介護サービス第三者評価事業

様式７

アドバイス・レポート

2023 年 3 月 27 日

2022 年 9 月 19 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた**（みやびのそのデイサービスセンター）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

【みやびのそのデイサービス】
1992 年に社会福祉法人フジの会の、2 番めの施設として誕生したのが「みやびのその」です。地上３階の建物の１階にデイサービスセンターと居宅介護支援センターがあり、２階、3 階には特別養護老人ホームとショートステイがあります。建物の中央は大きな吹き抜けになっており、自然光のふりそそぐ気持ちのいい空間です。

特に良かった点とその理由 （※）	**１．よりよいサービスのあり方を一人ひとりが考えるチームです** 主目標達成のために実施された職員アンケートの内容からは、ゲストや家族に喜んでもらおうと、サービスのあり方について一所懸命考える職員の姿が浮かび上がってきました。 フジの会のクレド「求める人材像」の 17 番には「最高のサービスとは何かを求め続けます」とありますが、利用者や家族の要望に応えようとする職員の姿勢は、スタッフヒヤリングからもうかがい知ることができました。それが、みやびのそのデイサービスセンターの大きな強みであると感じました。 **２．苦情への対応が的確です** アンケート調査を毎年実施しており、結果はグラフ化して家族に報告したり、ホームページで公表したりしています。設問には選択式だけではなく記述式の回答欄が設けられており、出された意見の一つ一つに丁寧にコメントを記載し、必要なものに対してはすぐに改善するようにされていました。 また、寄せられた苦情に対しても基準に沿って的確に処理し、機関紙やブログ、玄関受付のファイル、ホームページで公開しています。 重要事項説明書には苦情受付の窓口とともに、苦情ボックスの設置についても記されていました。

	３．関連法令が共有され、調べやすくなっていました 前回の調査で指摘のあった法令の共有と閲覧について改善されていました。各種法令はネット共有パソコンに置かれ、調べやすくなっているほか、紙ベースの法令ファイルも関係資料とともにファイリングされ書庫に保管されています。法令の更新も滞りなく行われていました。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	**１．レクリエーションの充実について** レクリエーションの充実、強化が課題として認識されていますが、まだ模索段階にあるように思えました。議論の深化を期待します。 **２．ヒヤリハット事例の収集について** ヒヤリハットの事例が少ないように思います。少ない要因の検証、対応が必要です。 **３．送迎の時間管理について** アンケートの自由記述欄に送迎車の毎朝の遅れを指摘するクレームがありました。改善が必要です。
具体的なアドバイス	**１．レクリエーションの充実について** レクリエーションという言葉には、レクゲームやマス（集団）で行うイベントのようなイメージがありますが、その内容の充実を考えるときには、re-creation の字義に立ち返って、少し広義に捉えてみてはどうでしょうか。 利用者の終盤の人生をどう再創造するのか、デイで過ごす時間をいかに豊かなものにしていくのかを突き詰めると、利用者ひとりひとりの個別性や自発性、いきがい、自己有用感といった価値が大切になるように思います。 たとえば「人にしてもらう喜び」「自分でできる喜び」「人にしてあげる喜び」の３つの喜びがあるとすると、自己有用感は「してあげる喜び」と連動しています。職員アンケートに「洗濯物たたみのように、ゲストが意欲的に取り組めるお手伝いを増やす」という意見がありましたが、意欲的に取り組める理由は、おそらくそれが利用者の「してあげる喜び」を喚起し、役に立っていることが実感できるからだと思います。 利用者＝サービスの享受者という概念に縛られず、柔軟に「やりがい」、「いきがい」の感じられる場面や機会を作っていくことが大切ではないでしょうか。 「再創造」としてのレクリエーションとは、利用者一人ひとりの願いや経

	験をよく聴き、利用者の中に輝く賜物を見つけ出して自己実現をサポートしていくことであるような気がします。 事業計画のための職員アンケートには、さまざまなアイデアが提案されていました。何が正解かはわかりませんし、正解がひとつとも限りませんが、「よりよいレクリエーションとは何か」という問いは、デイサービスの存在意義にも関わる重要なものです。職員同士で今後も意見を交わし、試行錯誤を繰り返して、一定の成果が見えるところまでPDCAサイクルをまわしていただきたいと思います。 **２．ヒヤリハット事例の収集について** ヒヤリハット事例は事故の予防にとって有用な情報です。数を増やす工夫を以下の点に留意して進められてはいかがでしょう。 **①ヒヤリハットの基本的な考え方の周知と共有** 経験の浅い職員では、ヒヤリハットに気づかないことがありますし、気づいてもその意義を理解していなければ、放置される可能性もあります。リスクマネジメントの研修で、ヒヤリハットをテーマに事例などを研究されるとよいのではないでしょうか。 **②報告の奨励** 苦情をゲストからのラブコールと呼んでいるのと同様に、ヒヤリハットの報告にもポジティブで称賛すべきものというイメージを付与できれば、報告者が増えるように思います。報告しても責任追及されない安心感は必須です。 **③手間をかけずに記述できるフォーマットの開発** 記述に手間がかかわると面倒になってしまいますので、できるだけ簡潔に書ける様式にすることが大切です。記述欄を極力減らしてチェック方式にしていたり、ポストイットに記入したり、あえて無記名にしている例もあります。 **３．送迎の時間管理について** クレーム内容は、「毎回１０分程度の遅れがあり、その事によって本人も苛つき、家族も出勤に遅れることがある」というものでした。当事者にとっては重要な問題ですので、改善を検討していただけると嬉しいです。以下のような手順が必要ではないでしょうか。 **①データの収集** ・迎えの時間帯における拠点間の所要時間（最長、最短、平均時間） ・各々の利用者の乗降にかかる時間と待ち時間（最長、最短、平均時間） ・利用者や家族の事情（時間の変動に対する許容度など） **②運行ルート、タイムスケジュールの再設計**

	・収集したデータをもとに、ルート、タイムスケジュールの再設計 ・時間変動の許容度の低い家を前にするなどの工夫 **③送迎システムの導入** ・必要に応じて到着予告やルート作成の市販システムの導入を検討
所　感	**利用率の向上について** きれいな施設で質の高い運営をされているにもかかわらず利用率が低いという点については早急な対策の必要性を感じました。コロナなどの外的要因、他社との競合、ニーズとサービスの乖離、広報手段の是非など原因を突き止めることも大切ですが、原因分析の結果を待つのではなく、併行して事業改善案を試行していくことで見えてくることもあるのではないでしょうか。 全職員が危機意識を共有し一丸となって知恵を絞り、目標にたち向かっていけば、きっと成果が上がると思います。 今回の調査員からは、以下のようなアイデアが出ていましたので参考にしてください。 ・　食事だけ、入浴だけという短時間利用の要望に応える ・　社会的認知度の向上が必要。砂川ホールを活用した地域住民向けの定期イベントの開催 ・　口コミに乗せるには家族のニーズに応える必要がある（たとえば体力測定を実施し数値化することで、機能向上の見える化をはかる etc.） ・　レクリエーションやサービスの個別化を推進するためには人的余裕が必要。地域の各種団体だけでなく、広くボランティアを募集しては？

※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	2670900162
事業所名	みやびのそのデイサービスセンター
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）	介護予防型デイサービス
訪問調査実施日	2023年２月１７日（金）
評価機関名	特定非営利活動法人 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
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、運営方針を明確化・周知しています。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．法人理念の「愛・開・創」は設立以来大切に受け継がれ、法人パンフレットやホームページに掲げられているだけでなく、運営方針や実際のサービス提供に反映されています。理念に基づく職員の行動指針は、「行動基準書」という冊子に詳しく記されており、入職時に全職員に配布され、朝礼や会議の場で読み合わせがされています。また、おもてなしの精神が浸透するように、職員間では利用者のことをゲストと呼んでいます。 ２．組織の意思決定方法は、組織図や決裁基準書に明確に記されています。理事会をはじめ、合同管理職会議、職員会議、デイ会議、ケース検討会議、ナース会議等が定期的に開催され、会議欠席者に対する意見聴取や報告も適切に行われています。職員の声は会議の他に、人事考課面談や中間面談で聴取するようにしています。また、職務分掌表に記載した内容に従って権限委譲され、責任を明確に規定しています。		
	(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．法人の中・長期計画を受けて、デイサービスセンターの中・長期計画があり、単年度計画には数値目標に難易度が示されています。利用者アンケートでは満足度を選択するだけでなく、自由記述によって要望や苦情を細かく聞いており、その意見への対応も適確です。また計画策定にあたって実施された職員アンケートからは、現場職員の課題解決や目標達成に向けた意気込みが感じられました。 ４．毎月のデイ会議や食事会議、２ヶ月に一度の看護師会議などで質の向上や課題解決に向けた協議がされており、それら各業務レベルの課題も職員会議で共有され、事業計画に反映されて課題解決に取り組まれています。		

(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．法令改正等の情報収集については、施設長が統括しており外部研修等にも参加しています。また、職員に向けても内部の研修が毎年実施されています。 　関係法規類は事務所の書庫に配備されていますが、職員が閲覧しやすいようにパソコンの共有フォルダにも整理されており、データの更新体制も整えられています。 ６．施設長は日常現場はもとより、各種会議や委員会に出席し、現場の声を聞いて課題の把握に努めています。 　管理職を評価するしくみではありませんが、毎年行っているストレスチェックの中に集団分析があり、問題があればわかるようになっています。また、職場のコミュニケーションが円滑で、上司に相談しやすい風土があることは、スタッフヒヤリングからも伺い知ることができました。 ７．施設長等の運営管理者は、基本的に事務所で執務しており常に現場の状況を確認できる状態にあります。また、公休時や不在の時にも携帯電話で連絡がとれる体制にあります。緊急時の対応はマニュアルに詳しく記されています。勤務シフトでは、主任と副主任の休みが重ならないように配慮されています。		

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．採用人事に関する課題の共有や目標の設定は、毎月の採用プロジェクト会議で協議されており、法人が目標に掲げている離職率の低減や働き方改革も一定の成果をあげています。採用後の資格取得については必要な情報提供を行い、講座の受講にあたっては勤務調整をしています。また、受験費用等は法人が貸与する形にしており、取得後一定期間勤務すれば返済免除となります。 ９．研修は、各階層別に体系的に計画されています。職種、経験などを勘案し、各人に必要な研修の受講を決めています。外部研修についても情報を把握し必要性を勘案して、勤務調整を行った上で費用は法人負担で参加者を決定しています。研修報告書はしっかり書き込まれ、職場での伝達もできています。新人職員には１年間の0JTがあり、シートを使って年に４回の面談の機会に進捗度を評価しています。また、チームワークなどをテーマに、各人が職場での経験や思いを持ち寄り学び合う機会があります。 10．実習生受け入れマニュアルに沿って、実習指導を行っています。実習指導に当たる職員は、社会福祉士実習指導者研修を受講しています。部署内でも研修を行い、受け入れ体制を整えています。 　これまで中学生のチャレンジ体験、チャレンジ就労体験（障害者の就援支援事業）、大学生のインターンシップの受け入れ等を行ってきました。実習生が、実習中に現場の業務にやりがいを感じ、卒業と同時に就職につながったケースもあります。		

(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. 職員の年次有給休暇、時間外労働の状況については、施設長が管理しています。法人内の管理職会議でも確認し合い、部署内の状況を客観的に分析するようにしています。残業は突発的な出来事によるもの以外、日常の業務ではほとんどありません。有給休暇も計画的に取得できています。育児休業取得の実績があり、法人内の他事業所では男性の取得もありました。介護職員の負担軽減については、腰痛予防研修の実施、腰痛ベルト着用の推奨、移乗用ボードの活用等を行っています。 12. 職員対象に毎年ストレスチェックを実施しており、必要に応じて、産業医や社会保険労務士などに相談できる体制があります。定期的に行われる職員面談やアンケートなどで職員の声を汲み上げ、業務改善委員会で対応を検討しています。 休憩は新型コロナ感染症への配慮から、場所や時間を分けてとっていますが、正規の休憩場所はホールの声が聞こえないリラックスできる場所に設置されています。福利厚生制度としては、保養所の利用や施設の食事券購入費一部補助等があります。ハラスメント規程も整備されており、全職員を対象にハラスメント研修も実施しています。		
(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. 地域への情報開示のツールとしてはホームページやパンフレット、機関紙があります。パンフレットは居宅介護支援事務所に配布、機関紙は社会福祉協議会を通じて地域に配布されています。また、イベント時には自治会にお願いして回覧板等でも案内をしています。藤森社会福祉協議会の餅つきや藤森神社の紫陽花まつりには職員がサポートして利用者も参加しています。 またコロナ前には、地域女性会のボランティア活動もありました。防災訓練には自主防災会など地域の方々も参加されています。 14. 地域の交流会などで、看護師による健康に関する講話や介護職員による筋力アップ体操を行っています。 また、介護全般にわたる相談会を施設で実施したり、オンラインで配信し、地域に貢献するとともに、地域の福祉ニーズの把握に努めています。		

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
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、パンフレットや重要事項説明書で公開しています。 機関紙や毎月の行事予定表と活動状況を郵送し、ブログ、インスタグラムで利用状況を分かりやすく伝えています。見学・相談は随時受付し、記録しています。		
	(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. 利用希望者には、介護サービスの内容や利用料金等を重要事項説明書により説明しています。利用者の権利擁護の取り組みについては適切に対応しています。利用者の利用時間については基本６～７時間対応のみで、短時間設定は実施していません。 　重要説明事項は見えにくい人や聞こえにくい人など、障害のある方にもしっかり伝える必要がありますので、今後のために「合理的配慮」のあり方を検討されてはいかがでしょうか。		
	(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シートを活用し、利用者のADL等の心身状況や生活状態を記録しています。　居宅サービス計画の確認は管理者が実施しています。現在体力測定はされていませんが、握力や歩行能力等を数値化して継続的に管理すれば、ADLの改善に生かせるのではないでしょうか。 18. 居宅サービス計画に基づいて、通所介護計画書を作成しています。通所介護計画作成にあたり、サービス担当者会議等で利用者及び家族の希望を聴き取り、計画に反映しています。 19. 通所介護計画の策定にあたっては、専門家等との意見交換や各部署の意見を集約しています。　外部の理学療法士にリハビリ指導を求めプランに反映させた事例もありました。 20. モニタリングで定期的にプランの見直しを行っています。認定更新時や状態変化の見られる方を抽出し、ケース検討会議で相談担当、看護師、介護士で対応方法等の検討や評価を行っています。たとえば利用者のふらつき等の様子から、福祉用具の利用を提案した例などがありました。		
	(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. 契約時に利用者の主治医等を確認し、医療情報の入手や情報共有をしています。アセスメントシートには、連絡先リスト（主治医・訪問看護ステーション等）を作成しています。退院時には相談員が医療機関より看護サマリー等の情報をもらい関係職員と共有するなど、再び在宅でスムーズな生活できるよう多職種協働・連携に努めています。		

(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. 各職種業務マニュアルは、年１回法人全体で職種ごとに見直して更新を行い、改定日の記載もされています。 　送迎車の運行チェック表が作られていますが、運行時間の記載がありませんでした。利用者アンケートの中にお迎え時間の遅れを指摘する声がありましたので、改善の仕組みを作られてはいかがでしょうか。 23. 利用者一人ひとりの「通所介護計画実施記録書」に、サービスに関する記録を残しています。パソコンのデータ閲覧にはパスワードを設定し、パソコンやケースファイルは鍵付きのロッカーに保管しています。 　記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程も整っています。個人情報の取り扱いに十分注意することについては、採用時研修とその後の法人内研修でも徹底しています。 24. 毎日のケース記録や担当者会議の記録を申し送りとして全職員で共有しています。介護ソフト「ほのぼの」の申し送り記録を確認した職員は、サインや押印を行い、確認できた事を明確にしています。 　体調変化など特に周知が必要な利用者の情報は、口頭にて伝達し速やかに共有を図っています。利用者支援については毎月「ケース検討会議」を開催し、職員間の意見交換を実施しています。 25. 利用者の家族には、送迎時に自宅での様子を聞くとともに、サービス提供時の状況を口頭や連絡帳で知らせています。日常の様子や行事の様子を載せた年４回の機関紙も家族に好評です。 　また、「デイでの様子を主治医にうまく伝えられない」という利用者の相談を受けて、「つながりノート」という主治医との情報共有ノートを作り、情報交換している例があります。		

(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. 感染症対策及び予防に関するマニュアルが整備されています。 　集団感染につながりやすい「ノロウイルス」対応のシュミレーション研修を実施しています。感染が懸念される場面（送迎時・車両等）ごとに感染対策を徹底して、利用者への注意喚起も行っています。 27. 専門業者に害虫駆除、浴槽の清掃及び水質検査を委託しています。日々の施設内の清掃は職員が担っています。物品等の整理整頓も行き届いています。 　館内（ホール・トイレ前）に除菌脱臭器ジアイーノを設置しています。利用者が快適に過ごすことができるように机上にパーテーションを設置する等配慮をしています。		

	(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・緊急時対応マニュアル」が職員全員に配布され、緊急時の指揮命令系統を明確にしています。 　利用者急変時の実践的な対応研修を看護師が講師となって実施しています。送迎時の運転業務に携わる職員に対しては毎年１回、運転技術の確認をしています。 29. 事故発生時には、マニュアルに沿って速やかに家族やケアマネジャーに連絡するとともに、事故報告書を作成し、必要に応じて保険者に報告しています。再発防止にむけて、事故原因の分析と対策を実施しています。ヒヤリハットの記入件数が少ないのが気になりました。ヒヤリハットの情報共有は職員の気づきにつながりますので、書きやすい書式等を検討されてはいかがでしょうか。 30. 防災プロジェクト会議にて、大規模災害に対応したマニュアルを作成しています。災害発生に対する実践的な訓練（火災避難訓練、水災害避難訓練、地震を想定したシェイクアウト訓練）を定期的に実施しています。 　また、福祉避難所として登録され、備蓄品も整備され、懐中電灯・発電機・毛布等を常備しています。		

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
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. 利用者の尊厳は法人理念、重要事項説明書等に明記され職員に意識づけされています。身体拘束禁止が業務マニュアルに明記されています。虐待防止、権利擁護の研修会を毎年１回開催、セルフチェックをして言動のふり返り作業をしっかりしています。言葉使いの「NGワード表」を作成して意識の統一を図っています。虐待を発見したときのフローチャートが整備され、職員間で共有されています。「NGワード表」については、あまり画一的にならず、利用者の意向も取り入れながら改良されてはいかがでしょうか。 32. プライバシー保護についての施設内研修会を年１回開催しています。排泄、入浴時などプライバシー空間に入るときは必ず声掛けをして、羞恥心にも配慮しています。休憩室内の各ベッドにはカーテンで、さらに、デイルームともロールカーテンで仕切り、プライバシーを守りながら適宜デイの活動の様子がわかるよう工夫されています。同性介助についても希望を聞き対応しています。 33. 空き曜日の都合上、希望日の変更をお願いすることはあっても、受け入れ自体を断ることはありません。専門的なリハビリ等の希望で意向に応えられない場合も、「一日体験」をしていただいた上で判断してもらっています。		
	(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てている。	A	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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. 入り口の通路の目につく場所に「ご意見箱、ご意見用紙（匿名）、筆記用具」を設置されていて、車椅子の利用者にも配慮した高さになっています。直接、用紙を職員に渡される方も多いそうで風通しの良さが感じられました。クレームは「ゲスト（利用者）からのラブコール」と定め、全て受け止めるように努力されています。利用者の意向は、サービス提供時に直接、口頭で話されることが多く、家族とは連絡帳を活用されています。個別の相談は、信頼関係を結んだ、利用者にとって親しみやすい職員が応じるようにしています。認定更新時など定期的な担当者会議で意向を確認して、記録して共有しています。 35. 行動基準書にて、利用者の苦情や意向への対応方法を定めています。受け付けた時は、施設長に報告、即座に対策会議を行い、速やかな対応を心がけています。また終礼時等に全員に周知し、記録に残しています。改善状況などは個人情報の保護に配慮した上で、玄関受付の閲覧ファイルで公開するとともに、機関誌、ブログにも掲載し公開しています。 36. 相談、苦情に対する第三者委員を定め、入り口通路のご意見箱そばに、連絡先等を見やすいように大きな文字で掲示しています。「重要事項説明書」に公的な苦情相談窓口の所在地、電話番号を明記して利用者に説明を行っています。受け付けた苦情などは、現状は施設内で解決できていますが、第三者委員にも適宜アドバイスを頂ける体制を整えています。		

(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. 毎年、利用者の満足度を把握するためにアンケート調査を実施しています。結果は職員間で共有し、デイ会議で話し合い、より良いサービスに繋がるようにしています。調査実施に当たっては、内容、項目の見直しを行い、利用者の意見がより反映されるようにしています。集計結果は円グラフで視覚化し、わかりやすくして、利用者や利用者家族に配布し、ブログでも公開しています。 38. 毎月、職員会議、デイ会議でサービスの質の向上にむけて検討を行っています。討議内容は、回覧で全職員に周知されています。法人内の他事業所との合同管理職会議で情報収集を図っています。対応が困難な事例については、毎月ケース検討会議を行い、職員間で情報を共有し、よりよい対応ができるよう協議しています。食事サービスでは、委託業者も参加して「食事会議」を開催して利用者の声を反映させています。美味しい食事を提供することへのこだわりを感じました。希望の多かった外出は、コロナ過で中止していましたが、昨秋「桃山城ドライブレク」を行うことができて、利用者からも好評だったようです。 39. ３年に１回、第三者評価を受診するにあたり、各部署から選出された評価委員が自己評価を行って、サービス向上のための検討をしています。受診しない年度も、三評を受審した他事業所から最新情報を入手して、自己評価を行っています。事業計画に定めた目標については、毎月職員会議で進捗状況を確認しています。各目標には難易度を設定（難易度Ａ、Ｂ）、結果を記載（達成、未達成）して、課題を次年度計画に反映させています。		