

アドバイス・レポート

令和8年3月31日

令和7年10月1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ハーモニーこはた様）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

事業所概要	<p>通所介護事業所「デイサービスセンターハーモニーこはた」は、社会福祉法人くらしのハーモニーが、1995年（平成7年）4月に宇治市木幡に開設した「ハーモニーこはた」の3階建ての施設の2階にあります。他には、居宅介護支援事業所「介護支援センターくらしのハーモニー」、東宇治北地域包括支援センター（宇治市委託事業）が併設されています。また、施設全体の取組みとして、御蔵山学区福祉委員会の事務局の支援、地域のサロンへの機能訓練講師の派遣（出前体操）を行っています。当事業所は、定員30名で要支援1から要介護5までの利用があり、区分別では要支援1から要介護2までの利用者の割合が多くなっています。従来から地域のボランティアの活動が活発に行われ、事業所のサービス提供の手助けも行っていきます。</p>
特に良かった点とその理由 (※)	<p>1. 利用者の思いに寄り添ったサービスの提供ができています ○職員は、日頃の業務の中で利用者間の会話やつぶやきに常に耳を傾け、利用者の意向や業務課題を把握することで、利用者の立場に立ったサービスの実現に繋がっています。 ○活動プログラムの中の「手芸」に加えて、園芸が得意な利用者の話を聞き、新たに「園芸部」の取組みを加えたことで、デイに来る楽しみができた利用者が増えました。収穫された野菜は、デイの食事にも利用され、マルシェや地域サロンでも、手芸作品と一緒に販売、活用されています。また、麻雀が好きな利用者の声を聞き、機能訓練型の麻雀ゲームを取り入れたことで、これまで自宅でも無口だった利用者が、デイサービスのことを話すようになったことを伺いました。 ○利用者への聞き取りアンケートの実施やレクリエーション開催時に参加者からの要望を聞くなど、利用者の意向を敏感にキャッチしています。必要な時には、日常生活の様子を見るために、自宅を訪問し、利用者の意向にあったサービスを提案することで、自宅での入浴が可能になった事例がありました。 ○家族会を定期的に開催し、家族からの意向や利用者の自宅での様子を聞き取り、利用者・家族の思いに寄り添ったサービス提供に繋がっています。</p> <p>2. 職員が自律的に行動し、主体的に働ける職場環境ができています ○職場内のコミュニケーションがよく、信頼関係ができています。チームワークがよいとの声を、職員ヒアリングで確認できました。職場には、ストレスフリー（失敗を恐れない心理的安心感）の環境ができていて、例えば、アイコンタクトでも分かり合えるような一体感のある職場環境ができています。 ○業務課題が職員の中で共有されていて、リーダー以下職員が、チームとなって活動できています。フラットな組織ができていて、気づいた課題はその場で共有し、検討、解決、対応しています。何をしないといけないか、すべきことを職員全員が理解し自律的に行動しています。</p> <p>3. 地域との関係を大切にし、長い間にわたって良い関係ができています ○地域との連携が、施設開設以来続いています。さらに新たな取組みとして、地域の篤志家から提供された一軒家で「さかのまちカフェ」が、令和7年にオープンしました。京都府地域支援@プロジェクトの助成金を利用して、地域の子ども、おとな達の憩いの場が、ボランティアと一緒に運営されています。 ○事業所のある「金草原（かなくさはら）の学区」は、ボランティア活動が活発で、長年にわたり約10団体のボランティア（年間延べ600人）の活動が継続され、事業所との関わりが薄くなることなく、益々緊密な繋がりができ上がっています。 ○ボランティア団体も参加して製作する手芸品「kosyuge」（手芸のアクセサリ）が、事務所の前にも展示してあり、小学生が作品を見るために事務所に立ち寄ってくれるなど、地域に親しまれる施設になっています。</p>

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. マニュアルの定期的見直しについて ○各種業務マニュアルの内容の変更や見直しについては、作成を担当した委員会で対応していますが、「見直し基準」の定めがなく、見直しの時期や見直した日付も確認できませんでした。</p> <p>2. 苦情等の情報公開について ○利用者の意見・要望・苦情は様々な形で聞き取りを行い、組織として迅速に対応してはいますが、対応状況や改善内容の公表ができてませんでした。</p> <p>3. 事業評価の実施について ○第三者評価においては、事業所の定期的な評価の実施が求められていますが、「定められた評価基準」に基づく自己評価ができていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. マニュアルの定期的見直しについて ○各種業務マニュアルの定期的な見直しは、サービス提供を適正かつ確実に実施していくうえで必要な作業です。内容の変更のあるなしに関わらず定期的に見直しをすることで、業務内容を確実に職員に周知することができます。</p> <p>○また、内容の変更時期を明確にすることで、職員の業務への意識付けと事業者の説明責任を明確にすることができます。</p> <p>○是非、早急に「見直し基準」を策定し、定期的な見直しに取り組まれることを期待します。</p> <p>2. 苦情等の情報公開について ○苦情等の情報公開は、事業者の透明性とサービスの信頼性を担保する上で重要なものです。</p> <p>○情報の公開に当たっては、個人情報に配慮した上で、適切に対応されることを期待します。</p> <p>3. 事業評価の実施について ○第三者評価において自己評価を行う場合には「定められた評価基準」に基づくと記載されています。例えば、第三者評価シートを利用するなど、定義された評価方法に基づき自己評価を実施されるよう提案します。</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	2671200174
事業所名	デイサービスセンター ハーモニーこはた
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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	令和8年2月6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. 組織の理念及びビジョンを、事業計画書、ホームページ、広報誌に掲載しています。理念等に沿って事業計画を策定し、朝礼や会議等で理解を深めています。毎年の研修で職員全員に周知し、利用者、家族に対しては、家族会や広報紙等で紹介しています。 2. 理事会、評議会等各種会議を定期的に行い、理事者、管理者等が、事業経営に関する内容を決定しています。企画管理会議や常勤会議等の中で、職員の意見を反映する仕組みができています。職種ごとの職務権限を示した規程（キャリアパス制度）があり、権限委譲と各職種の責任が明確になっています。		
		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)		3. 理念及びビジョンの実現に向けた中・長期計画を、達成期間を明確にして、策定しています。事業計画は、利用者ニーズや日常業務等の中から、課題や問題点を明確にしています。事業計画を、年度当初に職員全員に配布し、研修も実施しています。事業計画書は、閲覧できるよう事務所に掲示するとともに、家族会でも説明しています。 4. 計画策定にあたり、日常の業務や各種会議のなかで業務課題を把握し、目標の設定をしています。設定した目標をもとに、具体的取組み内容を計画に記載しています。目標の達成状況について、6か月後に理事会で中間報告を行い、1年単位で目標の実現に向けて取り組んでいます。事業所会議の中で達成状況の評価を行い、結果に基づき、新たな計画策定に繋がっています。		
		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	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、法人研修の中で法令遵守に関する研修を受講しています。また、京都府の集団指導に参加しています。法令遵守責任者を理事長とし、関係法令の情報についてワムネット等で常に収集しています。倫理規程、運営規程等必要な法令集を整備し、PCの共有フォルダーに保管しています。重要な法令改正等については、その都度職員に回覧し、勉強会、自主点検で確認しています。</p> <p>6. 管理者の役割や責任の範囲が組織図、業務分担表に明記され、職員に認知されています。事業計画、運営方針を決定する会議に管理者が参画し、意見を述べています。職員の意見を聞く機会として、毎年個別面談を活用しています。非常勤職員とは、契約更新時に面談を実施しています。管理者自らを評価する仕組みとして、「組織活性化プログラム」を活用しています。</p> <p>7. 管理者は、事業の実施状況が確認できるよう事業所内で業務を行っており、業務を離れる場合には、常に携帯電話等で連絡が取れるようにしています。管理者は、事業の実施状況をミーティングや日報等で常に確認し、把握しています。全職員に社用携帯電話が貸与され、緊急時のマニュアルに基づき、管理者が迅速に指示を行い、事案に対応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	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. キャリアパスが明確になっており、業務の成果や貢献度等を評価する人事考課制度がありますが、理念、運営方針に基づいた「期待する職員像等」については、明文化されたものが確認できませんでした。成長記録シートを使った個人ごとの目標設定と年2回の面談を実施し、職員自身が自分の将来を描くことができる仕組みを作っています。</p> <p>9. 法人は、人員・人材確保の方針を定め、サービス提供に必要な専門職等必要な人員を配置しています。採用に当たっては、介護福祉士等有資格者を優先的に採用し、実務経験者については、採用後の資格取得支援を行っています。中・長期計画の中でも人材確保ための取組みを掲げ、インナーブランディング（事業所が持つ魅力と価値）を意識して、SNSや広報紙等での発信や採用活動を行っています。</p> <p>10. 法人全体で、新規採用時に法定研修を実施しています。段階的な技術習得をはじめ専門研修は、事業所単位で、階層別研修は、法人の地区エリアごとに実施しています。資格取得支援として、研修等の受講費の補助を行っています。毎日のミーティングでの事例検討や外部研修受講後の伝達研修を行うことで、職員の気づきに繋がっています。個別の目標管理を成長記録シートで行い、研修受講機会等の確保に配慮しています。</p> <p>11. 実習受け入れに関する基本姿勢を、明文化しています。マニュアルに基づき法人本部が受入れ窓口になって、実習指導者研修を受講している本部職員が、実習指導を行っています。</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. 有給休暇の取得率や勤務時間の管理は法人本部で行い、その内容は、各事業所の管理者に伝えられています。管理者は、個別面談を通して職員の意向把握に努めています。職員の悩みの相談窓口は、伏見エリアの法人施設に設置されています。育児・介護休業の制度があります。デイサービスの利用時間を工夫し、職員の残業時間を減らすことで、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みに繋がっています。また、業務の負担軽減となる入浴機器やインカムの導入を行っています。</p> <p>13. 職員の悩みは、日常的には管理者が対応し、専門的な内容は、主任介護支援専門員や法人理事（弁護士・産業医）のサポートを得ています。管理者が個別の面談の中で、上司に対する要望等についても聞き取りを行い、運営会議で検討しています。福利厚生（交流会、レクリエーション、誕生日祝い金）のための互助会「ハーモニー共済会」を、独自で運営しています。ハラスメント規程があり、アルコールハラスメントの記載もありました。1階と3階に休憩スペースを設け、ゆっくり寛げる場所となっています。</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. 法人理念、ビジョンに、地域との関わりを明記し、事業計画に明文化、広報紙で活動を紹介、学区福祉委員の事務局を担うなどしています。ダイルーム内での補助的活動を、ボランティアにお願いしています。「さかのまちカフェ（地域食堂）」を主催し、地域の他施設と一緒に活動しています（京都府の補助金を活用）。地域のボランティア団体と一体になった事業活動（さかのまちカフェ、マルシェ、手芸用品作成、販売）を行っています。</p> <p>15. ボランティア団体については、ボランティアカードで管理し、約10団体（年間ボランティア数約600人）が、施設で活動しています。ボランティアとの交流が長年続いており、利用者との関わり方を理解して活動しています。年2回、御蔵山小学校行事（7月の七夕、1月のどんど焼き）に参加し、交流を深めています。</p> <p>16. 地域包括支援センターが集会所で実施する「脳力あつぷ教室」で、認知症予防の体操を、毎月、実施しています。学区福祉委員会の事務局であり、広報誌づくりに協力（事務所内で実施）しています。令和7年から施設裏手の住宅を借り受け、ボランティア、地域住民、他施設が参加して「さかのまちカフェ」を開催しています。</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、インスタグラム（フォロワー6千人）で事業所情報を発信し、受入れ状況（空き状況）を、広報誌に掲載しています。施設情報の適宜見直しを行っています。見学に随時対応し、無料の体験利用にも、希望の曜日や意向を聞いて対応しています。		

(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. サービスの開始にあたり、重要事項説明書や料金を記載した「しおり」を用いて説明しています。併せて、保険外サービスについても説明し、利用者の同意を得ています。後見人等が必要な利用者の場合も、その代理人と契約を締結し、適切に権利擁護の取組みを行っています。		
(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)		<p>19. 利用者の心身状態や生活状況をNMスケール、N-ADLスケールや生活歴等で把握し、多角的にアセスメントを実施しています。利用者の意向を聞き取り、主治医や専門職と連携して、アセスメントを行っています。毎月のモニタリングや担当者会議で利用者のニーズ・課題を明らかにし、記録しています。更新月や状態の変化、居宅サービス計画書が変更される時に合わせて、アセスメントを行っています。</p> <p>20. 利用者の心身状況、生活環境等を基に定めた具体的な目標を、個別援助計画等に明記しています。利用者・家族からニーズを聞き取り、自立支援に繋がる個別援助計画（機能訓練型の麻雀ゲームや園芸等）を策定しています。計画決定に当たっては、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・家族が参加しています。</p> <p>21. 個別援助計画策定にあたり、主治医・ケアマネジャー等専門家及び他事業所と意見交換を行っています。施設内でも看護師・機能訓練士等多職種間でカンファレンスを行い、これらの情報や意見は、個別援助計画に反映しています。</p> <p>22. サービス実施状況や利用者の状況変化等は、業務日誌やPCソフトにより、職員から管理者までが確実に確認する仕組みができています。計画の見直しは、時期・手順等を定め、毎月、適切にモニタリングを行っています。計画の見直しの際には、サービス担当者会議に出席または照会し、専門家等との意見交換を行っています。更新時や状態に変化があった時の計画の変更内容は、職員に周知しています。</p>		
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	A
(評価機関コメント)		<p>23. 主治医との相談が常に必要な利用者のリストを作成しており、医師との連携体制ができています。利用者が入退院する場合には、ケアマネジャーを通して情報を得ています。主治医やその他関係事業所の連絡先のリストを作成し、職員間の情報共有を図っています。地域包括支援センター（事業所内にある）の「小地域ケア会議」に参加し、孤立地域の課題解決に協働して取り組んでいます。また、社会福祉協議会が主催する、地域で活動している様々な団体の集まりである「地域支え合い仕組み作り会議」に出席し、地域課題についての情報交換を行っています。</p> <p>24. 他のサービス等に移行する場合は、サービス担当者会議に出席し、必要な情報の申し送りを行っています。会議に参加できない場合は、情報を記入した照会用紙を、ケアマネジャーに送っています。サービスが終了した利用者等の相談があれば、いつでも対応しています。</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、職員が話し合いの上、共通理解を得て作成しています。ヒヤリハット、事故報告内容を検討し、必要があればそのマニュアルの担当委員会で見直しを行っています。全体的な見直し基準がなく、見直した日付も確認できませんでした。「見直し基準」を策定し、毎月の会議や委員会の中でそれぞれ検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>26. 利用者一人ひとりの記録は、PCシステム・個人ファイルで整理し、計画に基づくサービスの実施内容や利用者の状態の推移等も、適切に記録しています。文書管理に関する規程があり、責任者が設置されています。電子データの取扱いも含め記録の管理に関しては、入職時や毎年の研修で個人情報保護等について、職員に周知しています。</p> <p>27. 利用者に関するサービス担当者会議の記録や個人記録、申し送りや引き継ぎなどを、業務日誌にファイルし、職員間で情報を共有しています。心身状況に変化があった時や介護保険の更新時にケアカンファレンスを行い、曜日ミーティングで記録・情報を共有しています。PCシステムによる情報共有ができていますが、セキュリティに関しては、パスワードが共有のため、個人ごとのパスワード設定が課題となっています。</p> <p>28. 介護保険の更新時の担当者会議への出席や年2回の家族会を開催することで、家族との情報交換の機会を作っています。家族アンケートで、家族会の内容を決めています。今回は「食事と認知症」をテーマに、食事の仕方やデイの日常をビデオで紹介し、家族に好評でした。毎日の様子は連絡帳でやりとりし、バイタルやサービス内容とともに、利用時の表情や体調変化など、特記事項を伝えています。家族とは送迎時に話を聞くようにしており、広報誌などでも様子を伝えています。</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. 感染症の対策及び知識・予防に関するマニュアルを作成しています。年間計画に基づき、毎月の常勤会議で、感染症に関する研修を行っています。感染の動向を毎月チェックし、流行期には、感染対策を強化しています。感染症の有無を確認し、マニュアルに基づき利用を受入れていて、二次感染に対応する仕組みがあります。</p> <p>30. 事業所内の書類・備品等は整理・整頓され、安全に保管されています。清掃は職員が毎日行い、衛生チェックリストにより点検を行なっています。絨毯、ワックス清掃、ガラス清掃（年2回）、空調管理、水道メンテナンスは、業者委託し、作業表で内容を確認しています。空気清浄機の設置と一日2回の換気で、臭気対策と感染症予防対策を行っています。</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。	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は、予防マニュアルとともに作成しています。送迎車両と設備機器の点検、救急訓練、防災訓練を行なっています。事故や緊急時等における責任者及び指揮命令系統は、BCPの中で明示しています。</p> <p>32. 事故等が発生した場合には、適切に対応した上で、利用者、家族等に説明し、事故報告書に対応経過を記録しています。毎月の全体会議等で事故の分析・防止策等を検討し、評価・見直しをして、職員に周知しています。</p> <p>33. 災害時に対応したマニュアルがあり、マニュアルに基づく研修や訓練を、計画に従って実施しています。自衛の消防体制を組織し、消防組織図を施設内に掲示しています。自然災害発生時に備え、地域住民用の米を備蓄し、備蓄リストも作成しています。地域の防災拠点として防災訓練には、地域住民に参加を呼びかけています。</p> <p>34. BCPは、法人本部で作成しており、研修や訓練は、計画に基づいて実施しています。宇治市のマニュアル等を参考に、経時的な状況の変化への対応ができるものとなっています。ハザードマップで想定される水害に対応して、避難所までの避難訓練を実施しています。</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

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を行うことを、運営規程の運営方針や事業計画の「法人バリュー」に明記しています。利用者個々の認知能力を多角的なアセスメントにより評価し、利用者の意向にあった温かなサービスと人権に配慮した取り組みを行っています。職員の日常業務を振り返る仕組みとして「曜日ミーティング」があり、身体拘束や高齢者虐待防止法については、法人研修で周知徹底しています。</p> <p>36. 利用者の虐待防止等の規程・マニュアルが整備され、研修も実施しています。虐待防止の担当者は管理者で、虐待の発生を防止するための検討を、常勤会議の中で行っています。「虐待の芽チェックリスト」やヒヤリハットの事例をグループワークで検討し、「不適切ケア」とは何かについての気づきを促す取り組みが実施できています。</p> <p>37. プライバシー保護について、規程・マニュアルが整備されています。利用者のプライバシー等に配慮したサービスを提供するために、日々のミーティング、OJTの中で意識付けを行っています。介護現場においてプライバシー保護や羞恥心への配慮ができるよう、カーテンでの仕切り・同性介助・言葉かけを行なっています。プライバシーや羞恥心に関する研修を、毎年実施しています。</p> <p>38. 曜日ごとの受け入れ可能な状況を「こはた通信」に掲載し、利用希望者にとって希望を伝えやすい環境を作っています。希望通りの受け入れができない場合には、ケアマネジャーを通じて、他の事業所等の紹介しています。特に配慮を必要とするケースでは、「京都府リハビリテーション支援センター」と連携し、高次脳機能障害の利用者を受け入れた実績があります。</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. 利用者等の意向を、満足度調査や意見箱など複数の取り組みにより、引き出す工夫をしています。毎年、家族会開催の前にアンケートを配布し、意見等を収集しています。また、利用者への聞き取りアンケートの実施やレクリエーション開催時に参加者からの要望を聞くなど、日常の業務の中で利用者等の意向を敏感にキャッチし、デイ全体会議で情報を共有しています。利用者との個別面談を行い、必要な時には自宅へ訪問して意見等を聞いています。</p> <p>40. 利用者の意向は、PCシステム（ケアカルテフォーマット）に記録し対応しています。苦情解決の仕組みは、重要事項説明書に記載し、利用者・家族に周知しています。利用者からの苦情や意見等は、ケアカルテに記録し、曜日ミーティングやデイ会議の中で共有し、サービスの改善に活かしています。苦情・要望等の改善状況を個人情報保護に配慮しながら公開することは、継続課題となっています。</p> <p>41. 事業所関係者以外の相談窓口並びに公的機関の相談窓口の電話番号等を、重要事項説明書に記載しています。ホームページや事業所内の見やすい場所にも掲示し、寄せられた苦情等については、迅速に対応して、記録しています。大学生などのボランティア等の人材を受け入れています。</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	A	B

		(評価機関コメント)	<p>42. 利用者の満足度調査や利用者家族へのアンケートを実施しています。把握した結果は、常勤会議や全体会議において検討し、改善すべきポイントを確認しています。</p> <p>43. サービスの質の向上に係る検討会議として、運営管理者による企画会議、主任以上のリーダー会議、常勤職員による常勤会議、非常勤職員も含む曜日ミーティングを毎月開催しており、各部門の職員が重層的に参加しています。地域団体や個人及び近隣施設が連携し、「京都府地域共生社会実現サポート事業」に採択された「さかのまちカフェ」を運営し、他の事業所との情報交換や地域課題の情報収集の場となっています。</p> <p>44. 前回の三評の調査項目・評価を参考にし、委員会で課題を明確にし、事業計画に反映しています。情報の公表制度に関する委員会で行っている「自己評価」は、三評にいう「定められた評価基準での自己評価」とはなっていませんでした。3年ごとに、第三者評価を受診しています。</p>
--	--	------------	---