

様式 7

アドバイス・レポート

令和 8 年 4 月 1 0 日

令和 8 年 2 月 1 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 向日市社協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

| | |
|--------------------|--|
| 特に良かった点とその理由(※) | <p>1. 事業計画等の策定 単年度の事業計画を年度事業計画書に記載し、中長期計画については第4次地域福祉活動計画に、達成期間を定めて記載していました。計画の策定に当たっては、職員会議での協議を通じて全職員からの意見を反映するように取り組んでいました。また、利用者や家族に対しては、法人広報紙「福祉パレット」への掲載を通じて計画に関する情報を周知していました。</p> <p>2. 事故の再発防止等 安全衛生委員会において、アクシデントレポート、インシデントレポート、および交通事故報告書の内容について協議を行っていました。協議した危険な事項を職員間で共有するよう「職員チェックシート」にまとめられ、情報の共有を図っていました。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取り組み 年1回利用者アンケートを実施し、意見・要望に対してサービスの質向上委員会、運営会議で検討を行い、職員全体研修で周知、改善に努めていました。年1回アンケートを開催することで、前年度との結果を比較し改善状況を確認していました。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由(※) | <p>1. 法令遵守の取り組み 局長は法人が主催する局長会議や、定期的に行われる経営に関する勉強会に参加し、知識の向上に努めていました。そこで習得した内容は、職員に伝達研修を行い、共有していました。しかし、職員が遵守すべき法令等をいつでも確認できるようにリスト化するなどの体制は整えていませんでした。</p> <p>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮 局長の役割と責任については、事務局規程に明文化していました。局長は各会議に必ず出席して意見を述べるとともに、会議の場での意見交換やヒアリングを実施していました。しかし、局長自らの行動が職員からの信頼を得ているか、把握、評価、および見直しを行う取り組みはありませんでした。</p> |

| | |
|-----------|---|
| | <p>3. 実習の受け入れ 実習・研修等の受入れマニュアルを作成し、基本姿勢、連絡窓口、事前説明の手順などを明文化していました。また、専門職に応じたプログラムも策定していました。しかし、実習を担当する指導者に対する研修は実施していませんでした。</p> |
| 具体的なアドバイス | <p>1. 法令遵守の取り組み 事業を運営するにあたって遵守すべき法令は、介護保険法のみではなく、労働基準法や道路交通法、消防法など多岐にわたります。そのため、こういった法令があるのかリスト化することで、関係法令を意識することにつながり、根拠を調べるときの参考になるのではないのでしょうか。また、リスト化した法令をすぐに調べることができるような仕組みとして、法令を検索できるサイトのショートカットをパソコンの画面に貼るなど、職員が迷わず検索できるようにされてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮 局長が自らの行動や方向性について評価する仕組みを作ることで、部下の指導方法や業務体制の見直しを考える機会となるのではないのでしょうか。職員面談を実施していますので、その機会を活用し部下からの評価を記載する様式を検討されてはいかがでしょうか。また、組織活性化プログラムの質問項目に上司評価もありますので活用してはいかがでしょうか。</p> <p>3. 実習の受け入れ 実習で求められる内容やプログラムは見直されることがあります。また、後継者育成という役割から、指導者自身も振り返りや新たな知識を習得し、より良い学びの場を提供できるように心掛ける必要があるのではないのでしょうか。例えば法人内で指導者に対する研修を企画するほか、実習指導者のフォローアップとなるような研修を受講したり、実習指導に関する講習会に定期的に参加する等、検討されてはいかがでしょうか。</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 | 2673100026 |
| 事業所名 | 向日市社協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) | 訪問介護・居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 令和8年3月9日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人 京都府介護福祉士会 |

| 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. 理念は事務所およびデイルームに掲示していました。職員に対しては、年2回開催する全体研修を通じて浸透を図り、欠席者には研修資料の回覧により周知していました。利用者や家族に対しては、理念を掲載した法人広報誌「福祉パレット」を年3回、施設広報紙「にこにこだより」を毎月発行し、周知を図っていました。 2. 理事会を年2～3回開催していました。定期的に開催する業務調整会議を通じて部署ごとの状況を職員間で共有し、必要に応じて局長が上位会議である社協会議へ報告を行うことで、職員の意見を反映する仕組みがありました。また、職員の権限については事務局規程に明記していました。 | | |

(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. 単年度の事業計画を年度事業計画書に記載し、中長期計画については第4次地域福祉活動計画に、達成期間を定めて記載していました。計画の策定に当たっては、職員会議での協議を通じて全職員からの意見を反映するように取り組んでいました。また、利用者や家族に対しては、法人広報紙「福祉パレット」への掲載を通じて計画に関する情報を周知していました。 4. 年度事業計画において、各部門ごとに目標を定めていました。半期に一度、職員会議で目標の達成状況を確認し、評価を行っていました。その評価結果に基づき、内容を業務改善表に落とし込むことで、課題の抽出と改善策の検討を行っていました。 | | |

(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 | B |
| 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. 局長は法人が主催する局長会議や、定期的に開催される経営に関する勉強会に参加し、知識の向上に努めていました。そこで習得した内容は、職員に伝達研修を行い、共有していました。しかし、職員が遵守すべき法令等をいつでも確認できるようにリスト化するなどの体制は整えていませんでした。</p> <p>6. 局長の役割と責任については、事務局規程に明文化していました。局長は各会議に必ず出席して意見を述べるとともに、会議の場での意見交換やヒアリングを実施していました。しかし、局長自らの行動が職員からの信頼を得ているか、把握、評価、および見直しを行う取り組みはありませんでした。</p> <p>7. 局長は常に携帯電話を所持し、常時連絡が取れる体制を整えていました。日々の事業実施状況については、毎日実績表を確認することで把握していました。また、事故発生時には事故対応マニュアルに基づき、職員から局長へ即座に連絡が入る体制を定めていました。</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 | B |
| (評価機関コメント) | | <p>8. 期待する職員像については、研修計画およびキャリアパスの中に明文化していました。研修を通じて職員が期待する職員像に近づけるよう取り組んでいました。また、人事の基準は分掌事務の基準に定めており、その基準に基づいて年に1回の面談を実施していました。面談を通して、職員が自らの将来像を描けるようアドバイスをを行う仕組みがありました。</p> <p>9. 地域福祉推進課がSNSへの情報発信を一括して管理し、事業所の魅力を伝えていました。現在は人員が充足しているため求人は行っていませんが、求職者等が職場の雰囲気をもとにイメージできるように、レクリエーションの様子や職場案内、ボランティアとの交流など、情報発信の内容を工夫していました。</p> <p>10. 職員研修については、研修一覧表において階層別に受講すべき研修を定めていました。研修受講後は、内容に関する意見を専用のフォームで集約・分析し、その結果をもとに研修内容を見直す仕組みを構築していました。また、キャリアアップ支援の一環として「職員資格取得奨励要綱」を策定し、資格取得費用の全額負担など、充実した支援体制を整えていました。</p> <p>11. 実習・研修等の受け入れマニュアルを作成し、基本姿勢、連絡窓口、事前説明の手順などを明文化していました。また、専門職に応じたプログラムも策定していました。しかし、実習を担当する指導者に対する研修は実施していませんでした。</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. 有給休暇の取得状況および時間外勤務については、地域福祉推進課が把握し、その結果を所長に共有していました。時間外勤務はほぼ発生しておらず、業務内容の見直しを随時行い労働環境の整備を行っていました。また、職員の介護負担軽減策として、トイレ内部の改装や手すりの増設、機械浴を導入していました。</p> <p>13. メンタルヘルスチェックを年1回実施し、受検後は京都工場保健会の職員からアドバイスを受ける仕組みがありました。福利厚生として、法人の費用負担による食事を年2回開催し、ストレス緩和に向けた取り組みを行っていました。また、互助会から年に1回ブライドカードを配布するなど、福利厚生が充実していました。</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 | ボランティアの受け入れ、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. 法人広報誌「福祉パレット」を年3回、地域に向けて17,000部発行し、事業所の運営方針や情報の開示を行っていました。また、地域ケア会議に参画することで地域ニーズの把握に努め、社会福祉協議会としての強みを活かした助言を行うことで、必要なサービスへの接続を支援する取り組みを行っていました。</p> <p>15. ボランティアの受け入れ、手続き、配置、事前説明の手順については、「ボランティア活動受け入れ」に記載していました。現在は個人46名、グループ3団体が登録しており、整髪、働くデイサービスの補助、歌声喫茶、楽器演奏会などの交流が継続的に行われていました。また、近隣の西ノ岡中学校に対しては、職場体験としての受け入れを毎年実施していました。</p> <p>16. 地域の寿司屋からガリや醤油詰めの仕事を受注し、地域の産業や仕事の一端を事業所が担うことで地域貢献を行っていました。仕事は就労を希望する利用者を対象として実施していました。また、地域住民に対して認知症サポーター養成講座や地域健康塾へ職員を派遣したりするなど、専門職による地域活動への参画や呼びかけを行っていました。</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. 事業所の情報を広く周知するための取り組みとして、ホームページによる積極的な情報公開を行っていました。特に、施設の日常や設備がわかる写真を効果的に掲載しており、視覚的に分かりやすい情報発信に努めていました。また、パンフレットにおいても一日の流れを詳細に記載し、利用のイメージを具体化できる写真を併用することで、利用者や家族が安心感を持てるよう配慮していました。 | | |
| (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. 介護サービスの利用開始に際し、契約書および重要事項説明書を用いて、サービス内容や利用料金について説明していました。特に、利用者本人の判断能力に支障があるケースにおいても、家族や代理人の署名・押印による契約締結を徹底していました。 | | |
| (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) | <p>19. 利用者情報の把握にあたっては、「基本調査票」を使用し、新規利用開始時における心身状況や生活環境等の情報収集を行っていました。しかし、利用者の状態変化や時間の経過に伴うニーズの変化を捉えるための、定期的な見直しやアセスメントの更新は行っていませんでした。</p> <p>20. 利用者の個別ニーズや課題は、ケース検討会議等の場を通じて職員間で共有していました。個々の利用者の状況に応じた支援の方向性や、具体的な解決策について多角的に検討し、検討記録に残していました。それにより担当者間での共通認識に基づいた一貫性のあるサービス提供に繋がっていました。</p> <p>21. 通所介護サービス計画の策定は、介護支援専門員からの求めに応じ、サービス担当者会議に参加していました。会議の場にて、事業所としての専門的な見地から意見を述べ、情報照会や意見交換を行うことで、ケアプランと整合性のとれた、実効性の高い通所介護サービス計画の立案に繋がっていました。</p> <p>22. 通所介護サービス計画書の見直しをする期間は介護認定の有効期間と定めていました。そのため6ヶ月以内の見直しとはなっていませんでした。また、見直し時期・手順等を定めた文書はありませんでした。</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。 | B | 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 | A |
| (評価機関コメント) | <p>23. 利用者の入退院時や急激な体調変化等において、介護支援専門員、医療機関と情報共有を図っていました。また、サービス担当者会議への参加を通じて、多職種間での意見交換や方針の確認を実施しており、その内容は適切に記録していました。これにより、状況の変化に応じたタイムリーな支援体制の構築に繋がっていました。</p> <p>24. サービスの提供終了や利用環境の変化に際し、介護支援専門員からの要望に応じて、利用者の心身状況やサービス利用中の経過について、書面や電話による迅速な情報提供を行っていました。移行後のサービス事業所への円滑な引き継ぎを図り、利用者が継続して適切な支援を受けられるよう、情報を引継ぐ体制がありました。</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。 | B | 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. サービス提供にあたっての各種マニュアルを整備しており、定期的な更新を行っていました。しかし、事故報告の分析結果や顧客満足度調査で得られた意見を、具体的なサービス内容の改善やマニュアルの改訂に反映する仕組みはありませんでした。</p> <p>26. 日々のサービス内容は統一した記録様式に記録し、利用者の心身状況や提供したサービス内容を項目ごとに記載していました。</p> <p>27. 日々のサービス提供における情報の伝達のため、昼休憩後の時間帯に合わせ、出勤している職員に口頭で申し送りを実施していました。また、口頭のみならず「業務連絡票」を活用することで、重要な事項や変更点が視覚的にも確認できる体制を整えていました。</p> <p>28. 送迎時や居宅訪問時に利用者・家族との情報共有をしていて、連絡帳や電話でも連絡していました。日常的に在宅療養手帳において情報共有を図っていました。介護者が抱える悩みや不安があった場合に連絡できる「介護者ホットダイヤル」の機会を設け介護者が相談しやすいように工夫をしていました。</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。 | A | A |

| | | | | | | |
|----------|---------------|----|--|--|---|------------|
| | | | | 29. サービス提供マニュアルの中に、感染症の予防策や発生時の対応手順を具体的に講じていました。また、専門の委員会を定期的に開催することで、最新の衛生管理情報の集約や対策の検討を行っていました。委員会での決定事項については、職員への回覧を通じて周知徹底を図り、組織全体で感染症予防に対する意識の共有と維持に努めていました。 30. 重要書類は事務所内の定位置に適切に保管しており、デスク上の整理整頓を徹底するなど、情報漏洩防止と業務効率化に向けた環境維持を図っていました。また、フロア内の衛生・環境管理として、イオン発生空気清浄機を3台設置することで、感染症対策とあわせた臭気対策を講じていました。 | | |
| (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 | |
| | | | 31. 事故発生時および緊急時における具体的な対応手順を定めたマニュアルを整備していました。マニュアル内には、有事の際における責任者の明確化や指揮命令系統を記載しており、迅速な報告と適切な指示を行う体制を構築していました。 32. 安全衛生委員会において、アクシデントレポート、インシデントレポート、および交通事故報告書の内容について協議を行っていました。協議した危険な事項を職員間で共有するよう「職員チェックシート」にまとめて情報の共有を図っていました。 33. 非常災害対策計画を策定しており、計画内には緊急時における責任の所在や指揮命令系統を明文化していました。避難訓練については、年1回以上の定期的な実施に加え、職員のみならず地域住民も参加可能なプログラムとして計画し、地域との共同訓練を実践していました。 34. BCP（事業継続計画）を策定しており、定期的な研修および実践的な訓練を継続して実施していました。大規模災害発生時の初動を迅速化するため、指揮命令系統や対応手順を整理したフローチャートを作成しており、緊急時における職員の役割分担を視覚的に分かりやすく整備していました。 | | | (評価機関コメント) |

| 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 | |
| | | | 35. 理念・運営方針、業務マニュアル、事業計画に利用者の人権保護や意志を尊重したサービス提供について明文化していました。年2回（2月・10月）権利擁護の研修を実施していました。申し送りや業務連絡表を活用し日々振り返りを行い、月1回の職員全体研修で申し送りでの内容を検討し対応していました。 36. 権利擁護・高齢者虐待防止についての規定・マニュアルを整備し、マニュアルに基づいて年2回外部研修資料も活用し実施していました。身体拘束禁止について運営方針・マニュアルに明示しており、不適切ケア発生時の対応方法を定めていました。虐待防止の担当者を定め毎月委員会を開催していました。 37. プライバシーに関するマニュアルを整備し、職員全体研修で年2回研修を実施していました。日々の業務の中で気づいた内容を申し送り・業務連絡表で共有し、プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を行うことを職員に意識づけていました。 38. 利用人数の調整にて待機を要する際は、待機者名簿を作成し公平な順番待ちとなっている旨を説明していました。エリア外の方の利用希望者については、範囲内となっている社会福祉協議会を紹介し、スムーズな支援につなげられるよう適切な連携を図っていました。 | | | (評価機関コメント) |

(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。 | B | 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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>39. 施設玄関に意見箱の設置・送迎時家族からのヒアリングや年1回の利用者アンケートを実施し、意見や要望の収集を行っていました。聞き取り時に出た意見・要望は、サービスの質向上委員会で検討し、改善・実現に繋げていました。また広報誌「にこにこだより」にて周知を行い、改善状況を伝えていました。「介護者ホットダイヤル」強化週間・家族会を定期的に開催し希望や要望を聞き取る機会を設けていました。</p> <p>40. 苦情相談対応マニュアルに基づいた苦情解決の仕組みがありました。苦情受付書を作成してサービスの質向上委員会にて検討し、申し送り・業務連絡表にて周知、改善に取り組んでいました。また、改善状況を利用者へ周知し個人情報に配慮した上で広報誌で公開していました。</p> <p>41. 第三者委員を設置し連絡先を掲示していました。重要事項説明書に公的機関等の相談窓口の電話番号・FAX番号・対応者氏名の記載があり、デイルーム内にも掲示していました。ボランティアの受け入れを行っており、来所記録を残していました。</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 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>42. 年1回利用者アンケートを実施し、意見・要望に対してサービスの質向上委員会、運営会議で検討を行い、職員全体研修で周知、改善に努めていました。年1回アンケートを開催することで、前年度との結果を比較し改善状況を確認していました。</p> <p>43. 年2回サービスの質向上委員会を行っていました。苦情や意見があった際、随時サービスの質向上委員会で検討し、改善に取り組んでいました。検討の内容は、職員全体研修で周知や対応の検討を行い、業務連絡表・申し送りを活用して改善に向けて取り組んでいました。他事業所の取り組みについては、社協運営会議にて情報収集・交換を行い職員全体研修にて周知していました。</p> <p>44. 年1回法人が作成する事業評価表（第二期向日市実施状況）にて自己評価を実施していました。また評価を行う担当も設置しており地域団体も評価に参加していました。年1回評価結果の分析・検討を行い課題を明確にして事業計画に反映していました。</p> | | |