

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 5 年 4 月 26 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 9 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（通所介護事業所 丹波高原荘デイセンター）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  
(※)

社会福祉法人丹和会は 1978 年に設立され、高原の町「京丹波町」の地に 1979 年に特別養護老人ホームを開設、お年寄りに「人間らしく豊かな老後を」保障することを理念とされています。そして、10 年後の 1989 年にデイサービスセンターを併設して、「その人らしい暮らしを」求め、利用者も職員も共に生きる「人」として認め合い、共に生きる生活者としての施設づくりをしていき、利用者の主体性を尊重すると共に職員が働きやすい職場環境づくりも大切にされています。地域の人たちと共に、京丹波町の高齢者福祉の一翼を担って来られた法人は、45 年の間社会に貢献されています。

### ○理念にそった利用者への支援

利用者各自が、自宅での生活を豊かにできるように、利用者の自宅での生活の仕方に合わせた機能訓練がおこなわれていました。

### ○職員意見を取り入れた運営

職員アンケートを毎年行い、アンケートにそったヒヤリングを実施しています。介護職員は介護福祉士の資格を 100% 有し、相談員、看護師ともどもプロ意識を持ち、利用者への支援に取り組まれています。

### ○資格取得への支援

資格取得支援は「ケアマネジャーの受験対策講座」を 10 回実施したり、介護福祉士受験のための「京丹波町介護福祉士育成奨学金貸与制度」を活用するように奨励しています。そして、資格取得後は手当として、ベースアップをしています。

### ○広々とした施設と利用者に合わせてアクティビティへの環境づくり

デイセンターはとても広く明るく、通路も広く、利用者はゆったりと過ごしています。また、パズルや画用紙を使っての創作活動。脳トレ、機能訓練、画用紙を切る（創作活動への準備）、洗濯物をたたむなど、利用者は自分好みの部屋で過ごすことができます。希望される利用者全員がベッドか一段高い畳の間などでゆっくりと昼寝ができる様になっています。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番 3. 中長期計画の策定</p> <p>単年度事業計画は、法人として、また各事業所・施設ごとに、詳細に策定されていますが、中長期計画は策定されていませんでした。</p> <p>通番 10. 実習生の受け入れ体制</p> <p>実習の受け入れについての基本姿勢や必要な項目を記したマニュアルは作成されておらず、実習指導者に関する研修もできていませんでした。</p> <p>通番 29. 事故の再発防止</p> <p>事故発生時には適切に対応した上で、事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成し、協議を行い記録されていますが、事故原因や対応方法の分析が行われず、その後の経過が記録されていませんでした。</p> <p>通番 30. 災害発生時への備え</p> <p>災害対応マニュアルは整備され、指揮命令系統が明記されています。また、職員にも周知されていましたが、マニュアルに基づいた研修と訓練が実施されていませんでした。また地域との連携を意識したマニュアルの作成や訓練ができていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 3. 中長期計画の策定</p> <p>法人として、事業の進捗状況を分析検討されながら3年後、5年後、10年後の展望を持っておられます。令和5年度の単年度事業計画の作成時に中長期計画の必要性について議論され、作成に向けて検討中とのことですが、法人の役職員や幹部職員だけではなく、職員や利用者にも法人の将来展望を見える化して、一緒に将来展望ができるように取り組まれることを期待します。</p> <p>通番 10. 実習生の受け入れ体制</p> <p>実習はコロナ禍で、中止になっていますが、福祉人材育成のための社会的責務として、受け入れに当たっての基本姿勢やマニュアルの作成などで、実習生の受け入れ体制を整備されることを期待します。</p> <p>通番 29. 事故の再発防止</p> <p>事故発生時の対応の評価、マニュアルの見直し、再発防止などのためにも、分析が必要です。事故原因や対応方法の分析や事故発生時以降の経過の記録もされることを期待します。</p> <p>通番 30. 災害発生時への備え</p> <p>職員の安否確認、連絡には一斉メールが発信されていますが、災害はいつ発生するか知れず、利用者がデイセンター利用中に発生するかも分かりません。帰宅困難な事態が起こる場合など、あらゆる危機的状況を想定して、マニュアル整備や訓練をおこない、対策を講じられることを期待します。</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	2671500094
事業所名	通所介護事業所 丹波高原荘デイセンター
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)	なし
訪問調査実施日	令和5年3月24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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 創設時の熱き思いでもある、お年寄りに「人間らしく豊かな老後を」保障することを法人の理念とし、ホームページやパンフレットに掲載している。また、デイセンターの事業目標を作成し、理念ともども玄関に掲示している。事業目標は毎年、事業計画にそって見直している。運営方針は運営規程に明示し、契約時に理念とともに、利用者・家族に説明をしている。在宅生活に必要な心身機能の維持向上につながる個別機能訓練で、自立した生活が続くようにしている。家族にはデイセンター便りを毎月送り誕生日にはデイサービスで写した写真をファイルに入れて渡し、デイセンターの理念にそった取り組みを知ってもらえるようにしている。職員には理念について年度当初や中間総括で説明している。（議事録を確認した） 2. デイセンターの職員会議（月1回開催）で出された意見を、各事業所の主任で構成される法人運営会議（月1回開催）に持ち上げ、調整・連絡・協議のうえ、月2回開催される管理者会議に提起して確認と協議をし、理事会で承認を得ている。また、管理者会議で決定されたことは法人運営会議を通して、職員会議で下ろされる流れで、職員の意見が反映されている。職務分掌表で職務に応じて権限を委譲されていることを確認する。		
	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	B
	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. 法人の単年度事業計画とデイサービスの単年度事業計画は詳細に策定されていたが、中長期計画は策定されていなかった。令和5年度の事業計画作成時に中長期計画の必要性について議論をし作成に向けて検討中である。利用者アンケートでサービスの内容・食事・対応・環境についての満足度を聞き取り現状を分析している。今年度の課題には1月の寒波で特に寒さが厳しく、利用者の「底冷えがする」との声に、大きいストーブを追加購入することで反映している。また、計画の策定や課題の明確化は毎月の職員会議や上半期・下半期の総括で話し合い、職員の意向が反映される仕組みとなっている。 4. デイセンターの職員会議で、事業計画にそって事業目標を作成し、各担当係が、事業計画に基づいたサービス提供が実施できているかを上半期・下半期の総括で確認している。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						

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	B
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. 管理者は法令遵守の観点で、集団指導（資料を基にズーム）やワムネットで資料を収集し、職員には申し送りの時や職員会議で、遵守すべき法令などの改定や新たに設けられた法令などを報告している。特に必要な事は付箋を貼り、マーカーで印をつけて周知しているが、リスト化や直ぐに調べられる体制にはなっていなかった。就業規則に服務規律や職務倫理を掲載して職員に周知している。自主点検表は管理者が作成して職員に回覧している。</p> <p>6. 管理者の役割と責任については業務分掌表に記載し、職員会議で表明している。また、事業所の運営方針を決定する際には、管理者は法人運営会議に参画して意見を述べている。管理者は職員の意見を職員会議や職員アンケート、個人面談で把握し、運営に反映させている。また、職員アンケートで「管理者の業務の仕方について」の項目により、職員からの信頼度を管理者は把握している。相談員・看護師・介護職員（介護福祉士資格100%）はプロ意識に徹した仕事に向かう視点で、職員アンケートでシビアな意見が返ってきている。</p> <p>7. 管理者は計画作成や介護職を兼務しており、事業の実施状況を把握できるところで業務をおこなっている。また、携帯電話を所持し、常に連絡がとれる体制ができています。現場を離れていた時は日誌や苦情・事故報告書で、状況把握をおこなっている。緊急時連絡網を直ぐに確認できる電話の横に置いておき、不在時は副主任2人から、連絡が入り、管理者の指示を仰ぐ体制になっている。管理者からは副施設長、施設長に報告をしている。</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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		<p>8. 人事管理に関する方針は、令和3年度の事業報告の中で、令和4年3月31日の職員体制表を明記して、人員配置規準+αの人員配置をおこなっている。常勤・準職員・非常勤の比率も明確にして、介護職員は介護福祉士資格を100%所持し、専門性を生かしたケアに取り組んでいる。資格取得支援は「ケアマネジャーの受験対策講座」を10回内部で実施したり、介護福祉士受験のための「京丹波町介護福祉士育成奨学金貸与制度」を活用するように奨励し、資格取得後は手当として、ペースアップをしている。</p> <p>9. デイセンターの内部研修は年間計画を作成して、毎月職員会議で研修を実施している。段階的な研修は京都府福祉人材・研修センターの研修に参加をしているが、デイセンターからはコロナ禍でもあり、今年度は参加できていなかった。丹和会法人の研修体系を作成途中である。外部研修は情報収集を管理者がおこない、職員に周知している。参加に向けて勤務調整や公費で参加させレポートを作成のうえ会議で伝達をしていたが、コロナ禍で参加が出来ていない。職員の「気づき」を大切に、申し送りや会議で話し合っ学びにつなげるようにしている。</p> <p>10. 実習の受け入れについての基本姿勢や必要な項目を記したマニュアルは作成されず、実習指導者に関する研修も実施できていなかった。実習はコロナ禍で希望者が無く中止になっている。以前に京丹波町社会福祉協議会の企画で夏休み体験学習として「中・高生の実習体験やジュニアボランティア体験」を受け入れていたことがあったが、その時の体験者の内から二人を職員として採用できたという嬉しい成果があった。福祉人材育成のための社会的責務として実習生の受け入れ体制を整備されることを期待する。</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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
				<p>11. 有給休暇の消化率や時間外勤務のデータは、管理者と副施設長とで管理をして分析・検討をしている。三六協定を職員と結び、時間外労働は本人の申請制で15分から手当てがつくようになっている。職員アンケートをもとにヒヤリングをおこない職員の意向を把握している。育休・介護休暇は就業規則に明記し、必要時には取得している。職員の負担軽減につながる機器は、移乗リフトや機械浴、電動ベッドなどが使われている。</p> <p>12. 年1回健康診断とストレスチェックをおこない、事務主任がストレスチェックを集計・分析のうえ、産業医の面談へとつないでいる。また、管理者も職員アンケートをもとに面談を実施し、京都府民間社会福祉施設職員共済会に加入し、相談が受けられるなど、相談の機会を多く持っている。福利厚生は法人内に互助会があり、誕生月に特別休暇の付与や親睦会・慶弔費などがあり、京都府民間社会福祉施設職員共済会では映画のチケットが配布され、また、生活の利便性に伴う補助が受けられる。休憩場所は広い部屋にソファを置き、ウレタンクッションが敷かれ、湯茶のセットがあるなど、リラックスできる環境にある。就業規則にハラスメント防止規程を明記し、担当理事を設置している。</p>		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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。	B	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。	B	B

	(評価機関コメント)	<p>13. 事業所の概要や運営理念はホームページで開示し、パンフレットやデイセンター便りは居宅事業所に設置している。情報の公表制度はファイル化して、フロアと玄関に置いている。地域の情報や行政からのお知らせなどは掲示板に掲示して、利用者に知らせている。利用者が地域の行事や活動への参加希望をされた時は、行事を組み替えて行くこともある。(今はコロナ禍で出来ない)</p> <p>14. 地域ケア会議に参画をして、福祉ニーズの把握をおこなっているが、コロナ禍で実施が出来ていない。地域のニーズは、住民の高齢化が進み、出かける交通手段がなく困られていることを今後の課題とされている。法人としては、配食サービス事業を40件おこない、配食と見守りを兼ねて365日実施し、喜ばれている。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		15. 事業所の情報はホームページ、パンフレットでサービス内容を分かりやすく説明している。見学希望者には送迎を行い、1日体験ができる体制にある。体験時の様子を記録し、ミーティングで情報を共有している。体験された方、全員が利用につながっている。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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、契約書、重要事項説明書等でサービス内容を説明している。料金は別紙に保険サービス内、外サービスを詳しく記載し、利用者、家族に説明し署名を得ている。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用が必要と思われる場合は、居宅介護支援専門員に連絡し、利用者の権利擁護のために対応している。			

(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)		<p>17. アセスメント様式は科学的介護情報システムLIFEを活用している。退院時カンファレンス、担当者会議に参加して必要な情報を得ている。利用契約時に利用者、家族に面談し、利用者の心身や生活状況を把握してアセスメント様式に記入している。また最低でも3ヶ月に1度はモニタリングをおこない、主治医、機能訓練士等の意見を踏まえて再アセスメントを実施している。</p> <p>18. 利用者、家族が参加するサービス担当者会議に出席し、利用者、家族の希望を確認し、アセスメントをおこない、居宅介護支援専門員が作成する計画に基づき、個別援助計画を策定している。サービス提供内容を利用者、家族に説明し同意を得ている。</p> <p>19. サービス担当者会議で他職種（医師、看護師、機能訓練士、医療ソーシャルワーカーなど）から意見を聴取し、個別援助計画に反映している。利用者に変化があった場合などは、すぐに介護支援専門員や医療ソーシャルワーカー等に連絡をおこない、連携を図っている。</p> <p>20. 個別援助計画には見直しの時期を明記し、担当者が3ヶ月に1度は自宅を訪問し、モニタリングを行いカンファレンスで協議し、計画の見直しをおこない、結果は本人や家族に説明している。変更した計画書は居宅介護支援専門員に照会している。状況に変化がある場合は、介護支援専門員や主治医等に意見照会し、見直しを行っている。</p>		

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. 医療ソーシャルワーカー、訪問看護師、居宅介護支援専門員等を通じて、意見交換をおこなうことが多く、場合によっては担当者会議に医師が参加し、直接意見を聞く機会もある。他事業所や施設などの関係機関、団体のリストを作成し情報交換をおこなっている。地域ケア会議に参加し連携体制を確保している。入院時には情報提供を、退院時には退院時カンファレンスに参加している。		

(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。	B	B
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。	B	B
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. サービス提供に関わる業務マニュアルを実用的な表現で作成している。マニュアルは棚に整理して置き、職員はいつでもマニュアルの確認ができる。内容を変更した際には研修をおこない周知している。ただし、見直しの基準がなく改定年月日、改定理由、定期的な見直しの記載がされていなかった。ヒヤリハットや苦情等も見直しの一つとするように設定され、年に1度はマニュアルの見直しをされる事を期待する。</p> <p>23. 科学的介護情報システムLIFE活用とともにサービス提供記録は個別に利用日ごとに記録されており、業務日誌、申し送りノートにも記録している。各種記録は施錠できる専用棚で保管し、書類の保存、持ち出し禁止、廃棄は文書管理規程に定められている。ICT委員会を設立し利用者の情報共有化、支援・援助強化を進めているが、個人情報保護の教育研修がおこなわれていなかった。</p> <p>24. サービス計画の内容は毎月のカンファレンスで検討・協議をおこない、全職員が情報を共有している。出勤時に日誌を全職員が確認しサインをしている。そして、朝・夕のミーティング、職員会議録でも情報共有している。PCの情報は個々のID、パスワードで確認できる。</p> <p>25. 同居家族には送迎時に健康状態等の確認をおこない、利用中の様子は連絡ノートに記載するとともに直接報告している。モニタリングの際に自宅を訪問して直接話を聞き、結果の報告は書面でもおこなっている。遠方の家族には電話などで連絡し合っている。看護師、機能訓練士も連絡ノートで情報を伝え、全利用者に配布するデイ便りでも情報の発信をしている。</p>
------------	---

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. 感染症対策・予防のためのマニュアルを作成し学習会をおこなっている。感染力の強いノロウイルスに対しては疑わしき症状が見られた場合、すぐに対応するために物品セットを準備している。コロナウイルス対策については特に繰り返し学習会をおこない、職員や利用者への周知に努めている。ワクチン接種、抗原検査、検温、手洗い、消毒の徹底と換気等に配慮している。施設は広く密にならない環境にあるが、席の配置等の対策をおこなっている。コロナウイルス以外の感染症が疑われる場合は個別送迎、個室対応をしている。</p> <p>27. デイセンターはとて広く明るく、利用者は自分の好みの部屋で過ごすことができる。利用者全員が、ベッドか一段高い畳の間などでゆったりと昼寝ができるようになっている。事業所内は物品の整理整頓され、浴室、トイレも清潔感があり、加湿器の活用、換気対策や臭気対策ができています。清掃、消毒は業務終了後に職員全員でおこない、掃除が行き届いている。厨房は調理が委託のため数時間の利用だが、専門業者が2カ月に1度清掃、消毒をおこなっているのを作業終了書で確認できた。</p>		

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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>28. 事故や緊急時の対応マニュアルが作成され、研修をおこない、職員に周知している。緊急時マニュアルには指揮命令系統が明記され、送迎車内にも設置している。事故発生時は報告書への記入、職員会議で原因、検討を行い予防策を相談している。</p> <p>29. 事故発生時には適切に対応した上で、利用者や家族に説明し、事故報告書やヒヤリハット報告書を作成し、協議を行い記録している。必要に応じて保険者や関係者に報告をしている。事故原因や対応方法の分析がおこなわれず、その後の経過などの記録をされていなかった。事故時の対応の評価、マニュアルの見直し、再発防止などのためにも、事故の分析が行われる事を期待する。</p> <p>30. 災害対応マニュアルは整備され、指揮命令系統が明記されている。マニュアルの内容は職員に周知されているが、マニュアルに基づいた研修と訓練が実施されていなかった。また地域との連携を意識したマニュアルの作成や訓練ができていなかった。職員の安否確認、連絡には一斉メールが発信されることとなっている。しかし、災害はいつ発生するか知れず、利用者がデイセンター利用中に発生するかも知れず、帰宅困難な事態が起こるかも知れません。あらゆる危機的状況を想定して、マニュアル整備や訓練をおこない対策を考慮されることを期待する。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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。	B	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。	B	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. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供をおこなうことを理念や運営方針で明確にしている。法人の身体拘束廃止委員会が中心になり、職員に日頃の介護を通じて感じていることのアンケートを取り、知らず知らずのうちに身体拘束に当たるのではないかと、気づきや振り返りをする学習会を持っている。「身体拘束の研修」や「高齢者虐待防止法に関する研修」は、資料を基に各自で学習の上、押印している</p> <p>32. 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援の方法はプリントを作成して全職員に配付し、各自で学び押印をしている。日々の支援は排泄や入浴時の声の掛け方、一人用浴槽への入浴、カーテンの設置、同性介助を心掛けるなど、プライバシーや羞恥心への配慮を徹底している。</p> <p>33. コロナウイルスの影響もあり、利用者が集まりにくく、条件が合えば全員受け入れている。</p>			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者・家族からは契約時の面接や送迎時、利用者アンケートで意見や要望を聞いている。利用者となじみのスタッフや相談員に相談をされることが多いので、相談しやすいように配慮している。意見・要望・苦情がサービス改善の機会と意識をして、利用者への個別面談や利用者アンケートを定期的実施している。</p> <p>35. 苦情対応マニュアルで、利用者の意向に対する対応方法が定められ、苦情委員会を作って担当を置いている。苦情や相談は記録をして全職員に周知し、サービス提供時にいかしている。意向や改善状況については公開できていなかった。公開することで、同じように思っている家族の共感が得られ、事業所への信頼につながるので、プライバシーに配慮しつつ公開されることを期待する。</p> <p>36. 第三者の相談窓口や公的機関の相談窓口は別途資料に明記し、家族にも説明のうえ配布している。また、事業所内の掲示板に掲示している。また、介護相談員等はコロナ禍のため、現在は受け入れていなかった。</p>			
	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。	B	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年に1回は利用者満足度調査や利用者への聞き取り調査を、スタッフが自宅に行って実施している。利用者から聞いたことは検討会議で、分析・検討した結果、今年度は大きいストープの増設をしている。</p> <p>38. 職員会議や法人運営会議を毎月開催し、サービスの質の向上に関わる話し合いをおこなっているが、検討した経過や結果などの具体的な取り組みに結び付けられた議事録の確認ができなかった。施設長は地域の管理者会議に出席して、他事業所の取り組み内容や情報を収集して、自事業所の取り組みとの比較検討をしている。</p> <p>39. 第三者評価は3年に1回受診しているが、サービスの質の向上を振り返る自己評価はおこなえていなかった。評価をおこなう担当部署は職員会議や検討会議でおこなっているが、前回の第三者評価の改善点などの記録が確認できなかった。今回の第三者評価の結果にそった課題や改善点などを計画化して取り組まれることを期待する。</p>			