

アドバイス・レポート

令和7年12月22日

令和7年4月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（久美浜デイサービスセンター様）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

概要	<p>京都府京丹後市久美浜町にある「久美浜デイサービスセンター」は、昭和63年10月に事業開始して以来、京丹後市久美浜町の介護保険サービスを担う中核的施設の一つです。当施設の運営母体である社会福祉法人北丹後福祉会は、「個人の尊厳を重んじ、利用者の立場に立ったより質の高いサービスを提供し、地域社会の生活を支援します」の法人理念の下、現在、久美浜町地域で、他にも4つの介護保険事業所を運営し、地域の高齢者と積極的に関わりを持ち、地域に密着したサービスを展開しています。久美浜デイサービスセンターは「くみの里」の愛称で呼ばれており、隣には、同法人が運営する特別養護老人ホームがあり、そのまた隣には、久美浜病院、道路を挟んだ向かい側には、地域密着型特別養護老人ホームと居宅介護支援事業所が事業を行っており、地域介護の一翼を担っています。</p>
特に良かった点とその理由 (※)	<p>1. 積極的に利用者の個別機能訓練等に取組み、心身の健康維持・向上を図っています。 ○機能訓練指導員が、3か月に一度自宅を訪問し、生活状況の変化等を把握し、利用者一人ひとりの状態に合った個別機能訓練計画を立案しています ○機能訓練指導員のもとで、ポールやトレーニングマシンを利用した筋力トレーニングに、音楽を取り入れ、利用者一人ひとりが楽しんで取り組める工夫をすることで、ADLの維持向上を図っています。 ○体力面に加え、個別の口腔機能改善管理指導計画に基づく嚥下訓練や歯磨きの習慣付けの取組みが、食事の楽しみに繋がっています。 ○利用者は、施設の畑で野菜を栽培し、利用者一人ひとりが、今までの生活体験を思い起こし、作ることの喜びや収穫の楽しみを感じることで、心身がリラックスし、心と身体の健康に繋がっています。</p> <p>2. 法人理念に沿った利用者目線のサービスを提供しています ○職員には「利用者本位・自立支援・受容」の基本姿勢が身についており、利用者を尊重した丁寧な言葉遣い、積極的な言葉かけが、利用者にとって、心安らぐ施設環境になっています。職員と利用者との間に、強い信頼関係が生まれています。 ○利用者の体調や食事量のわずかな変化に気づく観察力が磨かれており、その時々利用者の状態にあったサービス提供ができています。送迎時の家族との対話でも、表情に気を付けるとともに、分かりやすい説明を心掛けています</p> <p>3. 業務課題に迅速に対応できる柔軟な組織体制ができています ○事業所は、利用者の状況の変化に迅速かつ的確に対応できる組織になっていて、職員全員が変化にすぐに対応できる高い適応力を持っています。 ○利用者のニーズや課題に気づいた職員の声掛けで、すぐに対応するチームが作られ、メンバーの多様な視点と、活発なコミュニケーションにより対応策が検討され、課題解決に繋がっています。例えば、夏のドリンクバー設置やアイスクリーム週間の開催は、水分補給や熱中症対策の課題を解決するために、職員が発案し、チームで取組み実現したものです。 ○職員一人ひとりが自分の役割と責任を自覚していて、勤務表も職員が話し合いで作成し、互いの業務の補助をすることで、円滑な業務運営ができています。 ○権限を現場の職員に委譲することで、迅速な意思決定ができ、職員が主体的に判断し行動するフラットな組織になっています。職員が生き生きと働き、モチベーションが高い職場です。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 事業所ごとの事業計画の策定について 毎年度、法人として各事業単位で事業計画を策定されています。このため、施設が2つあるデイサービス事業の事業計画は、一つのみで、それぞれの事業所が取り組んでいる独自の事業内容が不明確となっています。事業単位でなく、事業所単位で計画を策定されてはでしょうか。</p> <p>2. 評価の実施と課題の明確化について これまで、独自の事業所評価を実施されていますが、評価結果の分析・検討について、明確な仕組みが確認できませんでした。サービス提供状況の質の向上のために、組織的に、取り組み内容の見直しをされることを提案します。</p> <p>3. サービスの移行時の連携・相談体制について サービスの移行時に関する項目は新しい評価項目で、利用者が他の施設や在宅へのサービス移行時に必要となる、事業者間と利用者へのサービス継続手続きです。これまで、移行時の手順や手続きは適切に行われていますが、多くは、明確な文書でのやり取りがないのが一般的ではなかったかと思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業所ごとの事業計画の策定について 同じ事業種別であっても、事業所が違えば課題も違ってくるため、事業所ごとに事業計画を策定することが必要と思われます。現在取組まれている様々な事業を計画に反映させることで、業務の目的が明確になり、職員全員が意識して、目標達成に取り組むことができます。また、達成度の評価が行えることで、PDCAサイクルの実施に繋がると考えられます。</p> <p>2. 評価の実施と課題の明確化について 評価項目の定義では、自己評価の方法について、定められた評価基準に基づき自己評価を行うことが求められています。こうした自己評価の方法を参考にされ、評価結果の分析・検討を行い、計画変更や次年度の事業計画策定に反映されることを期待します。</p> <p>3. サービスの移行時の連携・相談体制について サービスの移行時に関する項目は新しい評価項目で、利用者が他の施設や在宅へのサービス移行時に必要となる、事業者間と利用者へのサービス継続手続きです。これまでも、移行時の手順や手続きは適切に行われてきていると思いますが、多くは、明確な文書でのやり取りはないのが一般的ではなかったかと思われます。これからの状況に対応できるよう「引き継ぎ書」の作成等の検討をお願いします。</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	2672400021
事業所名	久美浜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)	
訪問調査実施日	令和7年10月16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)		<p>1. 法人の理念は、事務所の玄関、事務所内に掲示しています。運営規定等のファイルを誰もが閲覧できるように、玄関カウンター上に配置しています。理念の唱和や管理者からの理念や行動指針に関連する話を、朝礼、終礼時等に随時行っています。非常勤職員、新入職員には、オリエンテーション時に伝えています。年度初めに職員会議を開催し、事業計画を説明する中でも、話をしています。パンフレット・ホームページなどに掲載し、理解を深めるように努めています。</p> <p>2. 法人の理事会、法人内事業所連絡会議、管理者会議等案件別の会議が、定期的に行われ、組織図、業務分担・分掌規程により、組織体制が明確になっています。朝礼・終礼・日々の業務の中で出た職員の意見等は、管理者が必要と判断した案件を、上部の会議で、紹介しています。職員間では、朝礼、終礼等で、常に意見交換ができています。業務は、チームで動いていますが、職員一人ひとりが、役割と責任を自覚し、自らも考え、自発的にも動いています。職務に応じた権限委譲ができており、職員が職種ごとの職務権限を理解しています。管理者が責任を明確にすることで、職員が、自信と責任を持って業務を遂行しています。</p>		

(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	A
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	A
(評価機関コメント)		<p>3. 法人の中・長期計画があり、毎年最重要目標や基本計画に基づいた事業計画を、事業所で策定しています。課題解決のための目標設定では、職員の意見を反映し、年度末には評価を行い、次年度の計画策定に活かしています。法改正に関しての情報収集も行っています。日々、利用者、家族とコミュニケーションをとり、ニーズの把握に努めています。朝礼、終礼時に管理者から、目標達成状況を踏まえて、以降の取り組み方などについて職員に伝えています。利用者・家族への説明については、夏祭り等の行事や送迎時のやりとりで機会を見つけ行っています。また、事業所の窓口にも、事業計画書を配置して、来館者に見てもらえるようにしています。</p> <p>4. 業務全体の課題の把握や目標設定について、職員全員がワンチームとして取り組んでいます。利用者視点の取組みが、職員に浸透しており、常に課題意識を持って業務に取り組んでいます。日常の勤務のなかで利用者の雰囲気を読み取り、その時の課題を共有する職員が、自発的にチームを作り、課題解決への取り組みをしています。今年の夏の対応として、利用者が、自然に水分補給等熱中症対策をしてもらえるように、ドリンクバーやアイスクリーム週間の実施を提案し、業務課題を解決しています。</p>		

(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、京都府の集団指導を受講しており、必要な情報は、適宜、朝礼等で職員に伝えています。事業運営に関わる法令等は、法人全体で整備・管理しており、法令のリスト化もできています。自主点検表は、担当職員を替えて、半期ごとに実施することで、職員への周知ができています。法令改正時は、その内容について総務課からガーベラ通信で伝えています。</p> <p>6. 組織図・職務分掌等に、役割と責任について明記しています。年に1回、面談を実施し、職員の目標や意見等を聞く機会を作っています。また、状況に応じて、適宜、面談を行っています。管理者を評価する仕組みはありませんが、日々、意見を言いやすい環境が整っています。管理者を評価する取組みとして「京都府の組織活性化プログラム」についても、検討されてはどうか。</p> <p>7. 管理者は、事業の実施状況を随時確認できるよう事務所内で業務を行っており、他の用務等で事業所を離れるときは、常に連絡が付く体制ができています。事業の実施状況は、業務日誌、報告書でも確認し、把握しています。事故等が発生した場合は、緊急時マニュアルに基づいた指示できる体制ができています。</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. 福祉人材育成認証事業所であり、職務分掌規程、人事基準、給与規程等が整備されています。キャリアパス制度の中で、職員自らが将来の姿を描く仕組みができています。職員ごとの能力開発シートに基づき、毎年、上司が面談し、1年間の成果を評価しています。法人研修計画書の中に「期待する職員像」が記載されていますが、事業計画、運営方針等の中での明示について、ご検討ください。</p> <p>9. 法人で、人材・人員体制等についての方策を定めており、総務課と副施設長等が採用担当として、幅広い分野からの人材確保に取り組んでいます。就職フェアに参加し、ハローワークでも求人を行っています。インスタグラムや隣接する病院の掲示板に加えて、若い人にも見てもらえるよう「地域のお店」に職員募集案内を出して、職員採用に努力しています。</p> <p>10. 法人で年間の研修計画を策定し、研修計画に基づき階層別研修、法例研修、接遇研修等を実施しています。特に接遇については、日常的に、朝礼等の機会を見つけて、意識づけをしています。外部研修については、総務から随時研修情報が発信され、参加を希望する職員には、勤務調整や参加費負担等を行っており、資格取得支援にも力を入れています。各種委員会に参加することで、職員間の学び合いが生まれています。職員個別の目標管理シートを導入し、業務目標の達成や研修受講の支援を行っています。</p> <p>11. 法人全体の介護実習マニュアルがあり、実習生受け入れに対する基本的姿勢を、明確にしています。マニュアルに基づき、近隣中学の福祉体験実習や高校の実習生の受け入れなどを行っています。OJTリーダー研修のなかで、実習指導者を育成しています。</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	A
(評価機関コメント)		<p>12. 有給休暇の状況は、総務課と管理者が把握し、有給休暇が取得しやすくなっています。管理者は、就業状況や意向を把握するために、日頃から聞き取りを行うとともに、年1回、面談を行っています。育児・介護休業、子どもの看護休暇があり、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行っています。職員の負担軽減になるよう、スライディングボード、スライディングシート、移動用リフトを使用しています。</p> <p>13. メンタルヘルスの相談窓口として、京都府民間社会福祉施設職員共済会のカウンセリングサービスを、活用しています。他の福利厚生制度として、京丹後市福祉サービス事業者協議会にも加入し、ボウリング大会等に職員が参加しています。各種ハラスメントに関する規定は、就業規則に明記され、相談できる体制が整備されています。職員の休憩場所は、リラックスできる環境が整えられています。</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. 事業計画の中で、地域とのかかわりについての基本的な考え方を示しています。地域への事業所の情報発信については、ホームページのほか、有線放送やSNS（インスタグラム、ブログ等）で行っています。地域の有線放送には、利用者から「聞いたよ、良かったよ」の反応があります。見学希望は、随時受け付けています。利用者・家族・地域の人達が参加する夏祭りを、事業所独自で開催し、地域の情報収集やサービス提供に役立てています。管理者は、地域ニーズの把握や事業所情報の発信を、地域ケア会議等で行っています。</p> <p>15. ボランティア受け入れマニュアルを整備し、目的や意義及び受入れ内容について明文化しています。利用者家族の楽器演奏ボランティアを、受入れています。地域の中学校の福祉体験学習では、体験内容を事前に学習したあと、施設や利用者の実際を見学することで、事業所や利用者への理解に繋がっています。</p> <p>16. 行政や地域が開催する地域サロンに、毎月、出かけていき、介護予防のための頭の体操やレクリエーションの指導、介護に関する相談を、行っています。認知症サポーター養成講座や認知症カフェなどを、開催しています。地域ケア会議に参加し、地域のニーズの把握に努めています。</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. 事業所情報は、パンフレット、ホームページ、インスタグラムで、利用者等に提供しています。提供する情報の内容は、料金改定時などに、適宜、見直しをしています。問い合わせや見学の希望には、その都度対応し記録を残しています。一日体験希望者は、利用開始を前提で受け入れています。			
(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. サービスの開始にあたり、利用者と適切に契約を交わしています。重要事項説明書でサービス内容や料金、保険外のサービスについて説明し、書面にて同意を得ています。判断能力に支障のある利用者の場合は、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業を活用する仕組みがあります。			
(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)		<p>19. 独自のチェックシートを用いて、利用者の心身状況や生活状況および意向を把握し、所定のアセスメント様式に、記録しています。主治医、専門職との連携は、ケアマネジャー、地域医療連携室を通じて情報の共有を行い、退院時に必要であれば、カンファレンスに参加しています。更新時および退院後等で利用者の状態に変化を認める場合や介護状況に変化が認められる場合には、再アセスメントを実施し、ケアプランの作成に反映させています。</p> <p>20. アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに対する具体的な個別援助計画等に、目標が設定されています。利用者や家族の希望を尊重し、個別援助計画を作成しています。個別援助計画の内容の決定については、利用者・家族に同意を得ています。サービス担当者会議には、利用者および家族が参加しています。</p> <p>21. 個別援助計画等の策定にあたり、専門家等への意見照会又は意見交換を適切に行っています。退院前は、サービス担当者会議への出席やリハビリ見学を行い、専門職と連携を図っています。必要に応じて、看護師、主治医、理学療法士、鍼灸・マッサージ師などへの意見照会や意見交換をしています。</p> <p>22. 通所介護計画書は6か月ごとに、機能訓練計画書、口腔機能改善計画書は3か月ごとに、見直しを行っています。また、常に朝礼、終礼で利用者の状況の変化の有無を確認しており、日常の支援の中で変化を見逃さず、スタッフ同士で情報共有をしています。退院後、介護度の変更など状態に変化があった時には、計画の見直しをしています。計画の見直しの際は、ケアマネジャーへ意見照会を行い、変更内容は、朝夕のミーティングおよびPCで職員に周知しています。</p>			

(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. 地域医療連携室、ケアマネジャー、関係事業所とは、必要な都度連携をとっています。退院前カンファレンスに参加し、医師との連携ができています。退院後のサービス利用時には、医療機関からの看護サマリーや担当ケアマネジャー、家族からの情報を参考にしています。行政等地域の関係機関と連携し、共通の課題に対して取り組み、有機的な連携が取れています。</p> <p>24. 施設入所時の面接への参加やケアマネジャーを通じた情報提供を行っています。事業所を変更する場合も、サービス担当者会議へ情報提供を行っていますが、サービス移行時の手順等を定めたものではありませんでした。サービス利用後の相談は、生活相談員が窓口になっています。</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。	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)		<p>25. 業務マニュアルは、法人本部が主体となって作成し、見やすい内容となっています。また、プライバシーにも、配慮したものとなっています。マニュアル通りにサービスが実施できているかを、職員同士で確認しています。実施方法についても、職員同士で確認し合える風土ができています。ヒヤリハット事例については、問題分析を行い、事故や苦情に繋がらないよう努めています。マニュアル全体の見直しは、法人本部が行っています。</p> <p>26. 利用者一人ひとりの記録について、ファイルを整備し、統一した様式で、必要な事項を記録しています。利用者の記録の保管や管理に関する規程があり、個人情報保護と情報開示に関する研修を行っています。保管は、鍵のかかる書庫で管理し、廃棄は業者に委託しています。利用者・家族には、契約時に個人情報の取扱いについて説明しています。</p> <p>27. 朝礼や終礼時に、利用者の状況等に関する情報交換を行い、全員で共有しています。また、職員は業務中に定期的に意見交換を行い、チームとして利用者に対するケアができています。送迎時に家族からの得た細かな情報は、申し送り簿に記載し、PCでも情報を共有しています。</p> <p>28. 送迎時での家族との対話を情報交換の機会と捉え、利用者の毎日の様子を伝え、家族からの要望等も聞いています。災害発生時や感染症まん延時等の場合には、電話やオンラインで、情報交換を行っています。</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. 衛生管理・感染症予防マニュアルに基づき、責任と役割を明確にした管理体制ができています。食事前のテーブル消毒、手指消毒を徹底、職員と利用者の出入口を別にしています。また、全ての作業着を施設内で洗濯し、二次感染の予防をしています。感染症の流行前に、施設内で研修を行い、発生時のシミュレーションを実施しています。感染症である利用者の受入れは、状況に応じて行っています。</p> <p>30. 事業所内の書類等は、整理・整頓され、安全に保管されています。5S（整理・整頓等）係を中心に事業所内の衛生管理が行われ、毎日の水回りの清掃、排水パイプの洗浄等も実施しています。臭気対策では、換気扇と換気を併用し、新鮮な空気がダイルーム内を循環するように、気を付けています。</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。	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. 緊急時対応マニュアルには、緊急時の責任者や指揮命令系統が、定められています。マニュアルの内容は、職員に周知され、研修やシミュレーション（餅つき大会での誤嚥）を行っています。上級救命講習や普通救命講習を継続して受講し「救マーク指定事業所」として、認定を受けています。送迎用車両は、毎日、運行点検を行っています。</p> <p>32. 事故が発生した場合は、適切に対応した上で、利用者本人、家族、関係機関等に、迅速に報告しています。事故報告書により事故の内容を速やかに共有し、事故防止委員会が中心になって、原因を分析するとともに、改善策を検討し、再発防止に努めています。対応や経過等は、適切に記録し、保管しています。</p> <p>33. 非常災害対応マニュアルがあり、責任者や指揮命令系統が明確にされています。マニュアルの内容は、職員に周知され、研修や訓練を行っています。年2回の避難訓練では、隣接の介護施設と共同で行い、地区の区長宅へ、ホットラインで連絡をいれることが決められています。自然災害発生時には、家族、ケアマネジャー、他事業所と連携し、利用時間の変更等も検討しています。食料等の備蓄は、隣接する介護施設と共同で行っています。</p> <p>34. 自然災害、感染症まん延等、事業継続に不測の事態が生じた場合に備えて、実情に合わせたBCPを作成しています。BCPは、事業所運営を維持する視点とともに、サービス利用者に必要な介護サービスを継続して提供するという視点で、作成しています。また、計画に沿った訓練も行っています。</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
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. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行うことが、法人理念に明文化され、事業計画等に反映されています。アセスメント時に使用する「興味関心シート」等を活用し、利用者の状況を適切に把握することで、意思決定支援に繋がっています。アンケート調査からも、サービスに対する満足度が高いことが伺えます。利用者の尊重や基本的人権の配慮においては、「人生の大先輩との思いを常に持って接する」ことが徹底され、研修でも周知されています。</p> <p>36. 虐待防止・身体拘束廃止マニュアルを定め、研修を実施しています。虐待防止委員会を設置し、年度初めと年度末にチェックリストを使って、職員意識調査（虐待の目チェックリスト）を行うことで意識の浸透を図っています。不適切ケアについては、身体拘束適正化委員会が、年度末に口頭で聞き取りを行うとともに、自己評価アンケートを実施して、確認しています。</p> <p>37. プライバシー保護についての規程・マニュアルが整備されています。毎年行っている「自分の棚卸しシート」の中に、プライバシー保護の項目があり、各職員が確認できる仕組みになっています。排泄介助や入浴介助は、衝立やカーテンを使用し、プライバシーに配慮しています。また、同性介助を希望する利用者にも、対応しています。虐待防止委員会が、プライバシー保護についても、啓発を行っています。</p> <p>38. 基本的に、利用の申し込みを断ることはありません。曜日によって余裕がなく利用が出来ない時は、ケアマネジャーを通じて、理由を説明しています。利用者の身体状況、精神状態を理由に断ったことはありません。配慮を要する方については、市または病院と相談しています。在宅で看取りの状態にある利用者も、受け入れています。</p>		
		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	A
		(評価機関コメント)		<p>39. 送迎の際に、希望や要望を必ず丁寧に聞いています。玄関に「うさぎさんカード」（意見箱の名前）を設置し、投稿しやすい工夫をしています。今年度から「介護者家族アンケート」を実施し、きめ細かい要望等が聞けるようになりました。希望や要望があればすぐに検討し、速やかに対応しています。利用者の要望等で実現したことはインスタグラムなどで公開しています。夏祭りを開催し、来園してもらうことで、家族との情報交換の機会にしています。</p> <p>40. 苦情処理対応マニュアルがあり、マニュアルに基づき、迅速に対応しています。利用者等にも、苦情対応について周知しています。些細なことでも、相談・苦情受付書に記録し、再発防止に努めています。利用者からの意見、要望について改善された際にはインスタグラム等で公開しています。</p> <p>41. 重要事項説明書に、第三者機関の相談窓口や電話番号等を記載し、掲示板でも掲示しています。利用者から寄せられた苦情等について、迅速に対応する仕組みができています。事業所に、利用者家族の楽器演奏ボランティアを受入れています。</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てている	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	A	B
(評価機関コメント)		<p>42. 今年度から「介護者家族アンケート」を実施しており、アンケートを分析・検討するプロジェクトを、設置しています。法人で、サービス向上を目的とした「スキルアップ推進チーム(SUPT)」を設置し、サービス改善を確認する仕組みができています。</p> <p>43. 事業所内で、サービス向上について検討する会議を、必要に応じて、随時、行っています。日々の朝礼や終礼時にも、利用者に対するサービス内容について情報交換し、伝達項目や必要事項について確認をし合っています。業務中でも、サービスの質の向上について常に意見交換し、記録した内容は、管理者に伝えています。市の高齢者部会に参加し、他事業所の取り組みなどについて情報収集、情報交換を行っています。法人全体としては、スキルアップ推進チームに、全事業所から各職種の職員が参加し、サービス改善のための活動を行っています。</p> <p>44. 年度末に、事業所評価を実施しています。改善の必要のある項目については、次年度の計画に盛り込むなど、事業計画等に反映させてはいますが、評価分析を行う担当者等が、確認できませんでした。第三者評価は、3年に1回、受診しています。第三者評価の「自己評価シート」や作成チームの仕組み等を参考に、さらなる工夫を期待します。</p>		