

アドバイス・レポート

2026年1月20日

令和7年7月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスふれあいハート 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 (※)	(通番3) 単年度計画および中長期計画を策定し、フロア内に掲示して職員が日常的に確認できるよう周知している点が特に良く、事業所の方針や取組の「見える化」により運営の透明性と行動の統一につながっています。さらに、計画策定にあたって職員面談で出た意見を反映し、職員アンケートも実施して内容を事業計画へ取り入れているため、現場の実情に即した実行性の高い計画となり、職員の参画意識や主体性の向上にも結びついています。加えて、利用者・家族には対面で直接伝達する運用を行っており、文書だけでは伝わりにくい内容も丁寧に説明して理解と安心を得られる点が評価できます。これらを通じて、職員の声を計画に反映しつつ、掲示と対面説明を組み合わせる関係者へ確実に共有する仕組みを整えており、計画の浸透と継続的な改善を支える体制が構築されています。 (通番16) 地域への貢献として、職員の働き方に配慮し休憩室を設置するなど安心して働ける環境を整え、担当を1か月ごとに変える運用で業務の偏りを抑えています。また、トイレ掃除を含む衛生管理を丁寧にを行い、家族とは日頃からコミュニケーションを重ねて信頼関係を築いています。利用者保護についてはマニュアルや指針に頼るだけでなく、直接の対話と対面での関わりを重視して実践しています。加えて、毎日17時半以降に施設を開放し、民生委員やケアマネへ車いす・機械浴の使い方を説明して見学や学びの機会を提供しています。地域の資源ごみ回収では置き場所等を役所と連携して調整し、近隣の草引きやゴミ拾いも行っており地域環境の維持に主体的に参画しています。 (通番30) 生産性向上を行うリーダーのためのマネジメント研修に参加し、効率的なサービス提供につなげる取組として5S（整理・整頓・掃除・清潔・躰）を実践されています。小規模デイサービスで物を置くスペースが限られる中でも、動線や配置を工夫して整理整頓が徹底され、業務のしやすさと安全性の確保に結びついています。特にトイレは利用者の使用ごとに便座・手すりを状態に応じて次亜塩素酸希釈液やアルコールスプレーで消毒しており、臭気がなく清潔が保たれています。こうした衛生管理は感染症予防策として有効に機能しており、事業所内での感染拡大がみられていない点も評価できます。さらにデイルームは臭気対策機器を設置していないものの、天井の高い構造を活かした換気・環境面の効果もあり臭気がなく、利用者が快適に過ごせる環境づくりができています。
-----------------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）	（通番22） 毎月実施しているモニタリングの内容が個別援助計画（目標・具体的支援）と連動していないため、計画に基づく達成状況や効果、課題の変化を継続的に検証しにくく、計画の見直しや変更が必要になった際の判断根拠が曖昧になりやすいことに加え、担当者が変わった場合に評価の視点が統一されにくい点、またアセスメントから課題抽出、計画作成、モニタリング、見直しまでの一連の流れが整理・文書化されていない点が改善として望まれます。 （通番25, 29） 入浴や食事ケア等の業務ごと、および感染症対策マニュアルなど各種マニュアルをファイルで整備しており、利用者の尊厳保持やプライバシー配慮についても明記されています。また、日々職員同士で支援方法の確認や意見交換を行うとともに、3か月に1回の法人合同の感染症対策委員会を通じた研修や通達、緊急時連絡網や感染症BCP（業務継続計画）の策定など、緊急時の体制確保に取り組んでいます。 しかし、これらの各種マニュアルの内容について、「見直し」に関する取組みは確認できませんでした。 日々の実践や法人の委員会機能がマニュアルに還元されるよう、定期的な見直しの手順や時期を明確にし、常に最新の知見や現場の実態に即した内容へと更新していく仕組みづくりが望まれます。 （通番40, 43） 日頃から利用者とのコミュニケーションを通じて意見や要望、満足度、相談・苦情の聞き取りを行っており、その内容はケース記録へ記載されています。しかし、利用者や家族から上がった意見の内容について、事業所内外への公開は行っていません。また、日々のやり取りの中で意向把握に努めている一方で、事業所として客観的に評価を把握するための利用者満足度調査は実施されていません。 今後は、日頃の聞き取りだけでなく、定期的な満足度調査を導入することで、利用者の本音や潜在的なニーズを多角的に把握する仕組みが望まれます。さらに、寄せられた意見やそれに対する事業所の対応結果を適切に公開し、運営の透明性を高め、利用者や家族との信頼関係をさらに深めていくことが期待されます。
具体的なアドバイス	デイサービスふれあいハートは、2000年にヘルパーとデイサービスを開始し、今年7月にヘルパー事業所を新たに開設するなど事業を拡大し、現在は法人として11事業所を運営しています。理事長が「ゆりかごから墓場まで」という理念のもと、子どもから高齢者、障害者まで幅広い支援を行い、直接会ってコミュニケーションを取る姿勢を重視しています。高齢分野ではデイサービスを担い、定員15名の小規模体制の中で稼働率は100%と高く、希望があっても受け入れを断らざるを得ない状況です。南丹市で要支援者が増加する地域状況を踏まえ、要支援者の受け入れも行っており、利用者の平均介護度は1～2で、要介護4の利用者もいます。平均年齢は80代後半ですが、近年は60代・70代の利用者も増えており、多様なニーズに対応しながら地域の在宅生活を支える事業所として機能しています。 以下に具体的なアドバイスを記載いたします。 （モニタリングと個別支援計画の連動について） 個別援助計画に記載した支援内容をそのままモニタリング項目（視点）として明確化し、達成状況・効果・課題変化を確認できる様式に整えるとともに、状態変化や目標未達、ニーズの変化、リスク発生等を想定した計画変更の基準を設定して会議で共有し、さらにアセスメント→課題抽出→計画作成→モニタリング→見直しの手順について「誰が・いつ・何を確認するか」を文書化して運用し、担当交代があっても評価がぶれないよう記載ルールや観察ポイント、記載例を定めて職員間の共通理解を図ることを勧めます。

※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	2673400103
事業所名	デイサービスふれあいハート
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
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	2025年11月14日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク一期一会

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、基本理念を事務所に掲示し、年度初めに年1回の法人主催総会で理念周知を行っている。法人全体研修および新入職時研修でも周知を徹底し、新人研修は法人本部が一括して実施している。利用者・家族へは電話や対面の機会に個別に伝達し、ホームページにも掲載している。管理者が同席する場面が多く、理念の見直しについて日常的に話し合う機会として機能している。 2、理事会を年1～2回開催し、総会にも理事が参加している。経営状況の把握・分析は法人本部が一括して担い、各事業所の管理者は本部と常時連携できる体制を整備している。月1回のデイミーティングを実施し、職員が意見を表明できる仕組みを確立している。加えて毎朝の短時間ミーティングも継続し、情報共有と運営改善につながる日常的な協議の機会を確保している。			
(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、単年度計画および中長期計画を策定し、フロア内に掲示して周知している。計画策定にあたっては職員面談で出た意見を反映させ、職員アンケートも実施し、その内容を事業計画へ反映している。家族・利用者には対面で直接伝達している。職員の声を計画に取り込み、掲示と対面説明で関係者へ確実に共有する体制を整えている。 4、毎日の稼働状況や現場の出来事を整理し、週1回の週報として本部へ報告している。週報には月目標と週目標を明記し、進捗の共有と管理を行っている。前年度は外部コンサルティングを活用し、地域市場や経営状況を数値化して報告する仕組みを構築している。今年度は、その手法を継続可能な文化として根付かせる取り組みに移行している。			

(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。	B	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)		5、法人全体の理念に「法令遵守」を明記している。管理者は京都府人材センター主催の外部研修に参加し、制度理解の更新を図っている。必要時には役所へ直接赴いて確認し、直近では定員増員の相談を行っている。遵守すべき法令等は法人本部へ報告のうえ、各事業所内でもファイルで保管している。顧問社労士から届く情報も整理してファイリングし、職員が閲覧可能な状態を整備している。 6、管理者の役割と責任をキャリアパスに明記し、組織図は「事業所紹介」「法人総会」資料に添付して共有している。管理者は法人全体の月1回の責任者会議に参加し、方針・情報の統一を図っている。職員の意見聴取として職員面談を年2回実施し、管理者は随時面談も行っている。定期面談は理事長とグループ社長が全職員を対象に実施し、管理者も理事長・社長から面談を受ける仕組みを整備している。一般職員が管理者へ直接意見を伝えられる信頼関係と場を確立している。 7、デイサービスの特性上、管理者と職員が常に顔を合わせられる配置となっており、日々の実施状況を把握できる体制である。不在時や緊急時も常時連絡が取れる仕組みを整え、事務所内には緊急連絡網を掲示している。業務日誌は手書きで作成し、管理者も現場業務に入るため随時確認できる。職員指導や緊急対応が必要な場合も、管理者へ常に連絡が入る運用を確立している。		

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。	B	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。	C	B
(評価機関コメント)		8、デイサービス職員行動指針を策定し、求める人物像の共有と育成の基準として活用している。「職員能力評価シート」を整備して評価を実施している。行動指針策定に向けた職員アンケートには目標を記載する仕組みを設け、職員の意向を反映できる体制である。定期個別面談実施のお知らせを整備し、ワークライフバランスに配慮した取り組みも整えており、職員の働き方を支える環境整備が進んでいる。 9、人員不足が生じる日はグループ内でヘルプに入るなど、法人全体で補完する体制を構築している。専門職は機能訓練士、柔道整復師、看護師など多職種を配置し、支援の専門性を確保している。外国人人材は導入を検討しているが、現時点での雇用は行っていない。 10、ジョブメドレーと契約し、オンライン研修をいつでも受講できる体制を整備している。新入社員の新人研修は法人本部が一括して実施している。外部研修にも参加し、研修報告を記録して共有している。職員の目標管理は「年間個人別研修計画表」を整備し、計画的な育成と振り返りにつなげている。 11、「実習生・ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、受け入れの目的を明記している。時間割や事前オリエンテーションに必要な内容も記載し、受け入れ時の手順と説明事項を標準化している。実習生・ボランティアが円滑に活動できる準備と対応体制を確立している。		

(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)		12、有休消化率を把握し、有休取得を促す配慮を行っている。有休消化率は77.2%である。年2回の職員面談を実施し、働き方の課題把握と改善の取組みに活用している。「ワークライフバランスに配慮した取組み」を整備し、子育て支援やメンタルヘルス対応等を明文化している。職員が自由に接続できるWi-Fi環境も整備している。 13、「ワークライフバランスに配慮した取組み」にメンタルヘルスを明記し、グループ内の精神専門の訪問看護へ相談できる体制を整備している。職員全員が夏休み3日・冬休み1日を取得でき、有休・公休以外の休暇制度を確保している。「メンタル不調時対応マニュアル」を整備し、対応手順を明確化している。休憩室は建物外のプレハブを設置して安心して休める環境とし、近隣職員は自宅で休憩する運用も行っている。「セクシャル・パワーハラスメント、カスタマーハラスメント対策マニュアル」を整備し、年1回のハラスメント防止研修を実施している。		
(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。	B	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)		14、年2回開催の運営推進会議に地域の民生委員が参加し、継続的に連携している。ホームページにも法人として地域で暮らす皆様に向けた記載を行っている。コロナ前は地域の老人会と連携し、非営業日の日曜日に事業所を地域へ開放していた実績がある。現在も地域の抽選会やとんど祭りに参加し、地域行事を通じた交流と関係づくりを継続している。 15現在、習字のボランティアを受け入れて活動している。「実習生・ボランティア受け入れマニュアル」を整備し、受け入れ手順を標準化している。放課後等デイサービスの子どもたちが交流に来る取組みも行っている。 16、毎日17時半以降に施設を開放し、民生委員やケアマネに対して車いすや機械浴の使い方を説明するなど、見学や学びの機会につなげている。地域の資源ごみ回収では置き場所等を役所と連携して調整している。さらに近隣の草引きやゴミ拾いを行い、地域環境の維持に主体的に参画している。		

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、利用者への情報提供としてホームページやパンフレットを整備し、適切に周知している。夕方17時半以降は問い合わせや見学希望者に施設を開放し、見学対応の機会を確保している。見学があった際の記録は業務日誌へ記載する運用としている。見学者には昼食を無料で提供している。			
(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、契約書・重要事項説明書を整備し、説明のうえ同意を得て契約している。料金表も適切に記載している。判断能力に支障がある利用者については、家族または後見人と契約を締結している。			
(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)		19、ケアマネジャーからの情報や「サービス担当者会議」用紙に残したメモを活用し、利用者に寄り添ったきめ細かい対応を行っている。一方で、事業所として統一したアセスメント様式は定めていない。 20、居宅ケアプランに沿って、利用者・家族の希望や目標を反映した個別援助計画を管理者が作成している。作成後は家族等へ説明し、同意を得て運用している。変更時は本人の意思を尊重し、家族にも丁寧に説明して理解を得ている。 21、個別援助計画の作成にあたり、サービス担当者会議での意見を参考にしている。ケアマネジャーへは毎月、実績と1か月分のバイタルをまとめて届け、直接コミュニケーションを取りながら気になる点を相談している。リハビリについては柔道整復師がケアマネジャーや家族へ直接、現状と意見を伝達している。 22、利用者の心身状況はケース記録や日報に記載している。モニタリングは担当介護職員を中心に毎月実施しているが、個別援助計画に沿った内容にはなっていない。個別援助計画は事務所内でいつでも閲覧できる状態である。計画変更は必要時に行っている一方、変更判断の基準は定めていない。			
(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)		23、ケアマネジャーを通じて病院と連携し、退院時カンファレンスにも参加している。関係機関の連絡先は事務所内に掲示して共有している。南丹市通所部会が年2回程度開催され、参画して連携を図っている。地域包括支援センターや行政とも日頃から連携を継続している。 24、他事業所デイサービスからの移行時は体験利用を挟むなど、利用者の不安軽減に配慮した連携を行っている。連絡帳に記載する利用者個別の状況を一覧表化し、毎月ケアマネジャーへ提供しており、施設入居時等の受け入れ先との連携にも活用している。一方で、サービスの継続性に配慮した手順・手続きを定めた文書は確認できなかった。			

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)		25、入浴や食事ケア等、業務ごとのマニュアルをファイルで整備している。利用者の尊厳保持やプライバシー配慮もマニュアルに明記している。実施状況は日々職員同士で意見を交わし、支援方法の確認と意見交換を行っている。一方で、マニュアルの見直しに関する取組みは確認できなかった。 26、「個人情報保護マニュアル」に記録の保管・持ち出し・廃棄の取扱いを明文化している。個人情報に関して責任者会議で協議した内容は、議事録を回覧して職員へ共有している。 27、利用者の変化や情報共有を毎日の朝礼で実施している。手書きノート形式の「職員連絡帳」を整備し、日々の小さな情報も継続して共有している。利用者支援は毎月のミーティングでモニタリングを行い、職員間で意見を集約できる体制を確立している。 28、送迎時やサービス担当者会議など、家族と会う機会を定期的に確保し、サービス提供時の状況を伝えている。直接会えない家族とは電話で連絡を取り合っている。連絡帳を用いて毎回のサービス提供状況を報告し、情報共有を継続している。		
(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。	B	B
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)		29、「感染症対策マニュアル」を整備しているが、内容の更新は確認できなかった。法人合同の感染症対策委員会を3か月に1回開催し、職員への研修や通達を実施している。感染症発生時の緊急対応として緊急時連絡網を整備している。感染症BCPも整備し、緊急時の業務継続体制を確保している。 30、事業所内は整理整頓が徹底され、清潔な環境を保持している。トイレは利用者の使用ごとに便座や手すりを消毒しており、臭気もない。直近では5S（整理・整頓・掃除・清潔・躰）活動を実施し、業務の効率化と改善を継続的に行っている。		

(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)		31、「事故発生時の対応に関するマニュアル」と「緊急時の対応マニュアル」を整備している。責任者や指揮命令系統は事務所に掲示し、緊急時に即応できる体制を明確化している。災害時BCPを整備し、年2回BCPに関わる訓練を実施している。加えて年1～2回の防災訓練も適切に行われている。 32、大きな事故発生時は毎日家族へ説明に伺うなど、丁寧な対応を行っている。リスクマネジメントは法人本部で対策会議を実施し、事業所でも毎月の責任者会議を設けて対策を検討している。「ヒアリハット・気づきキャンペーン」を実施し、気づき・改善シートの提出用BOXを事務所に設置して、気づきの収集と再発防止につなげている。 33、BCPを策定し、災害発生時の対応体制を整備している。「地震発生時対応マニュアル」「水害時対応マニュアル」を個別ファイルで整え、指揮命令系統は事務所掲示とマニュアル内で役職名により責任者を明記している。マニュアルに基づく訓練も実施している。備蓄は3日分を想定して常備している。家族との連携はBCP内で利用者の個人情報リスト化し、緊急時の連絡・対応につなげている。 34、大規模災害に備え、防災に関するBCPと感染症に関するBCPを整備している。災害・感染の両リスクを想定した業務継続の体制を明確化している。		

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)		35、意思決定支援として、認知症のある利用者にも必ず声かけを行い、ゆっくり分かりやすい聞き方を徹底している。職員の言動で気になる点は管理者が日常的に声をかけて是正し、尊厳に配慮した支援を維持している。直近では外部講師を招き、職員向けに権利擁護研修を実施している。 36、虐待防止に関して「身体拘束等適正化マニュアル」「身体拘束排除マニュアル」「虐待防止委員会運用指針」を整備している。外部講師を招いた研修も毎年実施し、職員の理解と実践力を高めている。不適切ケアの防止では、トイレ等でプライバシーに配慮しつつ密室化を避け、職員同士が相互に確認できる体制で支援を行っている。 37、プライバシー保護について、トイレや入浴場面で十分に配慮した支援を行っている。利用者の尊厳を守る対応を徹底している。 38、利用開始前に体験利用を実施し、継続利用が可能かを利用者側・事業所側の双方で確認して判断している。		

(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)		39、意向を引き出す取組みとして、家族が意見を言いやすい関係性づくりを心掛け、利用者の意見・要望が事業所に伝わりやすい環境を整えている。利用者と職員のコミュニケーションでは、職員のモチベーションにも配慮した関わりを意識し、円滑な意思疎通につなげている。 40、日頃から利用者とのコミュニケーションで意見・要望を聞き取り、ケース記録へ記載している。一方で、利用者・家族から上がった意見の内容について、事業所内外への公開は行っていない。 41、元理事が第三者委員として相談窓口を担当し、フロア内に氏名と連絡先を掲示したポスターを掲示している。契約時に利用者・家族へ相談窓口について説明している。運営推進会議も開催し、外部の視点を取り入れる体制を整えている。		
(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	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。	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	A
(評価機関コメント)		42、日頃の利用者とのコミュニケーションを通じて、満足度や相談・苦情の聞き取りを行っている。一方で、利用者満足度調査は実施していない。 43、サービスの質の向上に向け、毎月1回の職員ミーティングで検討を行っている。ミーティング内容は職員へ配布し、各自が個人ファイルで保管する仕組みを整えている。具体的な改善取組も実施に向けて進めている。通所部会に参加し、他事業所の情報収集を行い、質向上に活用している。 44、法人本部が5Sの抜き打ちチェックを実施し、環境整備を中心に確認している。一方で、現状は環境面の確認が主であるため、今後は支援内容の実施状況や職員の働き方等も含めたチェックへ広げることが望まれる。		