

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 4 年 1 1 月 3 0 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 4 年 10 月 12 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた、「佐濃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

<p>特に良かった点とその理由（※）</p>	<p><b>1. ぬくもりのある介護サービスを心がけています</b></p> <p>○職員は丁寧な言葉遣いで、心のこもった挨拶をされており、マナーが行き届いています。</p> <p>○事前アンケートには、親切で気持ちのいい応接をしてもらっている、職員さんに話をよくきいてもらっているという声が、多くあがっています。</p> <p>○職員インタビューからは、よい人間関係の中で、利用者の笑顔をはげみに、やりがいを持って働く職員の姿が、浮かんできました。</p> <p>○facebook には、季節に応じた行事や選べる食事などが紹介されており、利用者に喜んでもらおうと努力する施設の姿勢が、読み取れました。</p> <p><b>2. 研修制度と委員会活動が充実しています</b></p> <p>中長期計画の柱の一つである人材育成の実現のために、年間を通して充実した研修が用意されており、そこでの研鑽が、介護サービスの質の向上につながっています。</p> <p>特に、新人職員に対する 1 年間の OJT は、目標管理も確かで、専任トレーナーの人選にも気を配りながら、運営されています。それが、チームワークにもよい影響を与えています。</p> <p>また、同一法人の 4 事業所を横断的につなぐ形で各種委員会が設けられており、事業所間の交流が行われ、風通しのよい組織になっています。各種委員会が自律的、精力的に活動を繰り広げていることは、事業所全体の活力の向上につながっています。</p> <p><b>3. 法人の示すビジョンに基づき、一貫性のある、質の高い組織運営をしています</b></p> <p>法人は、理念に基づいた中長期（10 年）計画を掲げ、それを、各事業所は、</p>
------------------------	---

	<p>重点目標、年度計画から個人の育成シートにまで落とし込むことで、一貫性のある、統率のとれた組織運営を行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1. 利用者のプライバシーに対する配慮が必要です</b></p> <p>男性トイレに扉がなく、中が見える状況です。また、ロビー正面に静養のためのベッドが、複数台おかれています。一部に、プライバシーを守るカーテンがありませんでした。</p> <p>利用者のプライバシーや羞恥心の保護について、再度確認をお願いします。</p> <p><b>2. 苦情の公表が必要です</b></p> <p>近年、企業活動において、苦情処理についての捉え方が変わってきました。以前は、いかに早く穏便に収束するかに主眼がおかれていましたが、苦情を製品やサービスの改善機会と捉え、積極的に収集する動きも出てきています。また、適切な苦情処理は、逆に好感度をあげるという調査結果もあり、一部のサービス業などでは、進んで苦情の公表が行われています。</p> <p>佐濃デイサービスセンターに掲示されていた苦情相談窓口の案内ちらしにも、苦情ウエルカムの姿勢が明示されていましたが、苦情の公表はされていません。</p> <p><b>3. 課題の解決のために職員全員で協議する機会が必要です</b></p> <p>朝礼・終礼で、日々の活動の報告や事務連絡が効率よくやり取りされていますが、業務上の重要な課題について、職員全員で協議する場が必要ではないでしょうか。（一堂に会することが困難なら、協議を積み上げる方式もあります）</p>

## 具体的なアドバイス

**1. 利用者のプライバシーに対する配慮について**

男子トイレにドアがなく、利用者が見えてしまう状況が続いています。見守りや混雑時の安全確保に懸念があるためとのことですが、利用者個人のプライバシーの尊重の視点で、知恵を出し合い良い方法を考えてください。また、ベッドはカーテンレールの付け替えが困難であるという話を伺いましたが、カーテンレールがつけられないからというところで課題解決の取り組みをストップさせず、利用者のプライバシーや羞恥心の保護のために、工夫を凝らして、解決していただきたいと思います。

**2. 苦情の公表について、ポジティブな再定義を期待します**

クレームを受理してからサービス改善までのプロセスを公表する意味は、法人の不備を晒して謝罪することではなく、誠実で真摯な組織風土を明示して信頼を獲得するとともに、普段は見えづらいサービス改善の足跡を見える化することにあります。そのような視点から、苦情の公表について、再度、検討されることを期待します。

また、苦情そのものより、苦情に対する誠実な対応や苦情受理以降のサービスの改善に比重をかけて公表すれば、その情報は当事者にはもちろん、第三者にとっても有為であり、信頼感をはぐくむ契機になると思います。

もし、公表することに不安があるようでしたら、公表内容や媒体を限定し、様子を見ながら、段階的に進めていくのも一つの方法と考えます。

**3. 重要な案件には職員全員の意見集約をしてください**

年に何度かは、手間と時間（コスト）をかけてでもやるべき会議があると思います。たとえば、その一つが事業計画の策定です。

佐濃デイサービスセンターのサービスの向上は、職員の利用者一人ひとりへの関わり方にあります。利用者のニーズを敏感に感じ取り、サービスを改善していくのが最前線の職員であるなら、その声を元に、事業計画が策定される必要があります。業務の改善や変革をボトムアップで提案し、計画に反映していくには、熟議が不可欠であり、その熟議が、職員の主体性とチームワークを育みます。

※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	2672400054
事業所名	社会福祉法人 北丹後福祉会 佐濃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
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)		<p>1. 組織の運営理念は、よくまとめられて、玄関の掲示板や事務所内に掲示されているほか、朝礼時に、施設長から理念に関連した話をされることもあります。また理念は、中長期目標に、中長期目標は、年度目標に反映され、事業計画に落とし込まれています。家族に対しては、送迎時によく話を聞くなど、信頼醸成を心がけており、言葉より行動で、理念や思いを伝えていきます。</p> <p>2. 組織としての意志決定方法や機能は、定款、職能資格等級表、組織図に明確に示されています。理事会（通常年2回）、事業所連絡会議（月1回）、主任会議（月1回）等が、組織の縦のラインを形成し、各種委員会が横系となっており、職員の意思疎通の場としても機能しています。施設管理者は面談時だけでなく、日頃から職員とコミュニケーションをとり、組織運営に反映しています。</p>		
(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)		<p>3. 法人理念に基づいて、2014年度に10年計画が策定されており、9年目になっています。事業計画は、重点目標に基づいて作られ、時々の課題は、委員会活動等によって検討され、計画に落とし込まれています。令和4年度の事業目標は、新型コロナウイルス感染症の感染拡大を警戒し、「感染症予防」に特化しています。次期中・長期計画の策定にあたっては、できるだけ多くの職員の参画をはかり、達成時期を明確にするなど、より具体的な目標を設定するよう望みます。</p> <p>4. 感染対策委員会、事故防止検討委員会、身体的拘束適正化検討委員会、虐待防止対策検討委員会、褥瘡対策チーム、食彩チーム、スキルアップ推進チーム、認知症ケアチーム、看取りケアチームなど、多くの委員会が、課題別に設置され、課題解決に取り組んでいます。</p>		
(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、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. 研修計画は、階層別研修を含め、手厚く用意され、年間を通じて実施しています。法令改正等の情報は、総務課によりキャッチされ、事業所連絡会議で配布される他、「ガーベラ通信」という職員向けの機関紙で、退職者を含む全員に周知されています。事業所に『介護報酬の解釈 法令編』が備えてあり、更新もされていますが、より広い範囲の法令等を集め、いつでも情報を取り出せるように、リスト化などで明確にしてください。</p> <p>6. 組織の日常業務の中核となる事業所連絡会議には、理事長、施設長が参加しており、方針決定等に関する意思の疎通は図られています。運営管理者が、年度末に職員面談をして、年間の業務目標の達成度について確認しています。 定期的に、運営管理者を評価する仕組みはありませんが、朝礼、終礼の他にも日常的に職員と接する機会をつくり、ネガティブなことでも伝えあえる環境があります。</p> <p>7. 緊急事態の対応は、マニュアルに詳細に記されており、適正に処理されています。基本的に、デイサービスでは、夜間や休日の緊急事態対応はなく、施設管理者がその場で指示できることが多いのですが、会議等での外出時には、携帯電話を所持し、常に連絡ができる状態にしています。</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
<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. 総務課を中心に、人材確保のために、就職フェアへの参加や高校への訪問活動、ホームページ等でのPRなど、さまざまな努力を重ねています。職員採用は、本人の意欲を重視し、本人の希望があれば、入職後の資格取得に向けた研修や受験費用の負担を行い、サポートしています。</p> <p>9. 職階や職種に応じた手厚い研修計画が用意されているだけでなく、スキルアップ推進チーム（SUPT）が、研修参加率の向上も視野に入れながら、学びをサポートしています。 新人職員に対する1年間のOJTは、目標管理も確かで、専任トレーナーの人選にも気を配りながら、運営されています。外部研修等の情報伝達は、ガーベラ通信を通じて行われ、希望すれば、参加しやすい体制が整えられています。また、朝礼時に、挨拶の練習を続けるなどして、どの職員も、気持ち良い接遇を身につけています。</p> <p>10. 介護実習生の受け入れマニュアルは整備され、体制は整っていますが、佐濃デイサービスでは（立地的なこともあり）ほとんど実績がありません。高校生の体験実習も、コロナ禍で途絶えていましたが、今年、久美浜苑で受け入れがありました。実習指導の外部研修参加者は、法人他事業所におり、指導する体制は整えられています。</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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、申請すれば希望通り取得できており、時間単位で取得することも可能です。時間外労働も、委員会活動を除けば、ほとんどありません。また、育児休業法の取得実績もあり、男性の育児休業取得もありました。勤怠管理は、事業所で取りまとめたものを総務課に送り、そこで分析等がおこなわれています。職員の負担軽減として、スライディングボード、パワースーツ等を使用しています。</p> <p>12. 職員のストレスマネジメントの一つとして、京都市民間社会福祉施設職員共済会（ライフサポート倶楽部）の無料カウンセリングサービスを活用すべく、施設内掲示やガーベラ通信で周知しています。休憩室は広くはないですが、リラックスできる畳敷きで、きっちり1時間、休むことができます。就業規則に、ハラスメントが規定され、職員を守るために、重要事項説明書や契約書にも、ハラスメントの項目が設けられています。</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. ホームページは、丁寧に作り込まれ、法人の理念や定款、事業計画、事業報告にいたるまで、利用者にとって必要な情報が、多く掲載されています。また、従来の有線放送による事業所紹介（年1回）や新規利用者へのパンフレットによる広報の他に、近年は、facebookやInstagramも使って発信しています。</p> <p>14. 近隣の中学校で、認知症サポーター養成講座を開催しています。また、コロナ禍におけるフレイル予防のため、野外での「元氣Up塾」と呼ぶ運動プログラムを実施するなど、機会を捉えて、さまざまな地域活動を行っています。</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. 施設の情報は、ホームページや法人パンフレットで詳しく紹介されています。また、facebookには、日々の施設の様子が、頻りにアップロードされており、家族からも喜ばれています。施設の見学希望者には、随時、対応しています。			
<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. 契約時に、サービス内容や料金について、丁寧に説明しています。保険外サービスとしては、配食を、自主サービスとして実施しています。重要事項説明書に利用料金が記載されず、別紙参照となっていますが、証憑としての意味合いを考えると、重要事項説明書内に記載する方がよいように思われます。料金表は、事業所のフロアにも掲示されています。			
<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. 居宅サービス計画書と連動する、居宅訪問チェックシート、興味関心シート等を活用し、課題を把握しています。通所介護計画は、介護リーダーが、6ヵ月毎に作成、3ヵ月毎に見直しをしています。また、状況が変われば、その都度見直しをしています。</p> <p>18. 居宅サービス計画書には、本人や家族の希望を把握し、自立支援を考慮の上で、個別援助計画を作成しています。利用者のニーズを確認する工夫としては、構えないよう留意して、家族からも話を聞くようにしています。独居の方の場合、通所計画の同意は、家族に連絡して確認しています。場合によっては電話で説明し、郵送で、家族から同意をもらうこともあります。</p> <p>19. 退院前のカンファレンスに積極的に出席し、専門家の意見を聴取したり、退院時には、サマリーをもらったり、情報収集に努めています。また、状況変化等で入院される際には、報告をしています。</p> <p>20. 個別訓練計画は、3ヶ月ごとに評価し、見直し内容を記録しています。また、介護度の更新や状態の変化に応じて、見直しをしています。居宅訪問では、理学療法士か介護職員が、居宅の課題を抽出し、見直しや区分変更の提案、相談等も行っていきます。</p>		
------------	--	---	--	--

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	<p>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。</p>	A	A
(評価機関コメント)		<p>21. 常日頃から、関係諸機関との連携がはかれています。退院する利用者について地域医療連携室や訪問看護との情報交換は、しっかりとできています。退院前カンファレンスには、オンラインで何度か参加しています。提携先の久美浜病院とは、連絡の取り合える関係が築けています。</p>		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	22	<p>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。</p>	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	<p>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。</p>	A	A
職員間の情報共有	24	<p>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。</p>	A	B
利用者の家族等との情報交換	25	<p>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。</p>	A	A
(評価機関コメント)		<p>22. 業務マニュアルは、よく整備されています。ヒヤリハットの事例は、分析・検討し、全職員に共有することで、事故防止につなげています。</p> <p>23. 個人記録には、個別にサービス提供状況を丁寧に記載し、適切に管理しています。情報の持ち出し禁止を徹底しており、書類の5年間保存も、遵守できています。書類の廃棄は、本部が定期的に焼却処理しています。また、個人情報保護については、朝礼で注意喚起したり、ゲーベラ通信を活用して周知しています。</p> <p>24. 各種の情報は、朝礼や終礼時、申し送り簿等を活用して、効率的に共有していますが、定期的なケースカンファレンスは、行われていません。パート職員も含めて、きっちりと話し合う時間を設け、利用者の状況や支援内容について、十分に検討することが大切です。</p> <p>25. 毎日の送迎時に家族と会話し、情報交換をしています。また、希望される家族とは、ノートやメモを利用して、やり取りしています。日中、仕事をしている家族には、SNSの着信を残し、折り返してもらうこともあります。また、必要時には、担当職員や生活相談員が、訪問しています。</p>		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	<p>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。</p>	A	A
事業所内の衛生管理等	27	<p>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。</p>	A	A

	(評価機関コメント)	<p>26. 新型コロナウイルス感染症の流行期であり、「感染を出さないこと」を最重要目標として、対策協議を重ねています。検温、利用者の様子の確認、送迎車の換気、マスクの着用、職員の抗原検査、時間差休憩などなど、マニュアルを元に、徹底した対策を進めています。</p> <p>一方で、過度に利用者間の距離をとることはせず、相互のコミュニケーションを妨げないように、配慮もされています。</p> <p>27. 清掃は、職員が担当制でおこなっており、浴室、トイレ、洗面所等の水周りは、丁寧な清掃がされ、臭気はありませんでした。エアコン清掃や害虫駆除などは、業者に委託しています。</p> <p>また、フロアや浴室、トイレは、整理整頓がしっかりされていましたが、脱衣場や浴室天井のカビ対策など、抜本的な措置が必要なところがあります。</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。	B	B
	(評価機関コメント)	<p>28. 「緊急時、事故発生時マニュアル」が整備され、更新もされています。事故防止研修が、法人により実施されており、佐濃デイからも参加しています。毎年2月に、餅つき行事があるので、窒息時の対応訓練も行っています。また、上級救命講習を受講し、「救マーク認定事業所」の認定を受けています。</p> <p>29. 事故やヒヤリハットの事例は、分析・検討し報告書を上げています。年度末には集計して、職員間で共有し、再発防止に努めています。職員は、リスクマネジメント研修や、危険予知トレーニングに参加し、事故防止の意識向上をはかっています。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアルに基づき、年2回、避難訓練を行っています。水害地域から外れるため、火災を想定して行い、内1回は、消防職員も来て、行っています。緊急の際には、隣の障害者施設に連絡し、応援依頼する予定があるということでしたので、ぜひ、マニュアルに落とし込み、合同訓練等も計画されることを期待します。</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	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	B	
	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. 利用者の尊厳の保持は、法人理念に明示されています。朝礼時の唱和で周知し、終礼で1日の振り返りを実施しています。拘束防止、虐待防止研修は、3ヶ月に1回実施し、職員全員が参加して理解を深めています。</p> <p>32. プライバシーの保護については、朝礼時や全体研修で、常に、職員に注意喚起しています。また、排泄・入浴時においては、同性介助に努めています。玄関を入ってすぐのところに置かれているカーテンのないベッドや扉のない利用者トイレについては、プライバシー保護の観点から何らかの対応が必要です。</p> <p>33. 原則として利用申込みを断ることはありません。曜日毎の利用定員を確認しながら、その情報をケアマネジャーに伝達しています。医療ニーズの高い利用者の受け入れも、適切に実施しています。体験利用も受け付けています。</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。	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	公的機関等の窓口で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	A
(評価機関コメント)		<p>34. 利用者の意向は、送迎時やサービス提供時、モニタリング時にも聞き取るようにしていますが、利用者の個別面談や懇談会は、設定できていません。投書箱は設置されていますが、事務所の前にあり、少し入れにくいように感じますので、配置に一工夫をお願いします。</p> <p>35. 利用者・家族からの相談や苦情は、「相談・苦情受付書」に記録して迅速に対応し、サービスの向上に役立っています。苦情受付やその内容は、公開されていません。苦情をもらうことは、気づきにくい業務の課題を改善するチャンスであり、それを誠実に受け止め、改善し、公表することは、法人の信頼を高めます。個人情報に配慮した上で、公表されることをおすすめます。</p> <p>36. 重要事項説明書等には、公的機関の苦情相談窓口が紹介されていますし、フロアに掲示もしています。京丹後市に、介護相談員や市民オンブズマン等の仕組みはありませんが、第三者の相談員については、受け入れる姿勢があると判断しています。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>37. 利用者や家族の発言に耳を傾け、日々の業務の中で意見や希望を聞き取っており、提案に対しては迅速に対応しています。食事に関する嗜好調査はしていますが、利用者満足度調査はしていません。「利用者の立場に立った、より質の高いサービス」のために、満足度調査の実施が望まれます。</p> <p>38. 法人では、各種委員会で、サービスの質の向上や課題について検討しています。事業所では、日々の気づきや課題等について、朝礼、終礼を利用して改善点の検討をしています。重要案件、特に、中長期計画や事業計画の策定、検証については、職員全体で話し合う時間（会議体）が（職員全員の意見集約をすることが）必要と思われる。</p> <p>39. 事業所内に業務担当を設け、年1回、業務執行状況について話し合い、評価をしています。ほぼ全員が、何らかの委員会活動に参加しており、そこで評価結果の分析・検討を行い、課題を明確にしています。明らかになった課題は、次年度の事業計画に反映されています。第三者評価は、3年に1回、受診しています。</p>		