

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 10 月 25 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成 2 年 10 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（せんしゅんかいデイサービスセンター一文橋）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>特に良かった点とその理由（※）</p>	<p>せんしゅんかいデイサービス一文橋は医療法人社団 千春会の傘下として、平成 24 年 12 月に開設されました。事業所理念は法人理念を継承して、理念（3 つの使命）1.患者・利用者の自立を支援し、良質な医療・看護・介護を提供する。2.仕事に誇りと責任を持ち、社会人としての向上を目指す。3.事業の充実により、住民の健康増進と地域社会の発展に寄与する。を掲げ、基本方針（5 つの志）と行動基準（7 つの実行）を明記しています。</p> <p>デイサービス一文橋の現在の運営は、①午前、②午後各 3 時間の 2 単位（①、②の連続利用もできますが、利用者全員が 3 時間の利用を選択）です。定員各 24 名、平均年齢 82.2 歳、平均介護度 1.8、利用登録者数 144 名です。昨年度より個別訓練加算を開始し、入浴と個別リハビリテーションを短時間でおこなう事業所として運営されています。</p> <p>○利用者の自立に向けた支援</p> <p>管理者は 3 か月ごとに利用者宅を訪問して、居宅での生活を自立に導くためにどのようなリハビリテーションが有効かを評価し、利用者（家族）の要望を取り入れ、通所介護計画、個別機能訓練計画を作成しています。入浴環境を理解した上で入浴動作強化訓練、段差があるための転倒予防訓練などを立案し、居宅での生活に生きる指導がおこなわれています。機能訓練指導員（看護師）の他に、法人の理学療法士や作業療法士が週 1～2 回来所して個別指導をおこなうとともに、職員に助言や指導があります。職員は入浴と個別リハビリテーションのみならず、個別レクリエーションの提供もおこない、有意義なデイサービスの環境を提供しています。利用者から「90 歳にして奇跡と言われる程に運動能力を維持できているのも一重にご指導のたまものと感謝しています」との言葉があります。</p> <p>○利用者意見の尊重</p> <p>意見箱「利用者の声」をフロアに設置して「空調の送風口からの冷気が直接当たり寒い」とか、「コロナ対策としてアクリル板を設置して欲しい」などといった利用者意見をすぐに取り入れ対応されています。一方で入浴リハビリテーション中の利用者が、座ったまま入浴できる「チェアインバス」を希望されることが</p>
------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>あります。デイサービス利用の目的を再度説明して理解していただくよう努めています。最大限利用者意見を尊重しつつ、状況に応じて断る勇気も併せ持ち、知見と高い専門性を発揮して事業所運営がおこなわれています。</p> <p>○個人レベルでの目標設定と自己研鑽</p> <p>職員は自己のレベルに合わせ、個人目標を作成し、その達成度を中期・後期に振り返っています。法人には介護職員のスキルアップを図る「介護認定制度」から「介護上位認定制度」（認知症、看護、リハビリテーション、栄養の4領域）を設けており、試験と座学を受けて1領域合格ごとに名札に★が増えます。また介護上位認定者は緑のユニフォームから赤いユニフォームに代わり、昇給もあります。このように職員に目標を持たせ、やる気を引き出す職場環境があり、自己研鑽に励む職員の姿があります。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○意見・要望・苦情の公開</p> <p>利用者は意向を直接職員に伝える方は多くおられ、居宅での訪問面談、「利用者の声」の意見箱の設置、顧客満足度調査など、利用者の意向を吸い上げる仕組みは多く持ち、真摯に対応されています。しかしアンケートの結果は季刊誌で公開されていましたが、日々聞き取った意見や要望の公開はできていませんでした。</p> <p>○第三者相談窓口の設置</p> <p>第三者の相談窓口は設置されていませんでした。当事業所では苦情は少ないとのことでしたが、予期せぬところで苦情につながることもあります。事業所の信頼をより深めるためにも法人と相談されることをお勧めします。また、登録者数の多い事業所でもあり、介護相談員や介護・福祉に精通されている方の協力を得て、外部の方との相談の機会を利用者に提供されてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○意見・要望・苦情の公表</p> <p>当事業所には苦情はあまりないとのことでした。聞き取った意見や要望には速やかに対処されています。また、感謝の言葉も届いています。施設の姿勢を地域に知ってもらうために、デイサービスフロアに掲示や家族に送付、ホームページ、季刊誌に個人情報に配慮して広く公開されてはいかがでしょうか。運営の透明性を図る一方法でもあり、事業所に対する社会的な信頼感を増すことにつながります。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2673100232
事業所名	せんしゅんかい デイサービスセンター—文橋
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3年8月4日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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志決定を行い、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. 事業所理念は法人理念を継承している。ホームページや季刊誌「せんしゅん」に理念と運営方針を明記し公表している。季刊誌は毎回利用者（家族）に配布している。職員は朝礼や各会議の前に理念を唱和しており、管理者からも毎月の全体ミーティング（職員会議）で話をして周知を図っている。 2. 全体ミーティングで検討した意見や提案は、エリアマネージャーに報告している。事案により、介護部長、各エリアのマネージャーが出席する介護運営委員会で検討して、結果はエリアマネージャーから報告がある。必要に合わせて理事会での検討もある。案件別に安全管理ミーティング（事故事例検討）、QI委員会（介護の質の検討）などで、各部署から参加した職員が意見を述べている。会議や委員会に参加した職員は事業所で報告をしている。透明度の高い事業運営である事を職員ヒアリングでも確認した。		
事業計画等の策定	3	組織として介護サービス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設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
(評価機関コメント)		3. 法人で中期計画（令和3年～5年）を作成している。法人の単年度事業計画に沿って、事業所部署目標「部門品質方針」と「部署品質目標」、「達成指標」を定めている。毎月、実施状況を分析・評価して改善し取り組んでいる。進捗状況は介護責任者会議で毎月報告している。そこで明確になった問題点・課題は介護運営委員会やQC委員会で検討し、結果を再度現場に降ろし職員への周知を図っている。 4. 事業所内で部署品質目標「在宅での自立生活が維持できるよう、日常生活動作の維持・向上を目指す」を定め、毎月の全体ミーティングで振り返りを行っている。各業務レベルでの目標は掲げていないが、各職員は個々の年間目標を作成している。管理者との面談で初期に力量評価を受け、年間目標を作成し、10月に中間評価、3月に総括をおこない次年度につなげている。職員の年間目標は介護部長に提出している。相談員、介護士、看護師それぞれの職種を意識した個人目標がある。個人目標も毎月取り組み予定を設定して見直している。		

(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、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や通知文書で得た必要な情報は、全体ミーティングで勉強会をおこなっている。使用した資料は職員に配布しており、再確認するよう促している。「法令順守・倫理マニュアル」を作成している。各種法令は、パソコン内に収め、職員がいつでも見られるように整備している。</p> <p>6. 管理者の役割は組織図、運営規定などに明記している。管理者は個別の職員面談や全体ミーティング時に、職員の意向確認や意見を吸い上げ事業運営に反映させている。管理者自身の職員からの評価は、毎年のストレスチェックの項目の中に盛り込み、パワーハラスメントなどがあれば管理者を介さず上層部に届くようになっている。</p> <p>7. 管理者外出時は、携帯電話を所持して連絡できる状態にしているが、連絡が付かない時は管轄マネージャーに連絡する体制が整っている。「緊急時対応マニュアル」を事務所に掲示している。申し送りノートや業務日誌の確認、報告などで、管理者は常に業務の進捗状況を把握している。事故や苦情については介護部長に報告し、介護部長から経営者へ報告している。</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						
	質の高い人材の確保	8	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	
	継続的な研修・OJTの実施	9	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	
	実習生の受け入れ	10	実習生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. 管理者が参加し毎月開催するQI委員会で、必要な人材や人員体制は検討している。会議では事例（中止になった、有効である、未達成）を持ち寄り、介護の質の検討をしている。有資格者を率先して雇用しているが、無資格者には法人の初任者研修や実務者研修での資格取得を奨励している。また、介護福祉士受験のための直前フォローアップ講座もある。</p> <p>9. 新入職員には1か月程度、先輩職員によるマンツーマンでの指導がある。研修は法人で新人対象、事業所内、全体の職員対象、資格取得などで企画している。今年度の集合研修はコロナ禍のため、Web研修で実施している。事業所内研修は資料配布の自己学習もあるが、確実に実施している。外部の研修案内も法人から届き、法人が推奨する研修や業務との関連性の高いものは勤務扱いとなり、研修費用や交通費の支援がある。個人の研修履歴は管理者が管理している。法人には上位認定試験制度（認知症、看護、栄養、リハビリテーション）があり、技能習得の度合に応じて達成度が名札に付加され、制服の色や報酬にも影響している。</p> <p>10. 法人の実習指導者研修を受けた職員が「研修・実習マニュアル」に基づき受け入れを実施している。新型コロナ発生以前には、中学生の体験学習を受け入れている。</p>			
(2) 労働環境の整備						
	労働環境への配慮	11	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	12	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、スタッフが充分にくつろげ、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>11. 有給休暇は法人労務課で管理し、毎月取得確認表が送られてくる。取得の奨励もある。職員の就業状況や意向は管理者が把握し、異動希望は管理者⇒管轄マネージャー⇒介護部長にあがる。就業規則に育児休業、介護休業は明記している。職員の負担軽減に向けシャワーチェアー、電動ベッド、スライディングボード、チェアインバスなどを活用している。</p> <p>12. 法人に産業医、社会保険労務士、弁護士が数名おり、心や身体の相談、法律や労務関係の相談と、内容に合わせ相談できる体制がある。また、数人のマネージャーから選んでの相談もできる。連絡先は職員休憩室に貼ってある。就業規則にハラスメント規定があり、職員が不当なストレスを受けない環境や体制を整備している。職員の福利厚生として互助会「さくら会」では、ビアパーティー、忘年会を毎年開催しているがコロナ禍で中止している。職員の休憩室はデイサービスフロアと離れて設置している。</p>			

(3) 地域との交流				
地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>13. ホームページや3か月ごとの季刊誌「せんしゅん」で、当事業所を含む法人全体の情報を地域に発信している。ホームページから情報公表にリンクし、利用料や従業員数、営業時間など必要な情報を知ることが出来る。2019年の「RUN伴」では、認知症サポーターとして利用者は応援をおこなっている。事業所夏祭りには、地域の方や併設のサービス付き高齢者向け住宅の方も招き、屋台を出すなどにぎわったが、コロナ禍で中止となっている。</p> <p>14. 法人の研修センターでは介護教室を毎月開催している。「家族向け介護教室」時には、当事業所職員も講師となり、介護の基礎知識とか現場の状況を話したり、要介護者として介護指導のモデル役にふんするなど役割を持ち協力している。医師会主催の「在宅療養手帳委員会」にも参加し、療養手帳の有効な使い方や事例検討、グループディスカッションなどで意見交換している。</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	15	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)		15.パンフレットやホームページ、季刊誌で事業所情報を提供している。季刊誌は利用者、家族に配布している。短時間デイサービスの特徴である、入浴や個別リハビリテーション、食事の提供など知ることができる。見学希望者は、居宅の介護支援専門員を介して来られ、その後の体験利用につながっている。希望者には、利用料金表を示し説明している。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	16	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)		16. サービスの時間帯や料金などは、重要事項説明書と重要事項別紙1～4を用いて説明をし本人や家族の同意を得ている。昼食代など介護保険外の料金も明示している。後見人を立てている利用者もいる。他の利用者のなかで判断能力に支障があると判断した場合は、居宅介護支援専門員に報告している。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	17	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	18	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	
	専門家等に対する意見照会	19	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・OT/PT・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	20	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>17. フェイスシート（基本情報）と利用者評価表で利用者の情報を収集している。利用者評価は、コミュニケーション能力、DASC（認知症の程度）、FIM（日常生活動作）、IADL（手段的日常生活動作）を評価して利用者の自立度をみている。6か月ごとに再評価している。</p> <p>18. 通所介護計画書に、利用者と家族などの希望や意向を記載する欄がある。居宅の介護支援専門員のケアプランに沿い、利用者（家族）の希望を踏まえ通所介護計画を作成している。管理者は3か月ごとに居宅を訪問し、生活上の課題の把握や利用者（家族）の要望を聞き通所介護計画書に反映させて、利用者（家族）に説明の上同意を得ている。居宅の介護支援専門員にも送付している。現在、サービス担当者会議はコロナ禍のため、利用者（家族）、居宅介護支援専門員で開催し、各事業所は書面照会で参加することが多い。</p> <p>19. サービス担当者会議に参加し、各事業所の支援の方針を共有している。居宅のケアプランに添い、短時間通所介護の役割を機能訓練指導員（看護師）、看護師、法人の理学療法士や作業療法士と共に検討し、個別機能訓練計画書を作成している。作成した個別機能訓練計画書は通所介護計画書とセットにして活用している。</p> <p>20. 通所介護計画書は3か月ごとにケアカンファレンスで見直し、利用者の変化により見直した部分は朱書きにして次の通所介護計画を作成している。「通所介護サービスマニュアル」に見直し手順を明文化している。</p>			

多職種協働	21	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
(評価機関コメント)		21. サービス担当者会議では医師をはじめ多くの事業所と連携しており、在宅療養手帳を活用し情報の共有がおこなわれている。利用者が退院する際に退院前カンファレンスに参加して職員間で情報共有をしていた。コロナ禍では、書面による照会となっている。特に本体医療法人からは通所介護の介護・看護・リハビリに対する具体的で丁寧なサマリーが届いている。必要な行政や関係機関のリストは事務所においてそのつど活用している。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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	23	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	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	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)		22. 業務マニュアルには「入職時オリエンテーションマニュアル」「介護基礎マニュアル」など、多種のマニュアルがある。年に1度見直しており改訂履歴がある。新型コロナウイルス感染症のような、緊急を要するマニュアルは年度途中でも何度も更新している。また、28項目の「利用者対応チェックシート」で、マニュアルに沿った支援が出来ているかどうかを、職員自身でチェックし管理者に提出している。月1度の全体ミーティングでマニュアルの勉強会を実施し、資料は各職員に配布するとともに必要に応じていつでも見られるようにしている。 23. 毎朝の申し送り事項や特記事項は、経過記録にも記入し個人ファイルに整理している。また、居宅のケアプランや通所介護計画、モニタリングなど必要書類もファイル化し、事務所のキャビネットに施錠して管理している。文書管理規定にのっとり文書管理が行われている。個人情報保護と開示に関する研修は、新人研修の他、事業所のマニュアル勉強会で定期的に取り上げて実施している。 24. 申し送りの内容は、申し送りノートに利用者特記事項を記載し、口頭と文書で確認できることで情報漏れを防いでいる。全体ミーティングでは全利用者の歩行状態を参加者全員で確認するとともに、参加していない職員にも会議録や口頭で伝え、3か月に1度の通所介護計画作成に反映させている。 25. 朝・夕の送迎の際や3か月ごとの居宅訪問、在宅療養手帳への記載などで家族との情報交換はおこなっている。個別に電話でのやりとりや臨時家庭訪問などもある。遠方の家族には、相談員が電話で意向確認をしている。		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	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	27	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)		26. 感染症マニュアルがあり、施設や訪問・デイサービスなどサービス種別ごとに具体的なマニュアルを作成し必要に応じて随時変更している。法人でコロナウイルス対策会議が開かれ、代表者が参加している。感染症対策委員会の議事録が毎月届き、職員間で回覧している。事業所の利用者や職員が感染症に罹患した恐れがある場合「感染状況報告書」を作成し、法人に報告し指示を仰いでいる。 27. 補助的職員が定期的に清掃をおこなっている。デイフロア内は清潔で、新型コロナウイルス対策として各テーブルに透明のアクリル板が設置されている。備品は整理整頓され、換気扇や4台の空気清浄機で換気が行われている。浴室やトイレは清掃が行き届き、汚物は密閉されて清潔に保たれている。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	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	29	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	30	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
(評価機関コメント)		28. 「事故防止・緊急時対応マニュアル」があり、全体ミーティングで順番に各マニュアルを取り上げ、理解を深める取り組みをしている。喉詰りやおう吐など個別の事故の訓練も看護師を中心におこなっている。AEDは業者による救急救命の講習を受け、職員は取り扱い方法を周知している。送迎時に利用者がおう吐をした場合の対策が現状では不十分であり検討課題としている。交通事故の緊急対応マニュアルは送迎車内にもおき、すぐに使えるようにしている。 29. 「インシデント・アクシデント報告書」により、起きた事故の報告や分析と再発防止への取り組みを記録している。事故発生時は、先ず法人本部に報告をあげて初動対応をしたうえで、毎月の事業所の安全管理ミーティングや法人の安全管理委員会で詳細に検討している。事故報告は月に0~1回、ヒヤリ・ハットは月に30~40件あり職員間で共有し注意をし合っている。行政への報告はこの3年間で1例ある。 30. 「非常災害マニュアル」を整備して、研修をおこなっている。年2回の火災訓練の他に、近くの河川の増水を想定した防災、不審者への「さすまた」を使用している。防犯訓練なども一緒におこなっている。「さすまた」の使い方は写真入りで解説し職員休憩室に貼っている。備蓄は水・カロリーメイト、食料、備品(日用品や衛生用品)など3日分の他に、地域からの高齢避難者の分を考えて多めに備えている。		

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	31	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
		プライバシー等の保護	32	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	33	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>31. 重要事項説明書「デイサービスセンター文橋の利用目的と運営方針」に「利用者の意志及び人格を尊重」し、それに基づいたサービスの提供をすることを明記している。「虐待防止・身体拘束排除マニュアル」に基づき、事業所の定期研修で周知を図っている。</p> <p>32. 「法令遵守マニュアル」にプライバシー保護の文言が入っており、プライバシー保護についてや接遇研修が組まれている。職員ミーティングで振り返る機会を持っている。日常の支援の中で、職員が利用者の話をする際他の利用者の頭越しにしないと、更衣や排泄時の羞恥心に配慮した対応、言葉遣いなどの気づきを職員間で話し合っている。</p> <p>33. 基本的に断らない方向で利用者を受け入れている。看護師の多数配置もあり、インシュリン・在宅酸素・胃ろうの方も受け入れる用意がある。認知症の進行などで通所が困難になられた場合は、居宅の介護支援専門員を通して他の事業所を紹介している。</p>		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	34	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ている。	A	A
		意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	公的機関等の窓口に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	B
		(評価機関コメント)		<p>34. 利用者は意向を直接職員に伝える方は多い。居宅への訪問面談時やデイサービスのホールに設置した「利用者の声」の小箱に月2～3枚入る投書などから、利用者の意向を吸い上げる仕組みがある。「要望苦情対応表」で記録に残し、全体ミーティングで検討し改善している。管理者との面談もおこなっている。</p> <p>35. 「苦情相談・対応マニュアル」に基づいて苦情解決を図っている。要望・苦情などには、迅速に対応すると共に全体ミーティングで検討している。テーブルにコロナ対策の亚克力板設置の要望がありすぐに対処した。利用者間のトラブルは職員が中に入り解決を図っている。年1回おこなっているアンケート結果は、季刊誌に公開している。日々聞き取っている意見・要望・苦情は個別に本人に返答しているが公開はしていない。実施した対応を利用者（家族）されることを期待する。</p> <p>36. 事業所担当者と公的機関の相談窓口を重要事項説明書に明記しているが、事業所の苦情解決責任者名の記載が望まれる。事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置できていない。また、事業所に介護相談員や外部の人材を入れ、利用者が相談する機会の確保など透明性を高める取り組みはおこなっていない。</p>		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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	39	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>37. 毎年法人で満足度調査を実施し結果が届く。職員間で検討しサービスの向上に役立っている。昨年はテーブル上に亚克力板設置した。また、処置時にゴールの使用の提案があった。職員を思いやる利用者がおられる。アンケートの結果は、介護部全体として広報誌に掲載し家族に報告している。</p> <p>38. 介護責任者会議やQC委員会に、営業実績や介護の質への取り組みを数値化して報告している。地域包括ケア会議や乙訓医師会主催の在宅療養手帳委員会に出席し、他事業所の取り組みを知る機会としている。</p> <p>39. 毎年ISO9001（品質マネジメントシステム）外部評価と他部署職員による内部監査を実施している。監査項目は、部署目標管理、力量評価サービス、サービス提供の管理など多岐にわたる。評価結果は法人と各部署がそれぞれ検討し、必要な項目は次年度の課題として引き続き目標設定に加えている。</p>		