

アドバイス・レポート

2025年2月17日

令和6年6月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「京都市吉祥院老人デイサービス」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 style="text-align: center;">特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>概要 京都市吉祥院老人デイサービスセンターは、社会福祉法人清和園が京都市から委託を受け、指定管理施設として運営するデイサービス施設です。京都市南区吉祥院地区にあり、今年（令和6年）で開設30周年になる施設で、介護保険制度が開始される前から運営されています。当事業所は、通所介護の他に、居宅介護支援、訪問介護が併設されています。デイサービスの一日定員は45名で、約170名（要介護3以上が4割）が現在利用しています。</p> <p>1. 利用者一人ひとりの状況に応じた生活支援や機能訓練に積極的に取り組んでいます ○利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活ができるように専従の作業療法士を配置し、積極的に日常生活訓練と機能訓練に取り組んでいます。 ○要介護3以上の利用者に対しては、通所介護計画検討会議の中で、要介護状況について重点的に協議しています。症状が重症化しても家族、主治医等と連携し、利用者の「住み慣れた家で暮らしたい」との思いを実現できるようにするためのサービス提供に取り組んでいます。 ○認知症のために寝たきりになった高齢者には、送迎をはじめ入浴、食事、排泄など、個別に対応したサービスを提供しています。</p> <p>2. 長年にわたり地域に密着した活動を行っています ○自治連合会や各種団体と連携して地域の諸行事に参画し、それぞれで役割を担う活動を行っています。近隣のショッピングセンターでの福祉相談会や地元小学校でのフラワーアレンジメント教室などを開催し、地域の人たちの交流の場を作っています。 ○毎月発行する「おたより」は、デイサービスの利用者の様子や事業所の取組みが紹介されていて、家族や地域の人達への情報提供に役立っています。</p> <p>3. 働きやすい職場づくりに取り組んでいます ○週2回のノー残業デーの実施や職員の要望に応えた有給休暇の取得方法の変更などにより、働きやすい職場となっています。また、法人全体でも、週休3日の試行に取り組まれています。 ○職員に対する週1回の鍼灸師による施術サービスは、職員の心身の負担軽減や元気回復に役立っています。</p>
<p style="text-align: center;">特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 事業計画策定への職員参加と計画内容の周知について 法人全体及び事業所の事業計画が策定されていますが、職員に計画内容の周知ができていませんでした。計画策定への職員参加と利用者・家族も含め職員にも、計画内容の周知が必要と思われます。</p> <p>2. 利用者の意見・要望等の開示について 苦情の受入れ等は、第三者委員や公的窓口が知らされており、意見・要望等があった場合は、迅速に対応されています。しかしながら、受付けた意見・要望等に対する対応等が、公開されていませんでした。</p> <p>3. ボランティア受入れマニュアルの整備について 地域の学校や自治会等関係団体との協力を積極的に行い、ボランティアの受入れも毎年行っていますが、受入れマニュアルがありませんでした。ボランティア受け入れの基本方針を明確にし、マニュアルを作成することが必要と考えられます。</p>

具体的なアドバイス

1. 事業計画策定への職員参加と計画周知について

中長期計画及び単年度事業計画が策定されていますが、事業計画の中の課題抽出の仕方や現場での課題の検討状況、日々の業務との関連が、確認できませんでした。

事業計画の課題が現場の課題からどのように抽出されてきたのか、職員が内容をしっかり認識できる仕組みが必要と思われます。また、事業計画に達成期限や数値目標を書き込むことで、一層、日頃の業務とのつながりが明確になり、職員の理解にも繋がるのではないのでしょうか。職員が計画を理解することで利用者・家族への周知にも繋がっていくものと思われます。

2. 利用者の意見・要望等の開示について

利用者の意向に対する対応マニュアルがあり、利用者満足度調査結果は、デイルームに掲示されていますので、同様に利用者の意見・要望・苦情への対応結果も掲示され、併せて連絡手帳やチラシ等を活用して、

3. ボランティア受入れマニュアルの整備について

ボランティアを受入れる場合、登録・申込手続、活動や学習の場の配慮、利用者等への事前説明、実施状況の記録等について、定めておく必要があります。また、トラブルや事故を防ぐため、ボランティア等の受け入れ時の説明も必要となることから、受入れマニュアルの整備を検討をされてはいかがでしょうか。

※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	2670500152
事業所名	京都市吉祥院老人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 訪問介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	令和6年11月22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。	B	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. 法人案内冊子や令和6年新たに作成した京都市吉祥院老人デイサービスセンター（以下、「事業所」という）案内冊子、事業計画等に理念、運営方針が明記されています。職員は朝礼、会議等で理念に基づいたサービス提供が行われているか確認し合っており、年度初めには「理念の浸透」と「事業計画」をテーマとした職員研修を行っています。地域での活動時にも、法人理念等の話を介護の話に織り交ぜて行っています。 2. 事業所には、通所介護の他に居宅と訪問介護の部署があり、毎月部署会議を開催、管理者・各部署長・リーダーが出席しています。法人理事会等、案件別の意思決定機関が定められ、事業所では、毎月開催される処遇改善委員会やデイ会議で、理事会等の決定事項などについて説明を受け、話し合っています。デイ会議には職員全員が参加しており、会議ごとのリーダーは、職員が持ち回りで担当しています。		

(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。	B	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を設定され、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. 法人全体の中・長期計画を基に、事業所の中・長期計画及び単年度事業計画を策定しています。利用者ニーズや事業所の運営状況、課題等を明確にし、事業計画に記載しています。業務の現状や課題は、デイ会議や処遇改善委員会等で協議、検討されています。事業計画は、管理者が作成していますが、実施状況や達成度の評価や見直しの記録が、確認できませんでした。また、計画している事業の内容や取組みを利用者・家族へ周知する工夫も、必要と思われます。 4. 事業計画を基に個別項目計画書を作成し、達成度を管理者が評価していますが、職員にはその内容を周知できていませんでした。職員の意見を計画に反映する具体的なプロセスが、処遇改善委員会等の記録からは、確認できませんでした。業務中に起こった出来事はすぐに報告して検討していますが、組織としての検討の仕組みが明確ではありませんでした。年間研修計画の中で、事業計画の進捗状況を職員に周知し、計画見直しについても、会議に諮って確認を行うなど、職員が参加した体制を作ることが必要ではないかと思えます。		

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	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. 運営管理者は、京都府集団指導に参加し、その内容を職員に動画で配信しています。月1回、法令研修を職員が講師になって実施しています。関係法令はリスト化し、誰もが閲覧できるようにしています。</p> <p>6. 組織図、職務分掌表に役割や責任が記載され、職員の理解が得られています。管理者は、デイ会議、処遇改善委員会等に参画し、意見を述べています。半年に1回職員にヒアリングを行い、事業所の運営に役立っています。個別ヒアリングの中では、直接本人に、管理者自身の行動について意見を聞いていますが、管理者を評価する仕組みはありませんでした。調査のガイドラインに記載のあるような「組織活性化プログラム」等について、検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>7. 管理者は事業所内の事務室で業務を行っており、PC内のケース記録等でも業務状況を把握しています。送迎用車両ごとに携帯電話があり、管理者とはすぐに連絡が取れるようになっています。</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
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)		<p>8. 法人の理念『「明るく・正しく・仲良く」謙虚な気持ち』に沿って「期待する職員像」が明確にされ、職員に周知しています。法人事業計画重点項目に、人材育成目標が示されており、事業所の事業計画にも、人材育成計画を記載しています。キャリアパス制度や人材育成プログラムがあり、CFT（クロスファンクショナルチーム：部門横断的組織）人材チームで人材確保・採用・育成等様々な取り組みを行っています。</p> <p>9. 事業計画では人材確保の取り組み目標として、派遣職員を正職員に採用することやワークライフバランスへの配慮、職務に合った給与体系の整備や週休三日制の実施を掲げています。CFT人材チームがオープンキャンパス的オープンカンパニーやインターンシップを積極的に展開するなど、事業所の魅力を発信し、多種多様な人材の確保に取り組んでいます。</p> <p>10. 法人全体と事業所それぞれで研修計画を策定し、階層別、テーマ別などの研修を実施しています。キャリアアップをイメージできる表を事務所内に掲示し、月間のOJT指導計画、個別のOJTコミュニケーションシートを作成しています。外部研修の報告内容は、職員全員に回覧しています。チャットワークを活用した意見交換が、職員の勉強の機会となっています。</p> <p>11. 実習生受け入れマニュアルがあり、京都府介護等体験や介護支援専門員の実習を受け入れる体制があります。インターンシップを受け入れ、実際に体験したい内容を聞き取り、関連業務の見学・体験を実施をしています。</p>		

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、職員が充分に休むことができ、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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>12. 法人の勤怠管理ソフトで、有給休暇取得状況や超過勤務の状況等を、毎月、把握しています。また、管理者は、年2回の職員ヒアリングの中で、就業状況や意向を聞いています。</p> <p>育児休業、介護休業は、就業規則に定められていて、取得実績があります。仕事に対して常に意欲的に望めるよう、週2回をノー残業デーとしています。異動等の希望も、毎年、聞いています。また、職員の要望に応え、有給休暇の取得方法を、月単位の取得に変更し、休暇を取りやすくしました。週1回鍼灸師による施術サービスを行い、職員の心身の負担軽減や元気回復に取り組んでいます。</p> <p>13. 法人本部に産業医が配属されています。年1回、ストレスチェックを実施、年2回の職員ヒアリングを管理者が行い、業務上の悩みを聞いています。各ハラスメントに関する規定があり、事務所内にも掲示して、周知しています。男性、女性職員それぞれに休憩所を設け、常に整理整頓を行うことで、快適な休息環境ができています。</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	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. 地域での公的な取り組みを行うことを事業計画に記載し、法人のホームページ、SNS (Instagram) で情報発信しています。「事業所の総合案内・おたより」を、家族や居宅介護支援事業所に配布しています。地域のショッピングセンターでの福祉相談会の開催やフラワーアレンジメント教室の開催等を通じ、地域の福祉ニーズを把握しています。近隣の銭湯が閉鎖して、地域の人たちが困っていることを民生委員から聞き、入浴サービス等の提供に繋がりました。学区の社会福祉協議会や自治連合会と連携して、地域活動への参加や介護情報の提供を行っています。</p> <p>15. 令和6年度から月に1回程度、ボランティア団体をデイサービスのイベントで受入れ、利用者の方にマジックショーや子供のバレエ、沖縄民謡等を楽しんでもらっています。ボランティアの受け入れ案内は、事務所入り口にも掲示しています。デイ会議の議事録には実施記録や写真があり、「おたより」にも掲載して、情報を公開しています。随時介護体験の受入れも行っていますが、基本姿勢や受付手順、対応等を記載したマニュアルはありませんでした。マニュアルの整備に当たっては、これまでの議事録等を参考に作成されてはどうか。</p> <p>16. 職員は地域で開催される行事に参加し、運動会では運営補助や救護班の役割を担っています。地域の保育園、幼稚園、児童館等とも交流し、事業所が持つ専門的技術等を提供しています。また、認知症サポートネットワークに加盟し、情報の交換・収集を行っています。地域への広域的な取り組みとして、学区社協や自治連合会、行政機関等と連携して、福祉相談会、ふれあいジャンボリー等のイベントに参加しています。</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. ホームページで事業情報を提供するとともに、総合案内冊子でも、機能訓練の様子や1日のサービス内容を、写真や図を使って紹介し、大きな字で分かりやすく説明しています。内容については、月1回程度見直しを行っており、利用者の問い合わせや見学にも対応しています。体験利用は、月5、6人あり、送迎して対応しています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		18. 重要事項説明書は、初めに内容の全体を紹介し、付属書類には配置職員の職種や役割も明記され、利用者に分かりやすく作成しています。契約は書面で行い、利用者・家族に説明、同意を得ています。利用者本人の判断能力に支障がある場合は、代理人に説明しており、成年後見制度に関する冊子は、閲覧できるよう受付に置いてあります。		
		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. アセスメント様式は、法人独自のものを使用し、利用者の状況が項目ごとにより分かりやすく記載されています。主治医やMCS（メディカル・ケア・ステーション）と連携しています。サービス担当者会議で利用者・家族のニーズを把握・記録し、職員に周知しています。ケアマネジャーと情報共有し、3か月ごとのモニタリングと6か月ごとのアセスメントを行い、利用者にとって必要なサービス内容を把握しています。変化が見られる利用者には、再アセスメントを行っています。 20. ケアマネジャーの作成したケアプランを基に、利用者・家族の希望を尊重し、短期目標、長期目標を設定した通所介護計画書を作成し、利用者、家族の同意を得ています。サービス担当者会議には、利用者及び家族が参加しています。また、要介護3以上の利用者については、中重度者検討会議の中で、社会参加を目標とした個別の介護計画を作成しています。 21. 居宅サービス計画書に基づき、管理者、相談員、看護、介護職員の意見を取りまとめ、通所介護計画書を作成しています。ケアマネジャーを通して医師の意見を反映するとともに、MCSとも連携して、計画に反映させています。 22. 計画書通りにサービスが行われているか、ケアプラン会議、機能訓練カンファレンスを、毎月、開催しています。必要に応じて、医師や看護師等の意見も反映させて、見直しを行っています。変更した内容は、職員に回覧して周知しています。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>23. 医師からの情報は、ケアマネジャーから取得していますが、複雑な症状については、医師に直接確認しています。退院前のカンファレンスには生活相談員が参加し、看護サマリーはケアマネジャーと連携し、服薬情報などを収集しています。連携している機関のリストは、冊子にして事務所に配置しています。地域共通の問題（例：在宅での褥瘡対策など）は、MCSや地域包括支援センターと連携して、解決に取り組んでいます。とりわけ、コロナ禍では、行政との連携を密にして感染対策を実施しました。</p> <p>24. デイサービスから施設へ移行するなどのサービス変更時には、利用者家族への意向等を、口頭で、ケアマネジャーに伝えていますが、サービスの継続性を損なわないような配慮の下に、引継ぎや申し送りの手順等を、文書で定めておくことが必要です。</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。	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)		<p>25. サービスに必要な各種業務マニュアルを作成し、職員が手に取りやすい場所に設置しています。マニュアルは、標準的な実施方法に基づいて作成され、見やすいものとなっています。毎年、生活相談員が取りまとめ、更新しています。毎月開催されるデイ会議・処遇改善委員会で検討を行い、毎年集められた課題をもとに見直しを行っています。</p> <p>26. 所定のケース記録に利用時の状況を記載し、サービス計画に基づき援助が行われているかチェックしています。個人情報保護マニュアルがあり、それに基づいて、パソコン等の管理も行っています。PC画面に表示される個人情報は、担当者以外見えないよう画面にフィルムを貼るなど工夫しています。記録管理の責任者を設置し、事務所の書類保存庫は、担当責任者が一日交替で施錠、管理しています。個人情報保護の研修を行い、利用者・家族には、重要事項説明書で説明しています。2年前までの書類は書棚に保管し、5年経過した書類は溶解処理しています。</p> <p>27. 通所介護計画の内容や利用者の状況については、チャットワークや当日のケース記録で情報共有し、利用者の特記事項は、事務所に掲示しています。入浴時の職員の配置を表記することで、感染症発生時に迅速な対応が出来るように努めています。ケアプラン会議は、3か月または6か月毎に、機能訓練及び中重度者（要介護3以上）ケアカンファレンスは、毎月開催して情報共有を図っています。会議欠席者には、記録を回覧しています。</p> <p>28. サービス担当者会議で、家族と関わる機会を設けています。通所介護計画書のモニタリングの結果は、文書または電話で伝えています。日々の状況は、送迎時の連絡帳で伝えており、非常時には、オンラインで家族と情報提供を行うことも出来る体制を整えています。</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	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)		<p>29. 感染症マニュアルがあり、毎年更新をしています。BCPに記載された感染症対策について、定期的に読み合わせをするなど、研修を年2回開催しています。コロナ禍では、二次感染予防のために行政と協議を行い、入浴・食事が困難な利用者に、個別でサービスを提供しました。</p> <p>30. 事務所内の書類、介護用品、備品等の整理は、職員が持ち回りで担当し、適切に保管されています。3か月ごとにフロアのワックス掛けを外部に委託し、実施記録で管理しています。デイルーム内の換気は、毎日行っています。また、空気清浄機やトイレの消臭洗浄器具を設置するなど、臭気対策をしっかりとすることで、臭いのない清潔感のある施設となっています。介護保険制度以前からの施設ですが、丁寧に施設等が管理されています。</p>		

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)		<p>31. 事故・緊急時等の対応マニュアルがあり、毎年更新しています。事故内容等の分析・検討は、毎年処遇改善委員会で行っています。外部からの侵入者への対応については、年間研修計画に織り込まれており、具体的な対処方として、出入り口のカメラの設置やサスマタの使用を検討しています。</p> <p>32. 発生した事故等については適切に対応し、報告書を作成しています。報告されたヒヤリハットの内容は、職員全員がチャットツールで共有しています。定期的にヒヤリハット・事故の統計を取り、処遇改善委員会での検討資料として案件ごとにリスト化し、分析を行っています。</p> <p>33. BCP計画を作成し、災害発生時に対応する職員や緊急連絡網、安否確認の方法等を定めています。BCP計画の見直しを、年数回、研修の中で行うことで、職員に周知しています。また、災害時に必要な備品や食料等も備蓄しています。併設の児童館と合同で、年3回消防災害訓練を行っています。また、消防署に立会ってもらい、年1回、避難訓練を実施しています。</p> <p>34. 大規模自然災害や感染症蔓延等を想定したBCP計画を策定し、毎年、研修会の課題に取り上げています。BCP計画を基に作成した通所施設行動計画では、業務別の優先順位を整理し、災害等の状況の変化に、職員が迅速に対応できるようにしています。</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
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)		<p>35. 事業所総合案内に、「自分も相手も、同じように『大切な存在』である」というスローガンを掲げ、利用者本位のサービス提供を行うことを、明確にしています。職員が聴き取った利用者の要望は、全員がチャットツールを使って、常に共有しています。収集した利用者の要望を基に、デイ会議及び処遇改善委員会で「高齢者の尊厳がサービス提供の中で保持されているか」について、点検し学習しています。</p> <p>36. 利用者の権利擁護については、業務マニュアルを整備し、年間研修計画の中で取り上げています。管理者が虐待防止の担当者となり、高齢者虐待防止委員会を3か月毎に開催しています。虐待防止法の研修や虐待事例検討会を年に数回開催し、職員に周知しています。不適切ケアについては、就業規則に明記し、具体的内容を接遇マナー研修のなかで学習しています。不適切ケアからの虐待を未然に防ぐため、利用者からの苦情に職員が常に耳を傾け、適切に対応できるよう組織として取り組んでいます。</p> <p>37. プライバシーや羞恥心について、職員が常に問題意識を持ってサービス提供ができるよう、毎年プライバシー保護に関する研修を実施しています。介護を行う際には声掛けを行い、利用者の同意を得る時にもアイコンタクトを取ることを徹底しています。利用者のプライバシーに配慮し、浴室出入口の内側に、カーテンやパーテーションの設置を行っています。</p> <p>38. サービス利用者等の決定は、法人として公平公正に実施しており、全ての利用者の利用ニーズに応じています。利用者が希望する曜日に空きがない場合は、法人内の他の事業所を紹介するなど、ケアマネジャーを通じて調整しています。</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	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・家族が自由に意見等を言えるように、匿名の利用者満足度調査を毎年行っています。また、個別相談対応として、ダイルーム内にある居宅支援事業所を相談室として利用し、入り口に「お気軽にご相談ください」という掲示を出しています。職員は日頃の業務の中で利用者の声に耳を傾け、声掛けを行うなど相談してもらいやすい関係を作っています。また、個別の相談は、生活相談員を介して行っています。</p> <p>40. 利用者の意向に対する対応マニュアルがあり、苦情解決の仕組みは、重要事項説明書で利用者に説明しています。利用者の意向は、チャットワークで共有し、管理者に報告され迅速に対応しています。利用者・家族からの苦情及び対応の内容は会議録等に記録され、処遇改善委員会を通じてサービス改善に役立っています。利用者満足度調査結果は、ダイルームに掲示されていますが、利用者の意見・要望・苦情への対応結果は、公開されていませんでした。家族や地域の関係者への公開方法について検討をお願いいたします。</p> <p>41. 相談や苦情を訴えるための公的機関や第三者委員の連絡先を重要事項説明書に記載し、デイサービスのフロアにも掲示しています。ボランティア等の受け入れは、コロナ感染症拡大以降再開できていませんが、以前は、傾聴ボランティアを受け入れていました。</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	B	B
(評価機関コメント)		<p>42. 毎年、利用者満足度調査を実施しており、調査項目は毎回見直しています。直近では、設備の状況や職員のマナーを中心に、調査を行いました。調査結果は、利用者・家族に書面で配布しています。調査結果から判明した課題は、ヘルパー研修で検討を行い、サービスの改善に役立っています。</p> <p>43. 毎月開催するデイ会議・ケアプラン会議・処遇改善委員会の中で、サービス内容等について検討を行っており、マニュアルの見直しやサービス改善のための具体的な取り組みに繋がっています。他の事業所に関する情報収集は、法人内の施設とはチャットワークで意見交換する他、「地域ケア会議」や「地域包括支援センター運営協議会」への参加を通じて行っています。</p> <p>44. 法人全体として「内部監査」を実施する体制があり、評価を行う担当者・担当部署等も定められています。評価基準に基づく自己評価は行われていませんでした。本項目で定められている「定められた評価基準」による自己評価の実施について、検討をお願いいたします。第三者評価は、3年に一度受診しています。</p>		