

アドバイス・レポート

令和 5年 12月 8日

令和 5年 5月 11日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（デイサービスセンター希繫）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>【施設の概要】 デイサービス希繫（きずな）は、平成21年に地域に信頼される事業所を目指して設立された特定非営利活動法人ケアリングが母体となって、平成30年に地域や行政の後押しもあり、事業をより安定的に運営していくために、理念「いつも笑顔で、自分らしくいきいきと・・・、地域と共に、あなたと共に歩み続けます」の基、社会福祉法人みその会を立ち上げ、デイサービス事業を開始されました。小規模ながら専門職（理学療法士、管理栄養士）の充実を図り、多彩なレクリエーション（屋外外出、日帰り旅行、自家菜園等）を提供し、事業所の特性を活かしたサービス提供に努めています。</p> <p>1. 地域との関係を大切にされています ○地域と共に歩むことを事業所の名前（希望を繋ぐ・希繫）と理念・運営方針に掲げ、町内会開催時の事務所の提供・講師の派遣、地域交流スペースのカラオケルーム使用など、いつでも地域の人達が集まれるような場所を提供しています。また、地域の防災訓練での炊き出し、祭りの手伝いに参加するなどし、ネットワークづくりに協力しています。 ○地域の要望でグループ法人が事業所横に設立した喫茶店は、利用者と家族・民生委員・婦人会の人達の利用や老人会の定例会の開催に使用するなど、地域の人達の交流と情報交換の場となっています。 また、デイサービスを利用中の利用者が外出で喫茶に行くことで、地域の人達がデイサービス事業の内容に直接触れることができ、事業所との関係づくりに役立っています。</p> <p>2. 利用者のニーズに寄り添ったサービスの提供に取り組まれています ○多彩な選択レクリエーションなど、利用者のニーズに寄り添ったサービスが提供されています。春と秋に季節を楽しんで頂くため、バーベキューが提供され、玄関前のスペースで室内とは違った雰囲気を利用者全員が食事するようにしています。また、手作りおやつ、畑での野菜栽培、食器洗いとから拭き乾燥、昼食材料の買い出しを利用者と一緒に行っています。年間を通して、四季を感じて頂けるよう、外出行事やレクリエーションを行っています。収穫された大根や葉物等を、その日のデイサービスの食材に使用しています。また、室内では、ぬりえ、クロスワードパズル、麻雀、将棋やカラオケを利用者が思い思いに楽しんでいます。クロスワードパズルとぬり絵は、A4サイズをA3に拡大してあり、利用者が見やすく、やりやすいように配慮されています。 ○利用日の振替や、利用時間の延長、急な予定変更にもできる限り対応しています。また、食堂に面した厨房での食事作りでは、調理の音や匂いを利用者に感じてもらう工夫をしています。地域の食材を利用し、季節感を感じられる食事を提供しています。食事形態も、とろみにしてもトロトロにならないよう食感を大事にしたり、薄味になりすぎないように調味料で工夫したりするなど、管理栄養士が、利用者のリクエストに細やかに対応しています。 ○機能訓練室には、理学療法士・看護師が常駐で勤務し、リハビリテーション施設並みに、訓練用機器が充実しています。ここを利用して、小グループによる体操、機器を利用した個別リハビリにも、機能訓練指導員（理学療法士）のもと、積極的に取り組んでいます。</p>
-----------------------------	---

	<p>3. 小さな組織の特性を生かした業務運営がされています</p> <p>○施設長（管理者）も現場に入り、運転業務も兼務し、自らが送迎を行っています。職員との意思疎通がよく図られ、利用者情報が共有されています。</p> <p>○フラットな管理体制のもとに、課題を現場で共有し、利用者の希望・意向等に迅速に対応しています。利用者から、来所時に急に「買い物で外出したい」と希望された時にも、現場で上司にすぐに伝え、検討し、時間を調整して対応しました。</p> <p>○デイルームは、利用者全員に目が行き届く広さで、利用者の困った様子や行動状況などを把握しやすく、不安の解消や安全への配慮に繋がっています。</p> <p>○施設長が理学療法士であり、管理栄養士は調理担当をしていますが、介護福祉士でもあり、経理や介護報酬申請等の事務も行っていきます。職員はお互いの仕事内容を理解し、すぐに支援に入れる組織体制ができています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 中・長期計画を踏まえた事業計画の策定とPDCAサイクルについて</p> <p>○中・長期計画を踏まえた単年度事業計画の造りにすることが必要です。また、事業ごとの業務課題を設定し、課題を達成するための進捗管理やPDCAサイクルの実施は、欠かせないものです。</p> <p>2. 業務課題の把握と各種委員会機能について</p> <p>○委員会（2種類の委員会）と各種委員（7種類の委員）が設置運営されていますが、業務内容の多くは、職員会議で協議され、対応されています。現状は、各種委員会が十分に機能せず、専門的に業務課題を把握・検討するまでに至っていません。また、権限委譲の面からも、課題別専門委員会の設置が必要と思われるます。</p> <p>3. 各種記録の管理と保管について</p> <p>○各種マニュアル、会議録等書類に関して（各種会議やマニュアルの検討会等について）、会議録作成の徹底と適切な保管および管理が必要です。マニュアル見直し時期の記載をすることや保管庫の毎日の施錠確認について、徹底をお願いします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業計画の策定とPDCAサイクルについて</p> <p>○法人・事業所の理念・運営方針の実現に向けた、具体的な目標を掲げ、その達成を目指した中・長期計画の基に、事業所の単年度計画を立案する必要があります。そして、事業計画の課題を解決するための実施計画（行動計画）を策定し、達成度の進捗管理をすることにより、残された課題を次の単年度事業計画に反映させることが出来ます。このためには、業務上の課題を職員全員がまず認識し、PDCAサイクルを回すことで、目標達成に向けて着実に取り組むことができると思われます。</p> <p>2. 業務課題の把握と各種委員会機能について</p> <p>○現在の委員会および委員を専門性のある委員会として、一定の権限を与え、課題の解決に専門的に取り組むことで、職員の知識、業務意欲の向上に繋がり、業務の効率化、サービスの質の向上に繋がっていくと考えます。その他にも組織として各種課題に対応するために、専門性の高い委員会の設置が必要と思われるます。とりわけ、業務改善委員会の設置運営は急務と考えます。</p> <p>3. 各種記録の管理と保管について</p> <p>○各種書類の適切な保管と管理は、事業継続性の上でも大変重要な課題です。業務改善委員会の設置とともに、適切な管理と保管の体制の構築をお願いします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673400236
事業所名	デイサービスセンター希繫
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	令和5年10月18日
評価機関名	

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思決定を行い、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. 理念・運営方針等は、パンフレット・定款・HPに明示されています。毎年度初めに講師を招き、法人理念について全職員に研修を行っています。事業計画には、理念・運営方針等が第一面に記載され、これらに沿った計画が策定されています。名刺の裏面、利用者・家族への連絡帳にも掲載し、周知を図っています。 2. 理事会、運営会議、経営戦略会議、職員会議、財務監査報告会が定期的に行われ、理事・管理者・職員等が出席する案件別の会議体系ができています。毎月の職員会議で出された意見は、管理者等が出席する運営会議等の上席会議で検討されています。職務権限を明確にした職務分掌規程があります。		
(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質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把握と目標の設定	4		各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	B
	(評価機関コメント)			3. 単年度計画、中・長期計画と、それぞれの事業計画が策定されていますが、中・長期計画は、単年度計画の上位計画として位置づける必要があります。業務上の課題や運営状況を検討し、運営方針等の実現に向けた具体的な目標が、設定されています。今後は、職員全員が目標達成に取り組むため、達成度の評価等の仕組みも、必要かと思われます。ICTの導入も、今後の検討課題です。 4. 各部門、各職種において、サービスに対する課題が把握され、計画の中で位置づけられています。しかし、計画の評価や見直しをするための仕組みが、明確ではありませんでした。事業計画を実施していくためには、課題ごとの実施計画の策定が必要であり、それに基づいた進捗管理シート等を作成され、進捗状況を把握されてはいかがでしょうか。		

(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。	B	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため事業運営をリードしている。	B	B
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、京都府集団指導や京都府老人福祉施設協議会の研修に参加するとともに、独自でも、関係法令についての情報を常に収集して、職員にも周知しています。現在、PC等を利用したリスト化を検討しています。管理者は、職員に対し、職員倫理規程を、毎年度当初に説明し、法令遵守についても徹底を図っています。</p> <p>6. 職務分掌規程には、役割と責任が規定されており、職員に周知されています。定期的に、運営会議・経営戦略会議・職員会議が開催され、管理者等が出席して意見を述べています。毎年定期的に、職員面談を実施し、職員が作成する報告書（「いいところ 悪いところ」）を基に、意見を聞いています。管理者自らを評価する仕組みは現在ありませんが、ラインを使用した匿名の職員アンケート等の実施を検討しています。</p> <p>7. 管理者は事業の実施状況を常に確認できる場所で、業務を行っています。事業所を離れる時にも、携帯電話で、常に連絡が可能な状態にしています。報告書、業務日誌でも、業務状況を確認しています。事故等の緊急事態に対応する各種マニュアルがあり、BCP研修やシミュレーションを実施しています。</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						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	B	B
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>8. キャリアパス制度を設け、人事規程の中で職務分掌や給与体系を明確にし、職員に周知しています。資格取得を推奨し「業務振り返りシート」で人事評価を行っています。毎年の個人面談のなかで、個人目標を確認し、職員自らが将来の姿を描けるように、アドバイスを行っています。理念等に基づく「期待する職員像」を、運営方針や事業計画等に明確にすることで、職員の個人目標も、より具体的になると思われます。</p> <p>9. 法人グループ全体で、効率的な人材確保に取り組んでいます。人員配備計画を基に、加算取得も考慮して、基準以上の配置実施、有資格者・多様な人材の確保を図っています。事業所のPRを、HPやインスタグラム等で行い、職員の紹介による採用には紹介手当を支給するなどの方策を実施していますが、人材不足を解消できない状況が続いています。</p> <p>10. 「きょうと福祉人材育成認証宣言事業所」として、毎年度、研修計画を策定しています。運営会議で研修計画の評価と見直しを行い、次年度の研修内容を協議しています。外部研修情報を提供し、資格取得を推奨するとともに、勤務調整や受講手続き、受講料補助を行っています。個人ごとの研修履歴を管理し、「業務振り返りシート」で、面談時に個別の目標を確認しています。互いの学びを向上させるために、事業所の専門職が講師になって研修を実施しています。</p> <p>11. 「実習の手引き」を作成し、実習の受け入れ等、実施方法を明確にしています。実習プログラムがありますが、法人設立の翌年からのコロナ禍で、受け入れすることができず、実習指導者に対する研修実施は懸案になっています。</p>		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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	B
		(評価機関コメント)		<p>12. 管理者、事務長等が、職員の就業状況に関するデータを管理・確認しています。毎年職員面談を行い、管理者が率先して、職員が相談しやすい環境づくりを心掛けています。小規模な事業所のため、相談窓口はありませんが、管理者、事務長が、一般職員と一緒に現場に出ていることで、声掛けや相談ができる状況ができています。育児休業法等に基づき、男性の育休取得の実績もあります。また、事業所が職員の幼児を預かり、就労の支援をしていたときもありました。介護ソフト等を活用した情報共有やパート職員が自分にあった労働時間で働ける配慮もされています。</p> <p>13. 事業所に隣接した診療所との間で、親密な関係ができており、職員が気軽に悩み等を医師に相談できる環境ができています。管理者、上司が職員と一緒に現場にいて、事業所や職員間に対する要望・不満等を、常時、聞き取っています。社会福祉施設職員共済組合と独自の互助会があります。休憩室は、ゆったりできる大きなソファも設置されていて、快適な環境です。各種ハラスメント規程があり、現在、新たなハラスメントの概念にも対応できるよう、見直しをしています。</p>		

(3) 地域との交流

地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>14. 法人の基本理念、事業所の理念に、地域との連携や事業の目的が記載されています。HP・SNS・パンフレット等で、事業所情報等を発信しています。町内会への参加や祭りの手伝い、地域の要望で開設したグループ法人の喫茶店等で、地域の人々と交流し、地域の情報を収集しています。喫茶店では、月1回老人会が開催されるほか、民生委員、婦人会、家族・利用者も利用しています。防災訓練に炊き出しで参加し、市の人権週間の講師も務めています。</p> <p>15. 市域が広く都心部に比べて人口も少ないことから、ボランティアの協力を得ることが困難な状況であり、マニュアルの作成までには至っていません。職員やボランティアが援助を行う体制はできていて、地域の行事への参加や利用者と地域の人たちとの交流も行っています。行政や学校等の職場体験等は、市内の大規模介護施設が中心的に担っているため、協力できる体制はありますが、受け入れ要請はありません。コロナ以前は、ボランティアの参加がありましたが、現在は募集しても応募がない状況です。</p> <p>16. 地域や地区町内会の会合に参加し、人権研修や講演会を開催しています。健康づくりのための「生き生きサロン」や2つの地域交流スペースに、カラオケルームを設置しています。グループ法人経営の喫茶店は、地域の人達が集いに利用し、住民の悩みや困りごとの情報収集、介護相談の場にもなっています。</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	17	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)		17. HPを8月にリニューアルし、事業内容を検索しやすく表示し、サービス利用料も、利用しようとする人達に分かりやすく掲載されています。SNSともリンクし、デイサービスの食事や行事の写真を見ることが出来ます。パンフレットを見ても、理念・基本方針がわかりやすく記載され、サービス内容も写真と大きな文字で見やすくなっています。情報の内容は、年1回見直しをしています。見学希望や一日利用等にも、随時対応しています。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	18	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。	B	A
		(評価機関コメント)		18. サービス開始時の説明は適切に行われており、アンケートでも確認できました。重要事項説明書には、サービス内容、料金、保険外の事項を記載し、利用者にていねいに説明しています。利用者の判断能力に支障がある場合は、後見人等と契約を結んでおり、権利擁護事業についても説明しています。		
(3) 個別状況に応じた計画策定						
		アセスメントの実施	19	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	20	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
		専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. 初回面接時に、所定のアセスメントシートを使用し、事前に把握した情報とも比較しながら、利用者の状況を記録しています。主治医等の意見を参考に、必要に応じて、サービスを見直しています。ケアマネジャーの居宅サービス計画作成時や面接時に、本人、家族のニーズや課題を聞き取り、個別の特記事項については、個人記録に貼付しています。個別援助計画書は、定期的に見直しを行い、2カ月に1回のモニタリングにより、再アセスメントを行っています。 20. 通所介護計画には、アセスメント結果を基に、利用者・家族の希望に添った目標や支援内容が、記載されています。目標は、達成期間を明確にし、達成可能な内容になっています。通所介護計画やサービス提供の内容を決定する際は、利用者・家族に説明し、同意を得ています。サービス担当者会議には、利用者・家族が参加しています。 21. 専門家の意見等をケアマネジャーから得るとともに、常勤の理学療法士・看護師の意見も反映した通所介護計画が策定されています。サービス担当者会議や退院カンファレンスにも参加しています。 22. 利用者の状況・状態の変化は、日誌にも記載し、朝昼のミーティングでも情報共有し、管理者が総合的に管理する仕組みができています。モニタリングは、2カ月、通所介護計画は、6カ月ごとの見直しに加え、必要に応じて見直しをしています。計画の見直しにあたっては、理学療法士、看護師等専門家の意見を聞いています。変更した通所介護計画は関係職員に周知しています。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	B	B
(評価機関コメント)		<p>23. 主治医や訪問看護師と連携し、情報・意見交換を行い、連絡、指示を受けています。退院時カンファレンスに出席し、退院サマリーは、ケアマネジャーを通じて情報を得ています。関係機関・団体のリストがあり、職員に周知されています。地域ケア会議や南丹市通所部会等、地域の連絡協議会に参加しています。地域包括支援センターや行政とは、密接な関係にあり、常に情報交換を行っています。</p> <p>24. 他のサービスへの移行実績がなく、対応経験がないため、手順書等は作成されていませんでした。サービス終了時の連携方法は、契約書に記載し、適切に相談機関への紹介を行っていますが、担当者や相談窓口を伝えておくことも、サービス継続性の確保のために必要かと思われます。</p>		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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。	B	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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>25. 各種業務マニュアルが作成されており、職員に周知されています。身体拘束禁止マニュアルがありますが、マニュアル全体を通して利用者の尊厳やプライバシー保護等に関する記載が確認できませんでした。また、毎年の見直しによる更新年月日の記載がありませんでした。利用者満足度調査やヒヤリハット報告書の分析結果を事業計画だけでなく、マニュアルにも反映させる必要があるかと思われます。</p> <p>26. 利用者の情報等は介護ソフトを利用し、適切に記録されています。サービス提供結果の状況についても具体的に記録しています。個人情報の取り扱いについては契約書に記載し、利用者・家族に説明しています。各種記録は鍵付きロッカーに保管されており、警備会社の管理ができていますが、毎日のロッカー施錠の徹底は必要かと思われます。個人情報保護規定等による記録管理責任者の設置や保管等の規程の整備、個人情報開示に関する研修についても検討をされることを期待します。</p> <p>27. 利用者の状況等に関する情報は、PCや日誌で職員全員が共有しています。利用者に変化があった場合にも朝昼のミーティングや申し送りファイルで情報共有をしています。月1回の職員会議で利用者の状況について意見交換し、変化のあった利用者はカンファレンスを開催しています。PCのパスワードの設定や閲覧文書が人目に触れない工夫については検討が必要かと思われます。</p> <p>28. 家族等との情報交換は、送迎時や連絡帳で日々の様子を伝えていきます。定期的に関係されるサービス担当者会議に出席し、利用者の日常の様子や事業所の状況を家族等に伝えていきます。直接面談が困難な場合は、電話で意見を聞いたり、説明をしたりしています。また、SNSで活動の状況を発信しています。</p>		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	29	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	B
事業所内の衛生管理等	30	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>29. 感染症対策についての管理体制は、マニュアルの中で明確にし、感染症予防と発生時の対策等について、職員に研修を行っています。マニュアルの内容は見直しされていますが、更新日の記載がありませんでした。感染症が発生した場合には、指示管理や汚染物処理等の対応が、適切に行われています。新型コロナ発生時には、各自が抗原検査キットで確認してから、出社していました。BCP計画を作成し、シミュレーションや具体的対応計画が策定されています。白癬菌等に感染している利用者には、足ふきマットに個人のタオルを重ねるなどし、二次感染を防ぐ対策を講じています。</p> <p>30. 事業所内は整理・整頓され、書類・備品も分かりやすく分類・保管されています。清掃は、職員が毎日交替で、朝・昼・利用者の退所後の3回行い、清潔に保たれています。臭気もなく、オムツ等の廃棄物も、適切に処理されています。掃除の後に、役職者が最終チェックをしていますが、トイレ等の清掃については、チェック表を設置することで、衛生管理がより徹底されると思います。</p>		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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	A
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>31. 事故・緊急時マニュアルがあり、年に1回以上、研修、訓練が行われています。発生が予想される事故対応手順が作成されていますが、事故等の事前防止のための注意点等のマニュアル化の検討が必要かと思えます。また、保険対応内容についても検討をお願いいたします。設備機器類のメンテナンスについても、点検チェック・期間等について、事故予防策のために、マニュアルの検討を期待します。事故緊急時の責任者及び連絡先、系統図が作成され、事務所に掲示されています。事故発生後は、連絡会議で対策等を検討し、マニュアル変更時には研修を実施しています。</p> <p>32. 事故発生時には、マニュアルに基づき対応し、利用者・家族、関係者に連絡し、説明をしています。事故発生記録・対応策検討結果等は適正に保管されています。「ヒヤリハット」「きずきシート」も適切に記録されています。職員会議で分析結果等が報告され、出された意見等は、マニュアル・事故防止策等の定期的な評価・見直し時に活用されています。</p> <p>33. 災害発生時対応マニュアルが作成され、指揮命令系統が明らかにされています。マニュアルは、職員に周知され研修会、訓練が年2回行われています。地元の防災訓練、消防訓練、炊き出し訓練等に参加し、地域と連携した体制ができています。食料・備品等の備蓄リストを作成し、管理者を決め、管理しています。また、地域の要望を受けて、南丹市の災害時避難場所としての受け入れ表明をしています。</p> <p>34. 事業継続の不測の事態に備えて、BCP（事業継続計画）を作成しています。二次災害や感染症のフェーズを想定し、介護サービスを適切に利用者へ届けることを、視点としています。南丹市とも連携して、避難場所の確認や避難訓練を実施しています。職員の安全確認と対応の手順、送迎ルート構築等について、マニュアルを整備されることを期待します。</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	35	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
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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>35. 利用者の意思を尊重したサービス提供を行うことが、運営方針に明示され、事業計画に反映されています。利用者の自己決定を支援するため初期面談やケアマネジャーを通しての情報、家族要望等を、こまめにアセスメントしています。その後も、2カ月で計画を見直しています。特に「入浴」や「施設での過ごし方」等は、細かく聞き取りを行い、可能な限り、個々人の要望に対応しています。職員会議やミーティング等あらゆる機会を活用して、職員間で情報の共有化を図っています。権利擁護等の研修のなかで、利用者の尊重や基本的人権の配慮をテーマとして取り上げています。</p> <p>36. 虐待防止マニュアルを作成し、虐待防止委員会を設置して、研修も実施しています。職員会議でも、利用者の権利擁護について検討事項があれば、討議しています。高齢者虐待防止のための指針があり、身体拘束禁止や不適切ケアの事案についても、研修会を実施し、組織としての対応方法を確認しています。</p> <p>37. プライバシー保護に関するマニュアルがあります。研修会とOJTに重点を置き、利用者のプライバシーと羞恥心への配慮に対する指導が徹底されています。浴室・更衣室には、間仕切りがされ、相談室は狭いながらも個室であり、秘密保持に配慮されています。職員会議で、プライバシー保護に関する勉強会を行っています。プライバシーや虐待に関する事例を、職員に配布し、職員コメントを基に、全員で協議・検討しています。個人情報保護とプライバシー保護を、同様に扱った文書が見受けられるため、プライバシー保護の定義についての検討をお願いします。</p> <p>38. 利用者の決定は、公平公正に行っており、基本的に、全ての利用申込みを受け入れています。支援困難ケースに対しても、受け入れを行っており、最高齢102歳、要介護5の利用者がおられます。紹介体制も地域特性を活用し、地区及び地域ケア会議の中で、連携を取っています。利用申込と対応経過の記録を残しておくを提案します。</p>		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	B
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	公的機関等の窓口で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)		<p>39. 利用者・家族の意向は、相談や面談時に、随時、聞き取りを行っています。利用者懇談会は、定期的（年2回）に開催しています。施設長（理事長）自ら送迎業務をしており、送迎時の利用者家族との情報交換や連絡ノートでの収集が円滑にできています。食事の形態やお風呂の要望、利用日当日の買い物希望等にもすぐに対応しています。「意見・要望・苦情」箱が設置されていませんでした。早急に設置の検討をお願いします。</p> <p>40. 苦情対応マニュアルが作成され、手順に沿って適切に対応するように、指導・徹底されています。苦情解決の流れは、契約書に記載し、利用者等に説明しています。苦情等は、管理者に報告し、迅速に対応しています。苦情受付書に記載した内容は、ミーティングや職員会議で共有し、サービス改善に役立っています。「透明性を図る」という定款を実行するために、苦情の公開や意見箱の設置、積極的な苦情収集と改善策の検討を期待します。苦情受付書の記載様式を定型化し、報告書に利用することも検討されてはどうか。</p> <p>41. 第三者委員の相談窓口を設け、重要事項説明書に連絡先等を記載しています。規程、重要事項説明書、掲示物、相談連絡窓口等は、ファイルにまとめ、玄関口カウンターに設置しています。利用者の相談機会の確保として、以前は、民生委員、ボランティアを受け入れていましたが、コロナ禍で中断してから目途がたたず、再開を模索しています。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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	C	B
(評価機関コメント)		<p>42. 年1度「満足度アンケート」を実施しています。「満足度アンケート」は、担当者が集計・分析し、採用すべき提案等は、次年度の事業計画に反映しています。具体的には、外出行事、外食行事、運動会等が実施に移されていますが、一部の計画は単発的に取り上げられていますので、中長期的視点での計画的な折込みが望まれます。</p> <p>43. 運営会議（業務改善会議）では、職員会議で検討された内容も協議され、サービス改善のための取組みがなされています。職員会議は、月1回開催し、利用者対応や行事内容等のサービス向上について、検討を行っており、全職種の職員が参加し、時間外になったときには、時間外手当も支給しています。地域の通所部会に参加し、収集した情報は、内部研修で報告されています。</p> <p>44. 今回初めて、第三者評価を受診しました。自己評価についても初めての体験で、どのような評価基準があるかも分からず、事前の評価を実施しなかったと、Cの自己評価をされました。今回の第三者評価受診で実施体制を作られたことを活かし、評価者シート等を基に、施設に合った自己評価表を作成されることをお勧めします。</p>		