

アドバイス・レポート

令和 6 年 1 月 5 日

令和 5 年 1 月 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（十四軒町デイサービスセンター）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1) 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施</p> <p>毎年、全職員に配布される「法人内研修受講ガイドブック」は、研修を受講するとスタンプがもらえるスタンプラリー形式で、8割貯まると次の課程に進めるため、研修への自発的な参加を促す効果があります。職員一人ひとりが記入する「研修計画書」は、「なりたい自分になるために何を身に付けるか」という視点から短期目標と長期目標を掲げ、定期的な自己評価をもとに、施設長からのフィードバックが得られます。このような様々な取り組みから、組織として職員個々の成長を支援する姿勢があると感じました。</p> <p>2) 地域への貢献</p> <p>法人理念「生涯地域居住」に沿って、十四軒町の家が様々な社会資源や住民など、地域と地域をつなぐ役割を実践されています。たとえば、地域住民向けの介護教室や介護保険サービスの理解を深めていただく講習会を開催するなど、事業所が有する機能を地域に還元されています。さらに上京区の地域共生社会創生の取り組み「置きベンチ活動（住民が気軽に利用し交流することを目的に各所にベンチを設置する活動）」に参画し、事業所玄関にベンチを設置されています。それ以外にも自治会や千本商店街などの地域団体に入会することで、地域ニーズを収集するほか、地域イベントや地域防災訓練の参加など、地域貢献に繋がる活動を活発に実施されています。</p> <p>3) 意見・要望・苦情等の把握</p> <p>元利用者の家族に協力を依頼し、実際の現場の職員の様子や利用者の様子を第三者として見てもらい、改善点等の助言をいただくシステムをコロナ前までは実施されていました。コロナ禍では一旦休止しておりましたが、本年度から開催予定で、地域の一員として、又は利用者の家族としての立場から意見を聞きサービス改善に努められていました。また、苦情解決適正化委員会の委員を講師に招き、苦情への意識を高める研修を実施するなど、利用者の声を前向きに捉える姿勢が感じられました。</p> <p>4) その他</p> <p>施設内は木の温もりに包まれた和みの空間で温かく、落ち着いた居心地の良い施設内環境となっています。15人定員ですが、ゆとりのあるフロアのスペースであり、施設全体の清掃、臭気を感じさせない配慮が見受けられました。食事においても陶器の和食器を使用し、家庭的な雰囲気ですら食事ができるように配慮されていました。全体的に利用者本位の視点が貫かれており、職員全員が良いケアをしようとされていることが伝わってきました。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 事業計画等の策定</p> <p>令和6年度までの中期計画、ならびに令和8年度までの長期計画が策定されており、「将来像検討委員会」を中心に、どうしたら達成できるかを継続的に協議されています。しかし、計画には抽象的な内容が多く、何をどうしたら達成したことになるのかをあらわす客観的な指標が示されていませんでした。そのため、進捗状況の評価も主観的なものにとどまっており、見直しの余地があると感じました。</p> <p>2) アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し</p> <p>利用者の心身状況や生活状況等について、基本的に6か月ごとにアセスメントを実施して状況を把握して個別援助計画に反映させておられます。また、サービス提供後は状況を把握し記録、介護支援専門員にも毎月報告されていますが、それらのケアマネジメントの手順などを、文書等で定めることはできていませんでした。現時点ではきちんとできていて、担当者の頭の中ではわかっているとしても、異動等で人が代われれば、引継ぎに漏れが出ることは十分に考えられるため、改善の必要があります。</p> <p>3) 苦情・要望等の公開への取り組み</p> <p>毎年実施されるアンケート調査については、利用者に結果を報告されていますが、平時のサービス利用においての意見・要望・苦情等を受けた場合、施設内・拠点で対応を協議され改善に努めておられるものの、その内容や改善結果についての公開がなされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 事業計画等の策定</p> <p>P D C A サイクルを回すためには、計画実施に対する評価が必要ですが、評価をするためには、達成・未達成を測る客観的な物差しが必要です。数値化できるものは数値化し、数値化できないものはあらかじめどうしたら達成したことになるのかを定め、文書で示しておくことで、職員にとっても達成目標が明確になり、取り組みやすくなると思います。ご検討ください。</p> <p>2) アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し</p> <p>個別援助計画作成に携わる職員は生活相談員で、現時点ではたしかに適切に作成されていますが、手順が明示されていないと、職員個人の能力に頼って維持されている状況といえます。担当者が替わった場合や、経験の浅い生活相談員が担当したときでも、個別援助計画に関連する一連のケアマネジメント作業を同じ手順や基準で実施できるように、手順書やマニュアルを作成されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 苦情・要望等の公開への取り組み</p> <p>施設に寄せられた苦情には「不平・不満」だけでなく、「利用者のニーズ」が含まれていることがあります。申出人の個人情報やプライバシーに十分配慮した上で、苦情解決に向けた施設・事業所の取組を、広報誌やホームページ等で積極的に公表することは、利用者等からの苦情等を真摯に受けとめ、福祉サービスの改善・向上に結びつける姿勢と改善への具体策を示すこととなります。それは結果的に、福祉施設・事業所への社会的な信頼と支持を得ることもつながりますので、公表への取組を進めていただくことを期待します。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670200480
事業所名	十四軒町デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居 宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護・居 宅介護支援
訪問調査実施日	2023年11月21日
評価機関名	一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会

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) 理念及び運営方針は明文化され、施設内に掲示されています。「千本百円市(近接する商店街の行事)」や上京区の地域共生社会創生の取り組み「置きベン活動(住民が気軽に利用し交流することを目的に各所にベンチを設置する活動)」に参加することによって、理念と実践を合致させられています。新任者研修をはじめ様々な機会でも理念を取り上げ、職員への周知を図られています。重要事項説明書にも記載し、面接の時などに利用者・家族に丁寧に説明されています。2) 2ヶ月ごとの定期理事会、月2回の施設長会議、月1回の運営会議等、参加者のレベルに応じて適切に会議が開催されています。会議では、稼働率や収支の状況などがデータで示され、必要に応じて「健光園ニュース」で職員に周知されています。各役職者の権限は職務分掌に明記され、適切に権限委譲が行われています。		

(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	A
(評価機関コメント)		3) 令和6年度までの中期計画、ならびに令和8年度までの長期計画が策定されており、「将来像検討委員会」を中心に、どうしたら達成できるかを継続的に協議されています。計画策定の際には、利用者アンケート、職員アンケートを実施し、内容に反映されています。利用者・家族に対しては運営推進会議で報告し、会議録を全利用者宅に送付されています。しかし、計画は抽象的な内容が多く、進捗状況の管理には適していないと感じました。4) 事業計画の内容を「事業目標」と「事業計画」に分け、目標を達成するための計画と明確に位置付けられています。半年ごとに全職員にアンケートを実施し、進捗状況を評価されています。「目標課題達成シート」で進捗状況を可視化し、必要に応じて見直しが行われています。		

(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、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。	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) 施設長は、日本経営や介護労働安定センターが主催する法令遵守や経営の研修に参加されています。パソコン内の「申し送りシート」に必要な法令のリンクが貼ってあり、職員はいつでも確認できます。制度改正等があった場合は変更内容を周知されています。毎年、「理念と法令」に係る職員研修を実施されています。6) 職務分掌に各々の職員の役割が明記されています。施設長は運営会議に毎回出席し、意見を述べたり状況を確認したりされています。毎年職員に「自己申告書」の提出を求め、勤務に関する意向を確認するとともに、ヒアリングを実施されています。組織活性化プログラム「LINEWORKS」を活用し、情報共有を図られています。「災害メール」を運用して非常時の情報発信が行われています。毎年、安否確認メール訓練を実施されています。		

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

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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		8) 「キャリアパスハンドブック」に「期待する職員像」が明記されています。法人独自のキャリアパスシステムによって人事の基準が定められ、複数の評価項目を点数化することで、多面的に評価できる仕組みになっています。このキャリアパスシステムは入職時に詳細に説明されるため、自らの将来像を描くことができます。9) 職員数、資格取得率、正職員比率等はエクセルで管理し、日々確認されています。地域柄、主婦や学生を主なターゲットに採用活動を進められています。採用パンフレット作成、リクルートチームの結成、SNSでの発信等、考えられる採用活動は実施されています。10) 年間研修計画等を記した「法人内研修受講ガイドブック」を毎年職員に配布されています。研修を受講するとスタンプがもらえるスタンプラリー形式で、8割貯まると次の課程に進める仕組みになっています。職員個々に「研修計画書」が作成され、施設長からのフィードバックが得られます。一般職員が講師役となつての施設内研修も実施されています。11) 「実習生受け入れマニュアル」に受け入れの基本姿勢や相談窓口等が明記されています。職種や実習生の個性なども踏まえ、都度学校側とすり合わせながら実習プログラムを策定されています。ソーシャルワーク実習に係るDVDの視聴を推奨し、学びを深められています。		

(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	A
(評価機関コメント)		12) 有給休暇や超過勤務のデータは法人本部でデータ管理され、共有フォルダで閲覧できるようになっています。職員ヒアリングを実施し、就業意向等の確認が行われています。ハラスメントを含め、総合的な相談窓口を法人本部に設置されている他、共済会の無料相談窓口も案内されています。育児休業、介護休業等については「健光園ニュース」などで周知されています。家族型ロボット「ラボット」の導入、タブレット入力、YouTubeを活用したレクリエーションの実施、排せつケアの情報提供を行う「むつき庵」と協働してのおむつの事例検討会の実施、観葉植物の配置など、職場環境の改善に努められています。13) ストレスチェックの結果を産業医に確認してもらい、適宜助言をもらわれています。組織活性化プログラムや職員アンケートを実施し、職員の意向の把握や改善を図られています。共済会や法人独自の福利厚生制度（「けんこう会」）があります。ハラスメントに係る規定や相談窓口が整備されています。施設見学の結果、休憩スペースが確保されていることを確認しました。		

(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	A
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)		14) 法人理念の「生涯地域居住」に沿って、様々な社会資源や住民同士など、地域と地域をつなぐ役割を実践されています。広報誌を運営推進会議で配布したり、地域の広報誌「広報仁和」に施設の記事を掲載してもらうなどして情報を発信されています。地域のお祭りに協力し奉賛の札をもらったり、自治会や商店街の会員となり「千本百円市」にも参加するなど、地域の様々なネットワークに参加されています。15) 「ボランティア受入れマニュアル」にボランティア受入れに係る基本姿勢や手続き方法を明記されています。受入れの際にはオリエンテーションを実施し、高齢者特性の理解などの研修が行われています。児童館との交流などコロナ禍で休止せざるを得なくなった際も、オンラインで交流するなどの工夫をされていました。16) 地域住民向けの介護教室や介護保険サービスの理解を深めていただく講習会を開催するなど、事業所が有する機能を還元されています。さらに「置きベン活動」に参画し、事業所玄関にベンチを設置されています。それ以外にも自治会や千本商店街に入会することで地域ニーズを収集する他、地域イベントや地域防災訓練の参加など地域貢献に繋がる活動を活発に実施されています。		

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

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) ホームページ、写真を活用したリーフレットでサービス内容や事業所概要について情報発信されています。内容は適宜見直しをされています。地域貢献の取り組みによって、事業所に直接相談に来られる地域住民があるほど、地域に根差した事業所となっています。見学や体験利用にも応じられています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		18) 契約時には重要事項説明書を用いて、利用者が負担する料金（介護保険本人負担分、食費、介護保険外サービス）について説明し同意を得られています。また、成年後見制度や権利擁護については、パンフレットを常備して必要に応じて対応できる体制をとられています。		

(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	B
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	B
(評価機関コメント)		19) 利用者の心身状況や生活状況等について、基本6か月ごとにアセスメントを実施して状況を把握されています。主治医や関係者からも適宜必要に応じて情報を収集されています。しかし課題を明らかにする手続きは定められていませんでした。20) 利用者の心身や生活状況等に変化があった場合など、計画変更の必要なときは、サービス担当者会議に出席して情報収集し、また利用者・家族の意向を確認した上で、個別援助計画に反映されています。21) サービス担当者会議に出席し、各専門職や利用者及び家族の意向を反映した個別援助計画を作成されています。また、夕礼である「おわりの会」でカンファレンスを開催し、職員の意見を集約して計画に反映されています。22) 毎月サービスや利用者の状況を把握して記録し、介護支援専門員に報告されています。また状況に変化がありサービス提供を見直す必要があった場合、介護支援専門員に介護計画の変更を提言されています。しかしながら、個別援助計画変更時の手順については定められていませんでした。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		23) 専門職・サービス事業所等とは、介護支援専門員を介して連携を図られています。また、利用者が退院する場合は退院前カンファレンスに参加して情報共有されています。さらに支援困難ケースに対しては、地域開業医を中心に各種関係機関や地域包括支援センター、地域住民と連携して対応し、地域課題解決に向けて取り組まれています。24) 利用終了後の利用者及び家族からの相談は、事業所で定めた相談窓口で受け付けて対応する仕組みとなっています。他サービスへの移行に際しては、継続性を考慮した手順等は定められていませんでした。		

(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。	A	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。	A	A
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)		25) 各種マニュアルを整備し、「マニュアル検討委員会」で年1回見直しをされています。しかし見直し時に苦情内容や満足度調査、事故防止策などの結果を反映する仕組みがありませんでした。26) サービス提供内容はパソコン入力し、席を離れる場合は画面を閉じるなど個人情報保護の観点から対応されています。また利用者ファイルなどは鍵付きの書庫で保管されています。個人情報保護及びプライバシー保護、法令遵守の研修を年2回実施し、記録の管理方法について職員に周知されています。利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄について文書規程で定められています。重要事項説明書にも、個人情報保護に関する記載があり、契約時に説明されています。27) 月1回の職員会議内カンファレンスや情報共有バインダー及びノート、パソコン上の共有データを活用して、利用者の状況や変化などの意見交換をされています。さらに、毎夕実施する「おわりの会」で利用者ケアに関するカンファレンスや業務に関する情報共有・検討が行われています。28) 生活相談員が送迎に従事し、その際に家族等と情報交換されています。直接面談が出来ない場合で緊急性がある場合は、電話連絡して情報交換されています。		

(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	A
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)		29) 感染防止マニュアルを整備し、感染予防対策に関する情報更新のほか年間研修計画に位置付けて感染対策研修を実施されています。また、事業所内掲示板に「新型コロナウイルス関連」と称したスペースを設けて情報発信するほか、利用者席についてはアクリル板を設置して感染対策に取り組まれています。さらに、感染症発生時の具体的対応についてはBCP（事業継続計画）を整備し全事業所で読み合わせをして有事に備えられています。30) 清掃は職員が実施し、事務所内や備品ロッカーは整理整頓され、清潔で効率的にサービス提供できる環境となっています。また、自動掃除ロボットを導入することで清潔な環境を作るとともに、職員の業務負担が軽減できるように取り組まれています。感染症対策も兼ね、常時換気が徹底されているため、臭気も感じませんでした。		

(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。	A	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)		31) 事故対応マニュアルが作成されており、研修も年1回実施されています。指揮命令順序はフローチャート式にされていて誰もが理解しやすいように工夫されています。32) 事故等が発生した場合、デイサービス会議や拠点における事故情報安全対策委員会で振り返りや改善策を共有し、マニュアル等の改正見直しが行われています。33) 災害発生時に備えて災害メールを設定されており、職員自身の安否状況等が把握できるようになっています。年1回安否確認メール訓練を実施されています。地域の自主防災会に職員が参加し、情報を共有されています。災害委員会が備蓄物等の管理を行われています。34) 従来の防災マニュアルをベースに防災BCP計画を策定されています。防災訓練時に消防署による研修を実施されており、今後、災害時想定安否確認訓練も実施予定とのことでした。感染症のBCPも整備し、全職員で読み合わせが行われています。		

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
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。	A	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。	A	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)		35) 権利擁護や人権尊重については重要事項説明書に明記し、利用開始時に説明されています。日々のプログラム提供においても、可能な限り利用者本人の意向を尊重されています。毎日終了後のミーティングでその日の業務を振り返り、利用者個々の対応方法について検証されています。尊厳の保持に関する研修が年間研修計画に位置付けられ、年1回、職員全員が受講されています。36) 虐待防止セルフチェックリストを職員全員で実施し、会議内で結果を共有されています。接遇の振り返りシートを年6回実施することによって、不適切ケアに気づき、虐待の発生を防ぐ仕組みが整えられています。人権擁護・虐待防止等委員会での協議事項を全職員で共有し、ミーティング等で振り返りを行われています。規定等は整備されています。37) プライバシー保護マニュアルが整備されています。入浴や排泄介助について、同性介助など、利用者の希望に沿った対応を心がけられています。毎年プライバシー保護に係る研修を実施されています。38) 利用申し込みは基本的に断ることはなく、利用後に利用者の状態が変化し利用が困難となった場合にはサービス担当者会議等で他施設の提案をされています。支援困難ケース対応のため、他施設と合同勉強会を開催されています。		
(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	A
		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。	A	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)		39) 利用中や送迎時を個別面談の機会と捉え、利用者や家族からの聞き取りを意識されています。連絡ノートの返信欄を活用し、意見や要望を収集し、終了ミーティングで情報を共有されています。意見や要望に対しては担当者より申し出者に再度確認をとり、苦情ではないと申し出があった場合においても、施設内で苦情として処理をされています。40) 苦情等の対応マニュアルを整備し、意見・苦情については事故苦情委員会、運営推進会議にて報告・協議されるなど、迅速に対応されています。第三者委員会にも報告し、意見等をもらわれていますが、その後の改善状況について機関紙やホームページ等での公開ができていませんでした。些細なことでも利用者から意見がもらえるよう、意見箱を設置されています。41) 第三者委員や公共機関の相談窓口を重要事項説明書に記載の上、説明し、事業所内にも掲示しています。コロナ禍で中止されていた利用者や職員の声を拾いあげる「サービス向上ボランティア」の受入れを今年度より再開予定とのことでした。		
(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	B	B
		(評価機関コメント)		42) 年1回利用者満足度調査を実施して、その結果を事業所内の会議で共有し、課題分析の上、改善に向けて取り組まれています。集計結果については、すぐに改善できること、改善には時間がかかること等を整理の上、利用者・家族にも配布されています。43) 職員会議の中で、個別ケースを基にサービスの質の向上に係る検討会を実施されています。必要に応じて運営推進会議において再検討し、改善点等について情報共有されています。上京区の通所系事業者の集まりである「ささえ愛の会」や職能団体等から、他施設の情報を収集されています。44) 定められた評価基準に基づく自己評価は行われていませんが、「デイサービス会議」において事業の振り返り・評価を行い、役職者の会議である「運営会議」からのフィードバックを受け、再度「デイサービス会議」で共有することで、次年度の事業計画に反映されています。第三者評価の3年に1回受診が実施できていませんでした。		