毎に行い、入院および心身の状態変化等は必要に応じて随時行っています。

通所介護計画書は、通所サービス個人記録・利用者特記事項・生活機能チェックシートや、サービス担当者会議、電話や日々の会話等で本人や家族等の意向を把握した上で、自立支援の視点に留意し作成しています。通所介護計画を本人、家族等に説明し同意を得ています。

通所介護計画書は介護支援専門員作成のケアプランを基に、サービス担当者会議で収集した他職種（看護師、理学療法士、介護職員等）の意見を反映しています。必要に応じて見直しの際も、専門職への意見照会を行っています。

見直しは、利用者の状況に応じ、定期的及び必要に応じて実施しています。サービス担当者会議や個別カンファレンス等で集約した専門職（主治医・看護師・歯科医・言語聴覚士・理学療法士等）の意見等を取り入れています。

●危機管理体制の充実（通番 28 通番 29 通番 30）

事故発生時は事故対応マニュアルに沿って、インシデントおよびアクシデント報告書を作成し、法人の介護安全委員会や職員の全体ミーティングで検証しています。年間の研修計画に事故防止・緊急時対応をテーマに2回実施しています。また、向日町警察署主催の交通安全講習を受講しています。事故・緊急時の連絡網をマニュアル内のフロー図に示し、責任者に携帯電話で連絡できる体制になっています。

毎月、事故・ヒヤリハットの集計の結果を評価・検討しています。アクシデント報告で、生命への危機、患者・家族の信頼度、システム改善の必要性などを分析し、安全管理委員会や法人上層部に報告しています。法人からの周知文を再度現場にフィードバックしています。骨折などの重大事故については行政に届け出しています。アクシデント報告書にレベルの評価と上司への報告欄に重要度と組織としての対応策を記載し、業務マニュアルの見直しにつなげています。

	年2回、防火・防災訓練をグループホーム（同じ棟の4階・5階）と合同で実施しています。利用者を自宅に送った後（18時頃）、デイのフロアで職員が利用者に扮して、通報・避難訓練や水消火器訓練、ホースを引き出す訓練を自治会長の参加のもとで実施しています。今回は消防署の立ち会い及びチラシを配布し近隣住民にも参加を呼び掛ける予定です。福祉避難所である為、地域の避難者受け入れを想定し、多めの粥・水・レトルト食品・缶詰・懐中電灯・衛生用品などを備蓄しています。また、自家発電装置を設置しています。非常災害・防犯マニュアルに基づいて、防犯用の「さすまた訓練」を実施しています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	●第三者への相談窓口の確保（通番36） 相談や苦情の受付窓口を重要事項説明書に明示し、契約時に説明していますが第三者への相談窓口が設置されていませんでした。これまで、公的機関などから苦情等の報告は入っていません。京都市の介護相談員派遣制度の利用を申請されましたが、今回、抽選で実現が叶わなかったとのこと。
具体的なアドバイス	●第三者への相談窓口の確保（通番36） 苦情解決の体制として「事業所関係者以外の第三者」の設置が望まれています。利用者と事業所とは別の第三者として、利用者からの相談や苦情を聴き、日常的な状況把握と意見傾聴を行い、苦情受付担当者や苦情解決担当者に通知し、助言を行うものと定義されています。公的機関および法人・事業所の窓口については重要事項説明書等で周知し、京都市の介護相談員派遣の依頼もされていますので、外部の相談機関の一つとして設置されては如何でしょう。

※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	2673000523
事業所名	介護総合施設 今里
受診メインサービス (1種類のみ)	デイサービスセンター今里
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5年2月13日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループ ホーム協会

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（千春会）は、医療・介護・保育の事業を運営している。法人の理念に（3つの使命）を掲げ、それを実現する為の基本方針（5つの志）および行動規準（7つの実行）を明確化している。法人のホームページおよび法人・事業所の広報誌に掲載している。職員全員の携帯カードに記載し毎朝礼で唱和し、理念および運営方針等に沿ったサービスを提供している。（各種の委員会や会議録、介護サービス利用者満足度調査結果・職員ヒアリング等で確認） 2. 組織図、会議・委員会図を整備し、各種の会議や委員会を定期的に開催している。介護責任者会議の配下に各種の委員会設置）が、サービスの質向上に向けた検討委員会として機能している。各種の委員会や会議録、介護サービス利用者満足度調査結果・職員ヒアリング等で確認できた。			
(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. 介護部門の単年度事業計画を策定している。各種の検討会議や委員会ですPDCAマネジメントサイクルを用いて進捗状況を評価（10月・3月）し、次年度目標の設定につなげている。利用者満足度調査の結果を受けて、客観的な達成度をFMI（日常生活動作の指標）とDASC（認知機能及び生活機能障害の行動変化評価尺度）を活用し把握している。機能訓練士の指導のもとで、ボランティアとともに生活リハビリを含む利用者個別の機能訓練プログラムに取り組んでいる。利用者に手作りのイベントカレンダーを配布し、参加意欲を高めている。 4. 各部署および職員一人一人の業務レベルの課題と目標を定め、看護職員および介護職員一人一人の力量を評価し、結果等を個人目標管理表で管理し、業務レベルの課題の設定に役立てている。			

(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、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. 送迎車両（利用者定員35人/乗務員・運転部門）を朝5台、夕6台配置し、送迎時の安全性を担保している。年1回、介護保険制度上の諸制度の遵守を「自主点検表」でチェックしている。職員（常勤・非常勤）全てが法令遵守に関わる研修を受講し、また、PC内「しらべるネット」で検索することができる。毎年、ISOの監査を受け是正勧告に応じている。また、職員は法人本部の法律専門家（法人専属の弁護士）および介護部長に相談することができる。 6. 職員は「職員ストレスチェック表」で上長の評価を行っている。年2回、上長が職員個々に対して個人面談を実施し、職員の意向を直接聴き取り、職場環境等の改善に役立っている。 7. 管理者は各種の会議・委員会に参画し、業務日誌や利用者個々の介護カルテ、各種の報告書等で事業の実施状況等を把握している。また、携帯電話を所持し、何時でも職員と連絡がつく体制となっている。		

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
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. 職員の採用は法人が一括して行っている。ハローワーク求人を活用し、運営委員会が隔週に就職フェアや企業説明会で募集活動を行っている。毎年、初任者研修や実務者研修および受験対策講座（介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員）を法人主催で開設し、職員のキャリアの向上を支援している。事業所の看護師が法人の歯科衛生士と協働で口腔ケアを実施している。 9. 2017年度より、3つの理念・5つの基本方針の実現と7つの行動規準の実行を目指し、法人独自の「介護認定制度/介護職員認定制度・上位認定制度」を設置し、年間研修計画に盛り込んでいる。介護職員のスキルの向上を目指し、介護知識や習熟度を図り、介護職員の専門職としての力量を上げている。現在、十数名の職員が介護上位認定資格を取得している。JRバンビオ（長岡駅7階）に研修センターを設置し、専従の研修担当職員が常駐している。新人職員研修をオリエンテーションマニュアルに沿って、1週間の座学を実施している。年間研修計画に沿って、毎月1回、全体ミーティング研修（法令義務・法人指定）を実施している。WEBで専門研修（褥瘡・身体介護等）を実施している。職員はいつでもスマホ等のから受講している。法定研修（感染症・虐待防止・ハラスメント防止・災害対応等）およびテーマ別研修（事故防止・接遇・苦情対応・認知症ケア等）を実施している。 10. 実習の受け入れマニュアルに沿って、JRバンビオに設置の研修センターで専属の担当職員が対応している。これまで、コロナ禍で休止状態であったが、再開の予定である。			
(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. 職員の労働環境に配慮している。就業規則を制定し、本部労務課が有給消化表や超過勤務簿をもとにデータ管理し、有給休暇の消化や超過勤務の適正化を図っている。職員の腰痛予防にリフト浴等を取り入れている。 12. ハラスメント防止について就業規則に明記し、マニュアルを策定し、防止に努めている。ストレス管理表で職員の状況把握に努めている。			
(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. 法人および事業所の概要や情報を法人の理念（3つの理念）とともに、法人のホームページ・広報誌「せんしゅん」、事業所のパンフレット・広報誌「今里」にカラー写真で公開している。 14. 地域のネットワーク機関等と連携し、地域のニーズを把握するとともに、事業所が持つ専門的な技術や情報を地域に提供している。毎年、地域の消防訓練大会に参加し地域と事業所の災害時の安全対策を講じている。月2回、地域包括支援センターからの依頼により地域公民館でプレサロンを開催している。サロンでは10人～20人の住民が茶話会で交流している。オレンジ隊と称した事業所の利用者がマリーゴールドの種入り封筒400枚にぬり絵を描く作業を行っている。また、地域マラソンのオレンジ色のハチマキを作る等、事業所の利用者が関係機関への協力通じてを様々な形で地域との交流を深めている。			

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	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. 地域、利用者・家族等に対し、サービスや法人・事業所の概要についてホームページおよびパンフレット「介護複合施設今里」・広報誌「せんしゅん」等で分かりやすく情報を提供している。事業所の運営規定・重要事項説明書等とともに事業所の玄関フロアに掲示している。問い合わせに対して「連絡記録表」に相談者氏名・相談内容・対応内容・対応者情報などを記録し対応している。また、見学や体験利用には要望に応じている。			
(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. 契約時は利用者・家族等に、サービス内容や料金等について利用契約書・重要事項説明書・料金表等で説明し同意を得ている。サービス開始時や利用中に認知症等で判断能力に支障のある利用者の場合は、成年後見制度の利用をパンフレット等で紹介し、また、居宅支援事業所の介護支援専門員や圏域の地域包括支援センターと連携を図っている。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	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. 所定のアセスメント様式（PCソフト）を活用し、利用者一人一人の心身状況や生活状態等を把握し記録している。「新規調査票」をもとに「利用開始時対応シート」および「フェースシート／ADL評価表」、「利用者評価／コミュニケーション・高齢者の認知機能・OFM酸素療法等」、「利用者の相談記録」に記録し、利用者のニーズや課題を主治医や専門職と連携し明らかにしている。 18. 通所介護計画書を、通所サービス個人記録・利用者特記事項・生活機能チェックシート、サービス担当者会議、電話や日々の会話等で本人や家族等の意向を把握した上で、自立支援の視点に留意し作成している。通所介護計画を本人、家族等に説明し同意を得ている。 19. 通所介護計画書を介護支援専門員作成のケアプラン・サービス担当者会議で収集した他職種（看護師、理学療法士、介護職員等）の意見に基づき作成している。必要に応じた見直しの際も、専門職への意見照会を行っている。 20. アセスメントの見直しを定期では3か月毎に行い、入院および心身の状態変化時等の必要に応じて随時行っている。サービス担当者会議や個別カンファレンス等で収集した専門職（主治医・看護師・歯科医・言語聴覚士・理学療法士等）の意見等を取り入れている。			
(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. 入居者の入退院時に処方箋および処置内容を確認する他、専門職から看護サマリーやリハビリプログラムの情報を書面で得ている。医療機関とサービスの提供事業所が乙訓医師会発行の「在宅療養手帳」で情報共有し、利用者の地域での療養生活を地域の多職種が連携し、共通理解を図り支援している。また、圏域の地域包括支援センターおよび行政、関係団体等とがネットワークを構築している。			

(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、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	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. 業務マニュアルは法人が管理している。見直しは、現場の職員（各部署の代表者）が一同に集まり、分担で行っている。年1回実施の介護サービス利用者満足度調査の結果と事故および苦情等の報告書（インシデント・アクシデントの事例）を反映させ、実践的なマニュアルとして機能している。 23. 朝礼の送り出し事項を申し送りノートに記録し「業務連絡帳」や「通所サービス個人記録」等に記録し、通所介護計画に基づくサービスを提供している。個人情報保護マニュアルを整備し、マニュアルに基づく研修を実施している。不参加の職員は資料を確認後、報告書を提出している。 24. 「業務連絡帳」、「通所サービス個人記録」、退院後のデイサービス再利用の注意事項等で利用者の心身の状態を把握し、職員誰もが対応可能であるように利用者の情報を共有している。職員にサービス担当者会議事録や照会文などを回覧している。 25. 送迎時に本人・家族等に事業所内の情報を提供している。3か月の見直し時には「生活チェックシート」・前回の状態と現在の状態との比較データ・本人および家族等から新たな意向の聞き取りにより利用者にとってより良いサービスにつなげている。			
(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. 常に最新の感染症マニュアルを揃えている。法人の看護副部長によって研修センターで感染症およびPPE等の研修を実施している。 27. 事業所内を整理整頓している。週5日、就労支援の職員が専属で1～5階の複合施設全体の清掃を行っている。定時の清掃を職員のタイムスケジュールに組み込んでいる。他にも随時職員が汚染があれば清掃し、換気や消毒も行っている。5台の加湿付空気清浄器を稼働させている。物品チェック表を活用し、備品管理や加湿器の水の入れ替えなど衛生面の点検を行っている。			

(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. 事故発生時は事故対応マニュアルに沿って、インシデントおよびアクシデント報告書を作成し、法人の介護安全委員会や職員の全体ミーティングで検証している。年間の研修計画に事故防止・緊急時対応をテーマに2回実施している。また、向日町警察署主催の交通安全講習を受講している。事故・緊急時の連絡網をマニュアル内のフロー図に示し、責任者に携帯電話で連絡できる体制になっている。 29. 毎月、事故・ヒヤリハットの集計の結果を評価・検討している。アクシデント報告で、生命への危機、患者・家族の信頼度、システム改善の必要性などを分析し、安全管理委員会や法人上層部に報告している。法人からの周知文を再度現場にフィードバックしている。骨折などの重大事故については行政に届け出している。アクシデント報告書にレベルの評価と上司への報告欄に重要度と組織としての対応策を記載し、業務マニュアルの見直しにつなげている。 30. 年2回、防火・防災訓練をグループホーム（同じ棟の4階・5階）と合同で実施している。利用者を自宅に送った後（18時頃）、デイのフロアで職員が利用者に扮して、通報・避難訓練や水消火器訓練、ホースを引き出す訓練を自治会長の参加のもとで実施している。次回は消防署が立ち会い、チラシを配布して近隣住民にも参加を呼びかける予定である。福祉避難所であるため、地域の避難者含め、多めの粥・水・レトルト食品・缶詰・懐中電灯・衛生用品などを備蓄している。自家発電装置を設置している。非常災害・防犯マニュアルに基づいて、防犯用の「さすまた訓練」を実施している。		

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
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. 法人の理念(3つの使命)、基本方針(5つの志)をホームページや季刊誌に掲載し、重要事項説明書に利用者の意志および人格の尊重を明記している。法人の研修計画に沿って、年2回全体ミーティングで人権擁護・倫理・虐待防止の研修を実施し、全職員に周知している。事業所が実施する「自己チェック表」に人権に関する項目を盛り込み、職員が自らの行動を振り返っている。 32. 業務マニュアルにプライバシー条項を明記し、利用者の状況を大声で言い合わない、オムツ交換時はカーテンで遮蔽する、本人の持ち物（特に紙パンツ・オムツ）が見えないように脱衣籠をタオルで覆う等に配慮している。 33. 看護師の手厚い配置と3階に特殊寝台の浴槽を設置し、医療的ケアの必要なケースを急性期でなければ受け入れている。設備面で入浴が困難となったケースを他のデイサービスから受け入れている。医療をバックに持つ事業者は、胃ろう・腸ろう・気管切開・在宅酸素・インスリン投与等、医療的ケアを要するケースも受け入れている。認知症の進行によりデイサービスでの対応が困難と判断したケースは他の事業所を紹介している。				
	(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)	34. 利用者に作品制作の希望を聞き取っている。外出を希望されるケースが多い。デイサービスの行事に、音楽演奏・落語倶楽部・選べる外出レクなど、バラエティに富む楽しみメニューを企画し、利用者の希望を尊重したカリキュラムとなっている。特に対話を必要とする場合は、自宅への送りを最後にまわし、本人や家族等と自宅に対応している。また、訪問時に介護計画を持参し、要望などを聴き取っている。意見箱を設置している。 35. 「朝の送迎時に早く身支度をして玄関で待っているが、夏は暑く、冬は寒くてかわいそう」の家族の声に応え、急がなくても良いので、送迎車が自宅に着いてから出てきてくれるように伝えるなど家族等の意向に迅速に対応し、記録に残している。利用者宅到着5分前に電話も入れている。意向の解決に法人と調整する必要がある場合はその旨本人や家族に伝えている。アンケート結果をホームページや季刊誌「せんしゅん」、事業所玄関に掲示している。 36. 相談や苦情の受付窓口を重要事項説明書に明示し、契約時に説明している。第三者の設置はなかった。これまで、公的機関などから苦情等の報告は入っていない。京都市の介護相談員派遣制度の利用を申請したが、今回、抽選で実現が叶わなかった。				

(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てている。	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
(評価機関コメント)		37. 年1回「利用者満足度調査」を実施し、公表している。法人本部で集約した結果（グラフ化）を責任者会議で検討の後、各部署に報告している。調査結果で要望が高い機能訓練サービスを次年度の強化目標としている。同時に前年度との比較検討も行い、課題の明確化を図っている。食事に対する要望は法人の管理栄養士が献立に反映させている。 38. 月例の介護責任者会議や全体ミーティングでサービスの向上について検討し、改善事項を次年度の部署目標にあげ、積極的に取り組んでいる。年3回開催の乙訓医師会主催「在宅療養手帳委員会」に出席し、保健・福祉・医療・介護分野の参加者から情報を入手している。また、法人内の他部署の取り組みを介護責任者会議などで入手している 39. 法人は毎年ISO9001の審査結果と法人内の、内部監査の結果を次年度の事業計画に反映させている。質の向上が稼働率に直結し、経営基盤の安定、社会貢献とも深くつながることの認識を法人全体で深めている。京都府の第三者評価は平成28年度に受診している。		