

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 4年 11 月 30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

令和 4 年 9 月 16 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

特に良かった点とその理由  
(※)

### 1. 職員全員で利用者本位のサービスの提供に取り組んでいます

○法人の理念「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の提供」に沿って、事業所では日常のデイサービスにおいて、理念の実現に向け取り組んでいます。

○デイサービスでは、食事は、利用者にとって大きな楽しみです。事業所では、「食彩チーム」を中心に、利用者ごとの嗜好調査を定期的実施し「食事サービスシート」を活用し、個別メニューを実現して喜ばれています。

○機能訓練においても、個別の「リハビリメニュー」を作成し、利用者の自立支援に取り組んでいます。担当職員が利用者ごとに決られており、利用者宅訪問も行い、利用者の生活環境やニーズを把握してサービス提供に活かしています。サービスの中では、特に、機能訓練指導員(鍼灸マッサージ師)によるマッサージが利用者大変喜ばれています。リハビリ効果を測定し、利用者・家族に定期的に報告をしていることも、訓練参加の励みになっています。

○一般浴槽では、地元の天然温泉を提供しており、ゆったりとした浴槽は、利用者に、大変人気です。

○職員全員が丁寧な挨拶(一度立ち止まって、相手に正対して挨拶する)を、励行しています。利用者にしっかり向きあい、利用者に寄り添うその姿勢により利用者は安心して職員とコミュニケーションを、取ることができています。

### 2. 活発な委員会・チーム活動により各々の職員が自己研鑽に努めています

○法人全体で 4 つの委員会(感染対策、事故防止検討、身体拘束適正化検討、虐待防止対策検討)と 5 つのチーム(褥瘡対策、食彩、スキルアップ推進研修、認知症ケア、看取りケア)の活動が活発に行われ、全職員がいずれかの委員会

	<p>に参加しています。</p> <p>○各委員会・チームは、それぞれに活動計画を策定すると同時に、定期的に活動を振り返り「自己評価」しPDCAサイクルを実践しています。</p> <p>○法人の「教育・研修課」が、各委員会・チーム活動全体をサポートし、「協業体験により、お互いを理解し尊重し合える職員の育成」に取り組み、人材育成に大きく貢献しています。</p> <p><b>3. 事故防止に向け組織的に取り組んでいます。</b></p> <p>○事故防止検討委員会を中心に、発生した事故やヒヤリハットを分析し、改善策の立案、評価、取り組み内容の見直し(PDCA)を実践しています。</p> <p>○法人オリジナルの「ヒヤリハット体験報告書」は、日常業務の中で速やかに且つ的確に事例を提出できるように工夫されており、報告書自体がリスクアセスメントになっているので、分析・対策が、すぐにできるようになっています。</p> <p>○事故予防に向けKYT（危険予知訓練）も実施しており、実際に具体例をシミュレーションした研修も行っています。また、研修には、他の委員会やチームも参画し、「協業」による職員相互の気づきも大事にしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1. 具体的な事業計画の策定が望まれます。</b></p> <p>○中・長期計画において、いくつかの目標設定はされていますが達成の時期、取り組み内容等の具体的な設定が不十分です。</p> <p>○単年度の基本計画においても、計画項目は具体的に定められていますが、実施時期や到達目標が明記されていません。</p> <p><b>2. サービスの質の向上のための検討体制が望まれます</b></p> <p>○各委員会・チーム活動が活発に行われ、PDCAサイクルもしっかりとできていますが、それらの活動を「サービスの質の向上」という共通テーマのもとに統合し評価・検討する仕組みが必要と思われます。</p> <p><b>3. 利用者満足度調査実施が望まれます</b></p> <p>○以前は、利用者満足度調査を実施していたとのことですが、現在は行っていません。基本計画の中でも、利用者の満足するサービスの提供を掲げられており、食事の嗜好調査は実施しています。理念の実現のためにも、再度、利用者満足度調査を実施されることを望みます。</p>

## 具体的なアドバイス

**1. 具体的な事業計画の策定について**

○各委員会、チームでは、活動計画と同様に、PDCAサイクルに沿った計画設定、評価、見直しの時期等を明示しています。事業計画も、同様のフォームで策定されては如何でしょうか？

○中・長期計画については、各項目を5年ないし10年のスパンで達成時期を明確にし、単年度においては可能なものは目標を数値化してみてもいいでしょうか？

**2. サービスの質の向上のための検討体制について**

○現在法人では、各種委員会・チームが主体的に課題に取り組み、相互の「協業」も実現できています。ただ、それらを統合する仕組みが明確ではありません。

○第三者評価のチェック項目：通番38に「サービスの質の向上に係わる検討体制を整備し」とあります。せっかく色々な委員会活動で課題を明確にし、改善に取り組んでいる成果を組織全体として確認・評価する仕組みが明確ではないことは残念です。

○現在「教育・研修課」が各委員会・チーム活動を統括し、サポートされていると思われます。その活動内容を一段進めて、「検討委員会」として、組織化しては如何でしょうか。

**3. 利用者満足度調査について**

○貴事業所は、理念の実現に向け様々な取り組みをされています。食事の提供においては利用者の嗜好調査を実施しています。しかし、施設全般にわたるサービスの質の向上のための利用者目線の満足度調査は、現在実施していません。

○事業の基本目標にも、利用者の満足するサービスの提供と明記されています。「サービスの質の向上に係わる検討体制」の仕組み作りには、利用者ニーズの把握が必須です。是非とも、利用者満足度調査を実施して頂き、貴法人の現在実施している各種委員会のPDCAサイクルの取り組み全体を振り返って見ては如何でしょうか。

**所感：**

コロナ禍で地域交流活動や各種イベントが制限される中、貴事業所は利用者本位のサービスを心がけ、食事やリハビリにおいて魅力あるサービスの提供を実現されています。また、利用者にも一人もコロナ感染者を出していないとお聞きしています。これは偏に、貴事業所、貴法人のしっかりした感染対策の賜物と感服する次第です。また、施設長のリーダーシップのもと運営されていますが、同時に職員全員が、伸び伸びと仕事をされており、意見が言える職場環境になっていると感じました。今後とも組織を挙げて、理念の実現に向け取り組まれることを期待します。

※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)

※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	2672400021
事業所名	社会福祉法人 北丹後福祉会 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)	介護予防 日常生活支援総合事業
訪問調査実施日	令和4年10月12日
評価機関名	NPO法人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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 法人の定めた理念及び運営方針は、施設内に掲示しパンフレット・ホームページにも掲載しています。また、朝礼時に理念を唱和するなど、理念の浸透を図っています。事業所では半期ごとに、理念に基づく「基本の言葉」（今回は「ありがとうございます」）を定めて掲示し、職員は理念に基づくサービスの提供を日々心がけています。年度初めには、施設長が、理念・運営方針とともに基本計画を説明しています。 2. 法人の意思決定プロセスは、職務分掌規程により明確に定められています。職員の意見や要望は、管理者から事業所連絡会議等の場で提起し、各施設の運営に反映されています。また、責任と権限の委譲についても規程が定められています。理事会は年3回開催されています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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. 法人は、期間10年の「中・長期計画」でビジョンを示していますが、課題別の具体的な内容が不十分です。法人の単年度事業計画に基づく事業所計画が、策定されています。広く利用者ニーズや法律の改正を踏まえた計画を心がけることで、理念・運営方針の実現に取り組んでいます。事業所計画の立案にあたっては、各種委員会活動で提起された課題・提案を精査して計画立案に反映させています。 4. 各係でサービス向上のための課題を設定し、解決に向け取り組んでいます。特に、食事の提供においては「食彩委員会」が主導して利用者の嗜好調査を行い、アレルギー対策や咀嚼、嚥下機能などの課題を明確にしています。また、事業計画は半期ごとに達成状況を確認し、必要に応じて見直しています。			

(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. 管理者等は事業運営や改正法法令等に関する研修会に参加しており、必要な法令知識等を把握しています。法令に関する情報は、総務課より「ガーベラ通信」で提供され職員と共有しています。法令順守の研修が年に一度行われています。</p> <p>6. 職務分掌規程に基づき、自らの役割と責任を職員に表明しています。また、事業所の運営方針を決める際には、必ず経営責任者が意見を述べています。年に一度、職員面談を実施し、意見等を聞き事業所の運営方針に反映しています。また、教育・研修課長が、職員の面談に立ち会うなど、職員の意見を聞き出す工夫をしています。</p> <p>7. 現場管理者は、常時事業所内で業務を行っており、万一事業所を離れる場合は携帯電話で連絡が取れる体制があります。また、現場管理者は業務日誌等により事業の実施状況を常に把握しています。緊急事態が発生した際には、たとえ業務時間外でも緊急連絡網により指示できる体制があります。</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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 法人全体の人事管理については法人の総務課が担当し、事業所の人員配置基準も適切に管理されています。退職者の離職理由については、総務課で把握・分析しています。資格取得支援については、受験のための交通費や模擬試験の費用を法人が負担しています。</p> <p>9. 人材育成は、法人の事業計画主目標の一つになっており、職員に対する段階的、継続的研修プログラムが定められています。研修委員会が中心となり、研修計画の策定や各職員の研修状況の把握及び受講の促進を行っています。外部研修の情報も研修委員会が入手し、事業所主任を通じて職員に情報提供しています。研修受講に当たっては、勤務調整などの支援をしています。外部研修受講後は伝達研修を行い、職員が互いに学び合い、気づきを促す機会としています。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルを整備しており、今年も2名近隣の高校生を受け入れています。受け入れる際には、利用者に十分配慮しています。実習指導者研修を受講しています。</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. 法人総務課で有休、残業等の管理をしており、時間単位の年休の導入により有休消化率は平均で50%を超え残業は殆んど無いとのことです。管理者は、職員の就業状況をいつも把握し、また、就業についての意向も聞きながら勤務表を作っています。育児・介護休業及び子育て職員の看護休暇制度を設けて、職員のワークライフバランスを、十分に考慮しています。スライディングボードやリフト浴等の導入により職員の負担軽減を図っています。</p> <p>12. 京都市府民間社会福祉施設共済会のメンタルヘルケア情報を職員に周知しています。年1回の職員面談で職員の要望を聞く機会があり、管理者は職員の悩みなども聞き、スーパーバイザーとしての役割も果たしています。職員の休憩場所が確保されています。ハラスメント規定については就業規則等で詳細に定められています。</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. パンフレット、ホームページで事業所情報を開示しており、フェイスブックなどのSNSも活用しています。情報公表制度に基づき、事業所情報は公開されています。地域の方を対象とした元気アップ塾に参加しており、地域と交流を図っています。また「ゆうゆう介護塾」などのイベントも行っています。</p> <p>14. 認知症サポーター養成講座の開催や中学生向けの福祉講座を実施するなど、地域貢献を行っています。また、コロナ前は「認知症カフェ」「出前サロン」も開催していました。コロナ禍が納まれば再開する考えです。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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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. 事業所情報は、ホームページやパンフレットで分かりやすく提供しています。利用者の問い合わせや見学希望にはその都度対応しており、見学記録も作成しています。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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. デイサービスの利用に際しては、重要事項説明書で説明を行い、利用者・家族等から、同意を得ています。保険外サービスについても説明をしています。成年後見制度及び地域福祉権利擁護事業の利用者はいませんが、仕組みはあり以前は対象の利用者もいました。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 契約時に「居宅訪問チェックシート」「興味関心シート」を使用し、医師や専門家とも連携して、アセスメントを行い、通所介護計画を作成しています。口腔機能改善管理指導計画や個別機能訓練計画は、3か月ごとにモニタリングを行い、生活環境に変化がないか等の課題を、把握しています。</p> <p>18. 居宅介護サービス計画書に基づき、利用者や家族の希望を尊重した自立支援の個別援助計画を作成し、同意を得ています。具体例では、自宅で調理がしたいという利用者の調理実習計画を立案、実施したケースがありました。サービス担当者会議には、必ず本人、家族が参加しています。</p> <p>19. (退院前の)サービス担当者会議に参加して、医師や専門職などとの意見交換等を行っています。また、リハビリの現場見学に行くこともあります。専門家の情報や意見は、個別援助計画に反映されています。</p> <p>20. デイサービス利用時の、心身状況の変化の有無や、家族からの連絡事項等について、記録に残し確認するよう職員に徹底しています。通所介護計画は、6か月ごとに、機能訓練計画や口腔機能改善計画は3か月ごとに、見直しています。利用者の状態に変化があったときは、専門家やケアマネジャー等の意見を確認して計画の見直しを行っています。</p>			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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. 隣接する中核病院の地域医療連携室、居宅介護支援事業所、行政や地域包括支援センター、他事業所など関係事業所とは常に連携を図っており、これら機関のリストや資料があります。退院前カンファレンスに参加し、医師や関係機関と連携して利用者を支援しています。退院時は、医療機関からの退院時サマリーや、担当ケアマネジャー及び家族等から情報を得ています。			



(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。	B	B
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)		<p>22. サービス提供に係る業務マニュアル・手順書が整備され、毎年、見直しも行っていきます。マニュアル等は、職員の共通理解が得られるように、実用的な表現がなされ、変更箇所は、職員に周知されています。見直しの際は、利用者、家族の要望・希望・苦情や事故防止策を反映した例も、確認できました。</p> <p>23. 利用者一人ひとりの個別ファイルに、個人情報や日々のサービス提供内容が、適切に記録されています。利用者記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定を定め、職員に周知しています。個人情報保護と情報開示については、新人研修や内部研修で、教育を徹底しています。職員は、入職時に個人情報保護に関する誓約書を、提出しています。</p> <p>24. 利用者の情報は朝礼や終礼時に情報交換し、記録しています。参加できない職員には、記録を回覧し共有しています。送迎時の家族からの情報や利用者の様子などは、申し送り簿で共有し、ケース記録にも転記しています。利用者の情報交換は、リアルタイムに行われていますが、職員会議は定期的には開催されていませんでした。</p> <p>25. 迎える時に家族から自宅での様子を確認し、送りの時に利用中の様子を報伝えています。一人住まいの方や家族不在の場合は、必要な都度電話で連絡しています。デイサービス利用時の様子は、利用者・家族に了解を得たうえで、Facebookやインスタグラムに、掲載しています。利用者担当の職員を決めて、3か月に1回、通所介護計画や機能訓練の見直し時に担当職員が家族の要望等を聞いています。</p>		

(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)		<p>26. 感染症マニュアルを作成し職員研修を行うとともに、流行期には最新の情報を入手し、注意喚起をしています。利用者がコロナに罹患したケースはなく、クラスターも発生していません。毎年、マニュアルの見直しを行っています。職員は、常に手洗い・うがい・手指消毒を徹底しており、ユニフォームや靴下に至るまで施設内で洗濯して、菌を持ちこまない、持ち出さないを徹底しています。</p> <p>27. 施設内の書類・介護用品・備品等は、整理整頓され安全に保管されています。清掃は、専任の職員を配置し、居室や食堂、トイレ、浴室などは特に衛生的な状態に保たれています。害虫駆除は、専門業者に定期的に委託し、記録しています。換気扇や空気清浄機を使用して換気を行い、館内の臭気対策としています。臭気等は、感じませんでした。</p>		

(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)		<p>28. 緊急時対応マニュアルは職員に周知され、必要な訓練が行われています。職員は全員、普通救命講習または上級救命講習を受講しています。京都府下で初めて制度が導入された、京丹後市の「救マーク認定事業所」として登録されています。AEDが設置され、救急車到着までの間、常駐の上級救命講習受講済の職員が応急手当や心肺蘇生を行うことが出来る態勢を整えています。事故や緊急時における責任者及び指揮命令系統が明示されています。</p> <p>29. 緊急時・事故発生時対応マニュアルがあります。事故が発生した際は、適切に対応し、本人や家族、関係者に説明した上で、報告書を作成するとともに、速やかに保険者等にも、報告しています。毎年、事故データを集計して原因分析を行い、改善策などを検討してマニュアルや手順書の見直しに繋げています。職員にも、事故報告書の回覧を行い、周知しています。事故予防のため、法人オリジナルのヒヤリハット体験報告書を提出させて、分析し、マニュアルの見直しにつなげるとともに、KYT(危険予知訓練)も行っています。</p> <p>30. 非常災害マニュアルが作成され、職員に周知しています。火災・および非常災害を想定した避難訓練を年2回実施しています。訓練の前には、マニュアルの確認やシミュレーションも行っています。災害発生時には、市役所から地区区長宅にすぐに連絡が入る「ホットライン」があり、地区消防団等の救援を受けられる体制があります。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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	
	(評価者コメント)		<p>31. 法人理念に「利用者の尊厳を重んじ、質の高いサービスを提供し支援する」ことが明示され、全ての職員が日々理念実現に向けて取り組んでいます。食彩委員会での利用者一人ひとりに対応したきめ細かな食事メニューや個別のリハビリメニューにも、利用者の尊厳を重視したサービス提供の姿勢が、現れています。人権や尊厳保持についての研修もが、毎年、行われており、虐待防止や身体拘束禁止が、徹底されています。</p> <p>32. 排泄介助時や入浴介助時には、カーテンや衝立を使用し、相談援助業務は個室の相談室で話を聞くなどプライバシーに配慮しています。また、入浴介助は同性介助を希望される方に対応しています。プライバシー尊重についての研修会を定期的に開催し、プライバシーに配慮したサービスを提供しているかを職員が振り返る機会としています。</p> <p>33. 利用者の決定は公平・公正に行われています。曜日によって定員が一杯で利用できない場合は理由を説明しています。利用者の心身状況を理由に、利用を断った事例は、無いとのことです。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	B	B	
	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。	B	B	
	第三者への相談機会の確保	36	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者の意向を広く拾い上げるために、送迎時に利用者や家族の要望を聞くように心掛けています。また、利用者が話しやすい顔なじみの主任や生活相談員が中心になり、利用者や家族からの相談を受けています。施設玄関に「うさぎさんカード」を設置し、意見や要望を投書できるようにしています。さらに、3か月ごとの機能訓練計画見直しなどの機会に、利用者宅を訪問し、利用者や家族の要望を聞く機会としています。</p> <p>35. 利用者の意向に対応する「苦情処理対応マニュアル」があり、これに基づき、迅速に対応しています。苦情・要望に対しては、相談・苦情受付書に記録して管理者に報告し、組織として迅速に対処しています。また、職員に周知すると同時に、再発防止に努めています。ただ、苦情等の受付や改善状況について公開はしていません。今後、個人情報に配慮した上で、施設としての対応をホームページやお便り等で公開されるよう検討ください。</p> <p>36. 公的機関の相談窓口は、重要事項説明書に記載されています。苦情処理対応マニュアルを整備し、寄せられた苦情に対して対処する仕組みがあります。京丹後市には、介護相談員配置の仕組みは無いため、相談員の受け入れはしていませんが、受け入れる用意はあります。民生委員や有識者等を第三者相談員として受け入れを検討されては如何でしょうか。</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てている。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>37. 以前に利用者アンケートを実施していましたが、今は、実施していません。アンケートに代わるものとして、日常業務の中で要望や意見を聞き取り対応しています。聞き取った要望等は生活相談員を中心に検討し、改善に努めています。</p> <p>38. 法人内各事業所を横断した9つの各種委員会活動の中で、サービスの質の改善に取り組んでいます。委員会活動で提起された課題は、デイの管理者及び職員が共有し、それぞれの職場で改善に向け取り組んでいます。また、京丹後市内の事業所合同で、2か月に1回開催される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を行っています。</p> <p>39. 主任会議の場で、年度末に各事業所の年度計画達成状況を評価して、理事会に報告しています。各業務の責任者と主任で日常業務全般に亘る自己評価を行い、改善の必要性のあるものは次年度の計画に盛り込んでいます。第三者評価は、前回令和元年10月29日に受診し、要改善指摘事項について改善しました。</p>		