

アドバイス・レポート

令和 6 年 2 月 20 日

令和 5 年 11 月 17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた(ケアセンターハッピーコスモス)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>【事業所概要】 ケアセンターハッピーコスモスは、2007年（平成19年）に設立された事業所で、木津川市社会福祉協議会（以下、社協という）の介護保険事業部門として設立されました。事業所には、通所介護・訪問介護・訪問入浴・居宅介護支援の各事業所が入っています。通所介護事業は、2012年（平成24年）に事業を開始し、木津川社協本部と約1キロ離れた場所にある建物は、奈良市との県境に位置し、約40年前に開発された近鉄高の原駅住宅街の近くにありす。お天気のよい日は、奈良の若草山を眺望することができ、静かな環境に立地しています 事業所の職員は現在、事業所全体で約60名が在籍し、そのうち通所介護事業は33名で、40代～60代の職員を中心に構成されています。</p> <p>1. 利用者に応じたアクティビティが用意されホスピタリティのある事業所です デイサービスは、現在約56名が利用し、パンフレットに紹介されている「自由な空間」のなかで、思い思いのアクティビティを利用者が楽しんでいて、明るい笑顔が溢れています。 ○小さいながらも「コスモス農園」が、ウッドデッキの横にあり、利用者が手作りしたサツマイモや野菜を使ったおやつなどを、提供しています。 ○施設内通貨「シード」があり、機能訓練やタオルたたみをする「シード」が支払われます。バーチャル国内旅行（歩行訓練）では、名所巡りの地図（A5サイズ）を作り、利用者が、日本各地をめぐり「シード」をもらうことができます。本物そっくりの通帳に「シード」を貯め、それを使って、コーヒーやジュースを飲んだりできます。貯金を楽しむ利用者さんもいます。 ○口腔ケアにも力を入れるとともに、管理栄養士が、バランスのよい、手作りの、生きる糧となる楽しい食事を提供しています。昼食時前のメニュー説明が、丁寧にされ、目の不自由な人、聞こえにくい人などには、個別に対応しています。</p> <p>2. 管理者と職員の関係性がよく、利用者の情報共有が確実にできています 職場内は、コミュニケーションが取りやすく、和やかな雰囲気、風通しの良い事業所です。 ○管理者と現場のスタッフとの関係性がよいという印象を受けました。「現場が一番よく知っている。」という管理者の発言から、スタッフを信頼している様子がわかります。お互いのミスなども指摘しやすい環境ができています。 ○日常の業務においては「気付きカード」を所持し、利用者の表情やしぐさも含めて、些細なことでも記入し、意見集約をして、情報として捉える工夫がされています。 ○利用者に対し（認知症の方に対しても）、また、職員に対しても、「説明と同意」を大切にすることで、情報共有が確実にできていました。</p> <p>3. 事業所情報が分かりやすく提供されています 利用者・家族はじめ市民等の目線にたった、分かりやすく親しみのある情報提供を、心掛けています。 ○木津川市の花「コスモス」をキャラクターにした、「ハッピーコスモスちゃん」が案内役になって、介護事業等を紹介する、親しみやすいホームページが、作られています。 ○デイサービス事業の案内チラシは、大きな字で、宣伝ポイントを簡潔に表現し、デイサービスの空き情報等が、分かりやすく提供されています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 中・長期計画の策定について 木津川市地域福祉活動計画は、社協で策定されていますが、事業所自体の中・長期計画の策定が、できていないという状況です。BCP（事業継続計画）の策定も必須化される中、介護を取り巻く環境の持続可能性に配慮した計画策定が、求められています。ケアセンターハッピーコスモスの理念・運営方針の実現に向けた中・長期計画の策定と経営課題や問題点の解決・改善に向けた事業計画の策定が、望まれます。</p> <p>2. 家族への利用者情報の発信について 利用者に対して、尊厳やプライバシーに配慮した細やかな対応をされていますが、第三者評価での利用者アンケートを見ると、家族にサービス提供の実態が、うまく伝わっていないように思えます。家族にとって、利用者の事業所での様子は、具体的にはわからないため、より丁寧な説明が必要ではないでしょうか。</p> <p>3. 権限移譲の必要性について 所長・管理者が、業務の先頭に立って、毎日の事業をしっかりと運営されています。業務は、確実に回されていますが、業務が集中する管理者の負担軽減のためにも、業務検討委員会の設置などで、業務の運営の一部を現場にまかされてはどうでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 中・長期計画の策定について 社協の事業計画全体のなかに、介護保険事業として、事業内容が記載されていますが、まず手はじめに、「施設内通貨」や「バーチャル国内旅行」などの業務を、事業計画のなかで明確にし、進捗状況を管理することで、次のステップに進めたいと思います。事業所としては、事業計画に記載されていない様々な事業に取り組まれており、サービスの質の向上に繋がっていると思われる。事業を見える化し、職員全員が達成目標を共有するためには、事業計画に各種事業を明記して取り組んで行くことが、必要と思われる。</p> <p>2. 家族への利用者情報の発信について 事業所の中で、毎日、当たり前のように利用者が利用されている、カラオケやストリングス等のアクティビティがあることを、家族は知っていても、どのように楽しんでいるかは、わからないものです。職員さんには、当たり前と思われる出来事であっても、家族にとっては、今日一日の内容を知りたいものです。前回と同じことであっても、利用されている様子を書いたりすることは、必要かと思われるし、このことでより事業所の信頼度が上がると思われます。さらに進めて、参観の試みなどを検討されても良いかと思えます。</p> <p>3. 権限移譲の必要性について 所長・管理者が、業務の先頭に立って、毎日の事業を、しっかりと運営されています。業務は、確実に回されていますが、職員を信頼され、業務の運営の一部は、現場にまかされてはどうでしょうか。 事業管理者をはじめとした職位階層や職種別の課題と対処方策、例えば、各部門からの横断的な職員で構成する、検討委員会の設置等も含め、担当者や取り組み方法（委員会やチームの設置等）を明確にされると、業務の権限委譲がしやすくなり、特定の管理者への業務集中の軽減とともに、職員一人ひとりの日常業務を通じた、事業計画達成へのモチベーションにも繋がるのではないのでしょうか。</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	2673500019
事業所名	木津川市社会福祉協議会ケアセンターハッピーコスモス
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・訪問介護(介護予防訪問介護) 訪問入浴介護(介護予防訪問入浴介護)
訪問調査実施日	令和5年12月1日
評価機関名	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	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（思いやり・あふれる笑顔・ひろがる輪）及び運営方針が、事務所内、HP、パンフレット、重要事項説明書等に明示され、職員、利用者・家族にも、周知されています。年度初めに、管理者が、事業計画の説明に併せて、理念及び運営方針を、各部門の職員に説明しています。 2. 法人の理事会等の会議が、定期的に行われており、管理者が出席しています。事業所内では、月例調整会議・職員会議・案件別の会議等が、毎月開催され、職員の意見や業務状況が報告されています。組織図があり、職務権限を、業務分担表に明記しています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		3. 単年度事業計画があり、利用者ニーズだけでなく、SDGs等に配慮した課題も、明示しています。しかし、理念等の実現に向けた中・長期計画が策定がされていませんでした。事業所として、実際には、事業計画に記載されている以外の様々な事業にも、取り組まれており、サービスの質の向上に、繋がっていると思われます。事業全体を見える化して、職員全員が、達成目標を共有し、実現に向けて取り組んで行くことが、必要ではないでしょうか。 4. 各職種や役割に応じて業務課題を把握し、年度目標を、設定しています。事業計画は、設定した目標に基づいて策定されていますが、事業の進捗状況確認から達成状況評価までを行い、次年度の事業計画につなげるための仕組みが必要と思われます。		

(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)		<p>5. 管理者は、介護労働安定センターの労働法令研修に参加し、その内容について、職員にも周知しています。事業所内のキャビネットに、京都府集団指導で受講した法令関係等の資料を配備し、職員がすぐに調べられる状況になっています。関係法令情報については、常に、ワムネット等で確認し、必要なものは、会議等で随時伝えています。また、職員は、法令遵守について、定期的に、自主点検表で確認をしています。</p> <p>6. 管理者の役割や責任は、組織規程に明記されています。管理者は、運営方針を決定する理事会や評議員会等に出席し、職員会議で出された職員の意見も踏まえて、意見を述べています。職員面談（非常勤を含む）を、毎年、実施しています。管理者自らの評価等については、ストレスチェックを実施する中で、把握しています。</p> <p>7. 管理者は、事業所で勤務し、業務状況を把握し、外出する時は、携帯電話で、常に連絡できるようにしています。事業の実施状況は、報告書や業務日誌、ICTの活用によっても、把握しています。緊急事態が発生した場合は、対応マニュアルに基づく指示が、行われています。</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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 理念や運営方針に基づく「期待する職員像」は、非正規職員にも伝えられていますが、具体的に明示したものは、確認できませんでした。就業規則に、職員の採用や給与等が定められており、職員に周知されています。自己評価シートを使った職務遂行能力や貢献度評価の仕組みがあり、職員に周知・理解されています。職員が自らの将来を描くことができるように、キャリアパス制度があります。</p> <p>9. 必要な人材や人員体制（正規職員）については、法人本部が、管理等を行っています。臨時職員、登録ヘルパーについては、事業所で管理しています。採用に当たっては、有資格者や経験者に限らずに、多様な分野からの採用を心掛けており、人員配置は、指定基準以上になっています。人材確保の取組みとして、HPでの募集やハローワークの利用があります。</p> <p>10. 事業所の研修計画は、職員アンケートも参考に、毎年、管理者と所長が協議して、策定しています。役職者の研修は、法人本部が策定する研修計画のなかで、実施されています。外部研修情報は、管理者から常時通知され、希望する職員は、費用助成を受けて、参加しています。介護支援専門員の資格更新研修の費用助成も、行っています。内部研修は、介護労働安定センターから講師を招いて、全職員を対象に、年4回、スキルアップ研修を行っています。目標管理シートを作成し、研修参加を促しています。</p> <p>11. 実習生受入れ要綱（マニュアル）に従って、実習生を受入れています。受入れ窓口は、法人本部と事業所にあり、専門職の特性を考慮して、分かれています。事業所では「介護支援専門員の实習」を行い、実習指導者に対する研修も、実施しています。</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)		<p>12. 職員の有給休暇消化率や時間外労働のデータについては、法人本部と管理者が、就業規則に則り管理し、労働環境水準に配慮しています。職員は、日常業務の中で悩み等を相談できる状況にありますが、毎年の面談でも、意向等の把握を行っています。悩みの相談窓口は、事務局長が対応しており、雇用契約時にも、相談窓口を説明しています。育児休業・介護休業等は、就業規則の中で規定されています。法人全体の働き方改革の取組みにおいて、変形シフトを活用することで、時間外労働を減らし、ICTの導入で、仕事の効率化を図っています。</p> <p>13. 年1回のストレスチェック実施と産業医の配置で、職員のストレス等、健康面への配慮やメンタルヘルスに対する相談体制を、確保しています。民間の福利厚生制度に加入しており、職員が利用しています。職員が、事業所や組織、上司に対する要望や不満を相談できるように、常に配慮しています。事務所2階の休憩室は、確実に休憩を取ることができるようになっています。各種ハラスメントに対応できるよう、規程が整備されています。</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。	A	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)		<p>14. 事業所の本体が、社会福祉協議会（以下、社協と省略）であることから、法人の本部は、地域と深い関りがあることが、職員全員に、認識されています。事業所情報は、広報紙やSNSに掲載し、社協の福祉フェスティバルでも、介護事業所の周知を行っています。地域の小・中学校への出前授業等での交流や市内3つの地域包括支援センターとの連携の中で、地域ニーズの把握に努めています。</p> <p>15. 社協の中のボランティアセンターとも連携し、ボランティアの受入れを、行っています。コロナ禍においても、受入れ体制を整え、現在、徐々に再開しています。</p> <p>16. 地域からの依頼により社協が実施する出前講座や介護技術研修会の講師を、担当しています。「認知症の人と家族の会」等地域の団体と協力して、認知症カフェを、市内3か所で実施しています。</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
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、パンフレット、YouTube、インスタグラムで、情報発信しています。社協のイメージキャラクター「ハッピーコスモスちゃん」が案内役をすることで、分かりやすいものになっています。情報の見直しは、内容変更や法改正等の時に、行っています。パンフレットには、訪問介護の「空き情報」の欄があり、ケアマネジャーにも逐次配布し、情報提供をしています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		18. 介護サービスの契約時には、重要事項説明書で説明し、署名・捺印をもらっています。現在、法定後見人の利用があり、必要な時には、社協の地域福祉権利擁護事業の提案を行うなどし、判断能力に支障がある場合は、ケアマネジャーと連携をとっています。		
(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. 契約時に、利用者の自宅を訪問して、アセスメントを実施しています。ケアマネジャーとの連携を重視し、主治医の意見書や看護サマリーを取り寄せ、ニーズや課題を把握、所定のアセスメントシートに記録しています。短期・長期目標の評価時に、アセスメントを実施し、月1回のモニタリング時に変化がある時は、再アセスメントを行っています。 20. アセスメントをもとに利用者や家族から希望を聞き、個別援助計画を作成しています。「入浴をして清潔を保持したい。」など、具体的に自立支援に向けた目標が設定されています。サービス担当者会議には、利用者、家族が参加し、同意を得ています。 21. サービス担当者会議に出席し、主治医、看護師、福祉用具専門員、通所リハビリ事業所のなどの意見を、反映させています。欠席時は、書面でやり取りをしています。退院時カンファレンスにも出席し、ケアマネジャーとの連携を、重視しています。個別援助計画は、看護師、生活相談員、介護職で協議し、作成しています。 22. 毎月末にモニタリングを実施し、サービス提供報告書に、利用状況を記録し、評価内容をケアマネジャーに報告しています。見直しが必要な時や新しいサービスを導入した時にも、ケアマネジャーに状況を伝えています。見直し時には、看護師等に意見照会をしています。個別ファイルとは別に、カルテ用として個別のファイルを作り、非常勤の職員も、直近の状況がすぐ理解出来るように工夫しています。		

(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. 契約時に主治医を確認し、サービス担当者会議等で関係先に周知し、連携を取っています。退院時のケアカンファレンスに出席し、関係機関と連携して、利用者の受入れを行っています。事務所には、木津川市医療機関一覧表を掲示しています。地域ケア会議に出席して「送迎車の駐車をめぐる近隣とのトラブル」など、共通の課題について情報交換を行っています。同一建物内に、地域包括支援センターがあり、連携を取りやすい環境になっています。</p> <p>24. 通所介護サービス終了後も、生活相談員が問い合わせに応じ、元利用者に同意を得た上で、移行後の関係機関に情報提供しています。手順書としてまとめた文書はありませんが、これからBCP（事業継続計画）を見据えて、マニュアルを作成する予定です。</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。	A	A
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	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)		<p>25. 各種「業務マニュアル」は、職員なら誰でも見られる書庫に配架し、内容も、実用的な表現になっています。年度初めに、管理者、職員で見直しを行い、「説明と同意」を基本姿勢にしたマニュアル作りをしています。不適切なケアが確認された時には、職員間で意見を出し合って原因を究明し、改善策をマニュアルに追記しています。苦情等に基づいたサービス見直しやヒヤリハット事例からの事故防止対策等、必要な改善事項についても、マニュアルに追加しています。</p> <p>26. 利用者一人ひとりの記録は、統一した様式で、台帳を作成しています。計画に基づいた支援経過表が、時系列にファイルされ、見やすくなっています。ファイルは、施錠出来るロッカーに保管し、所長が管理責任者となって、管理しています。文書は、サービス終了後5年間保管とし、5年経過後は、適切に廃棄しています。個人情報保護の研修は、年1回実施し、利用者からの情報開示請求については、契約時に説明し、適切に対応しています。</p> <p>27. 毎朝の申し送りと夕方のミーティングの内容を、申し送りファイルに記入して、全員で、情報を共有しています。「気づきカード」を活用して、支援時に気づいたことを記入し、情報の集約に役立てています。月1回、4事業所合同会議を開催し、パソコンの共有サーバーで、情報共有ができています。サービス担当者会議等の内容は、職員に周知しています。</p> <p>28. モニタリング時の面談やサービス提供記録、連絡ノートで、利用者状況を、家族に伝えています。コロナ時は、お迎えの時に利用希望者宅で抗原検査をしてから、受け入れていました。また、休業中は、利用者宅に毎日電話をして、体調を確認するとともに、情報交換を行っていました。</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	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>29. 「感染症対策マニュアル」があり、必要に応じてマニュアルの更新を行っています。感染症対策委員会が設置され、職員は、年1回、感染症対策に関する研修を受講しています。希望者には、事業所負担で、インフルエンザワクチンを接種しています。エプロン、手袋、汚物処理の備品を常備しています。感染症である利用者については、脱衣所の椅子に番号をつけてゾーニングをするなど、二次感染を防ぐ工夫をした上で受け入れています。</p> <p>30. 事業所内の備品・介護用品等は、整理整頓され、すぐに取り出せるよう保管されています。空気清浄機、換気扇を設置し、臭気対策をしています。職員は、毎日事務所内を清掃し、産業廃棄物の回収や定期的な清掃は、外部に委託し、作業に立ち会っています。</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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>31. 「事故・緊急時（利用者の急変など）対応マニュアル」があり、シミュレーションも含めて、研修を行っています。施設内及び送迎時の人身事故に備えて、損害保険に加入しています。避難訓練を、年2回、利用者と一緒に実施し、併せて、職員が消火訓練を行っています。</p> <p>32. 事故が発生した場合、適切に対応した上で、利用者、家族等に報告・説明をしています。ヒヤリハット報告や事故報告書を作成し、スタッフミーティングで、事故の原因分析や改善策・再発防止策の検討に、取り組んでいます。その結果改善すべき内容は、管理者に報告し、マニュアルの見直しなど必要な対応をとる仕組みができています。</p> <p>33. 「緊急事態発生時対応マニュアル」「防災マニュアル」「災害時初動マニュアル」は法人本部で作成し、法人全体で同一カリキュラムによる研修を行っています。福祉避難所として指定を受け、市が実施する訓練に参加しています。利用者の緊急連絡先リストを作成し、すべての職員に周知されています。職員には一斉メールで安否確認できる体制ができています。備蓄リストを作成し、担当者が整備を行っています。災害時の訓練は、法人本部が中心的役割を担っていますが、デイサービス事業所として具体的な行動マニュアルの策定も検討されてはどうか。</p> <p>34. 法人本部においては自然災害・感染症まん延時等、事業継続に不測の事態が生じた場合に備えてのBCP(事業継続計画)を策定し、早期に事業を再開する体制ができています。これを踏まえてデイサービス事業所のBCPとしては現在年度内完成に向けて取組まれています。</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
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。	B	B
		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)		<p>35. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供が、運営方針で明確にされ、業務マニュアルにも、記載されています。利用者の認知能力を、アセスメント等で適切に評価し、利用者家族に確認を受け、意思決定支援に努めています。その上で、組織として職員の日常業務を振り返り、検討や対応する仕組みがあります。利用者の尊厳の保持について、研修を行っています。</p> <p>36. 「虐待防止・身体拘束禁止マニュアル」があり、それらに基づいた研修を実施しています。職員同士が、互いのケアが不適切でないかをセルフチェックし、利用者に対する声かけが、適切に行えているかについても、職員間で指摘し合いしやすい雰囲気作りに努めています。ケアが不適切だったのではないかと判断された時は、管理者、所長が状況把握をし、適切に指導しています。虐待防止委員会がまだ設置されていませんが、早急に設置に取組んでください。</p> <p>37. プライバシーの保護について、規程・マニュアルが整備され、研修を通じて職員に周知・徹底しています。利用者のプライバシーや羞恥心に配慮し、利用者へ声掛けをしての介助や浴室入口の脱衣室にカーテンを設置する等の、工夫がされています。また、相談業務は、個室で対応し、他者に声が聞き取られないようにしています。プライバシー保護に関する研修も、実施しています。</p> <p>38. どのような利用者も、常に、公平・公正に受け入れています。受け入れられない場合は、ケアマネジャーから利用者へ、理由を説明してもらい、待ってもらえる場合は、利用可能になり次第、速やかに受け入れています。支援困難ケースは、担当ケアマネジャー、サービス事業所等と協議し、サービス利用が可能になるように、対応しています。</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	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	A
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>39. 利用者や家族から意向を引き出す具体的な取り組みとして、匿名の意見箱の設置の他、送迎時に「連絡帳」の内容や施設での様子について、家族との意見交換を行っています。相談方法等については、重要事項説明書に、相談員となる職員氏名を明記しています。自らの意思を表現できない利用者には、利用者の表情や様子から思いを汲取り、「気づきカード」で、その内容を家族に伝えています。時間外においても、転送電話で、利用者からの意見等を、受付けています。しかし、第三者評価の利用者アンケート結果では、送迎時に、施設での様子を聞かせて欲しいと言う声もあり、尚一層の改善に期待します。</p> <p>40. 「苦情対応マニュアル」があり、苦情解決の仕組みは、重要事項説明書に記載し、更に、契約時に説明しています。利用者の意向は、管理者に報告し、組織として迅速に対応しています。苦情等については、「苦情受付書」に記録し、改善内容は、事業所内で公開しています。送迎の順番や部屋の温度変更の要望等は、即日、管理者に報告され、速やかに対応しています。利用者からの意見・要望・苦情等が、サービス改善の機会であることを、運営管理者をはじめ、全職員が理解する様に取り組んでいます。</p> <p>41. 事業所関係者以外の第三者を、相談窓口として設置しています。相談窓口の氏名・連絡先・電話番号や受付時間等を、重要事項説明書に記載し、事業所内にも掲示しています。利用者からの苦情等について、迅速に対応する仕組みが、マニュアルに明記されています。外部人材の受入れは、コロナウイルス感染症対策のためできていませんでしたが、以前、実施されていた傾聴ボランティアの復活を考えています。</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	C	B
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。	B	B
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	A	B
(評価機関コメント)		<p>42. 利用者満足度調査に関する担当があり、調査結果を分析・検討する会議を開催していました。しかし、コロナウイルス感染症が発生して以来、調査を、実施出来ていませんでした。今後、利用者満足度調査を再開する予定と聞いています。</p> <p>43. サービスの質の向上に係る検討体制として、毎月1回、スタッフミーティング・ナースミーティング・厨房会議・送迎担当ドライバー会議が開催されています。それぞれの会議には、各部門の職員が出席し、管理者も出席して、サービス改善・向上策や食事改善、安全運転対策などを、検討しています。各部門の職員から出された意見や検討結果は、本部の管理者会議で協議・決定し、各部門の職員にフィードバックされて、サービスの改善につなげています。</p> <p>44. 自己評価を行う担当があり、第三者評価を、3年に1回、受診しています。今後、自己評価を、毎年、実施していくため、評価基準の作成について、現在検討しています。</p>		