

アドバイス・レポート

2025年 4月 25日

令和 6年 7月 3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京丹後市国民健康保険直営宇川診療所）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

概 要	社会福祉法人はしうど福祉会が運営する京丹後市国民健康保険町営宇川診療所に併設された「通所リハビリテーション事業所」は、京都府の最北、京丹後市久僧（きゅうそ）にあります。高齢化率は45.3%（令和6年）で、宇川地区の人口は、11,738人（令和6年1月）です。、ここ5年間で、13.4%減少しています。当診療所は、京丹後市が保有する建物（3階建て）で、平成18年（2016年）から、事業を運営しています。1階は、内科、外科、歯科等、5つの診療科がある診療所で、3階が、通所リハビリテーションになっており、介護保険の要支援、要介護認定者のみが利用対象です。2階には、当法人が直接運営する地域密着型介護福祉施設が併設されています。当法人は、他にも、丹後町で唯一の特別養護老人ホームや高齢者グループホーム、小規模多機能施設等を運営しており、地域の高齢者福祉・医療を担っています。
特に良かった点とその理由 (※)	1在宅生活の継続を事業所の使命としています ○過疎化と高齢化が急速に進み、スーパーマーケットや金融機関等が閉鎖される中、「一人ひとりを大切に」の理念のもと、職員一人ひとりが、事業所の存在の重要性を認識し、高齢者が住み慣れた地域で、安心して生活を送れることができるように、日々取り組んでいます。 ○利用者の4割が90歳以上であり、100歳を超える利用者も「脳トレ」などのリハビリテーションを続けながら、在宅で自立した生活を送っています。 ○多くの利用者が一人住まいであることから、可能な限り自宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことが出来るように、理学療法として必要とするリハビリテーションに併せて、口腔衛生、栄養管理を行い、心身機能の維持・回復を図っています。 ○日々の送迎を、看護師や理学療法士も行うため、居室等の状況や自宅内での移動経路等が確認できることから、福祉用具の使用や住宅改修の助言も行っています。この結果、自宅での転倒防止など、日常生活の課題が解決でき、とりわけ90歳代のQOLが、維持・向上しています。送迎時の気づき、配慮が、利用者の安心に繋がっています。 2. 利用者への権利擁護に配慮したサービス提供を行っています ○虐待防止委員会が設置され、施設長を委員長に、事務長、各主任をメンバーとして、年4回開催されています。 ○「不適切ケア」については、日にちが経つと忘れやすいため、全職員が毎月継続して「不適切ケアチェックリスト」で、自らのケア内容を確認しています。チェックした内容を、毎月の通所会議で報告することで、職員の振り返りに繋がっています。 ○チェックリストでの確認を長年継続することで、サービスの質が向上しています。言葉遣いや声かけが自然と良くなり、職員自身の不適切ケアへの気づきの感度が上がっています。

	3. 人材（財）育成と働きやすい環境づくり取組んでいます ○研修委員会が策定した研修計画は、法人理念、目標、研修体系（法定研修、全体研修、階層別研修、専門研修）が明確に位置づけられ、職員に対しては「職員スキルアップ実践及び総合評価管理表（目標管理シート）」を基に、段階的に研修が実施されています。 ○新人職員に対してはエルダー制度があり、個々のペースに合わせてアドバイスができる仕組みが示されています。 ○積極的にICT化を進めることで、帳票処理業務の時間が短縮され、職員の負担が軽減されています。 ○有給休暇取得率は、ほぼ100%となっています。また、育児休暇が2年あり、育児休暇中のオンライン講座・上司との定期的なコミュニケーションのシステム化等の導入や配偶者出産時特別休暇があります。パパ育休の取得もありました。 ○「組織活性化プログラム」を継続して活用することで、職員との信頼関係や職場環境がよくなり、分析結果から「理念の浸透」や「仕事へのやりがい」が確認されています。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	1. ハラスメント規定の見直しについて ○ハラスメントに関する規定の見直しが必要です 2. プライバシー保護について ○プライバシー保護等に関する規定の作成が必要です 3. 休憩室の確保について ○職員が適切に休憩するための場所の確保が必要です
具体的なアドバイス	1. ハラスメント規定の見直しについて ○セクシャルハラスメント・パワーハラスメント等の、従来のハラスメントに関する規定はありましたが、カスタマーハラスメント、モラルハラスメント、マタニティハラスメント等、新たなハラスメントについても規定する必要があります。社会状況に合わせた規定の見直しが望まれます。 2. プライバシー保護について ○排泄や入浴時のプライバシー保護等に関するマニュアルは整備されていましたが、それらの基本になるプライバシー保護等に関する規定がありませんでした。職員の理解を深め周知するためにも、規定する必要があります。 3. 休憩室の確保について ○入所系・通所系のサービスを提供する事業所においては、十分な休憩が取れ、業務を離れてリラックスできる広さや環境が求められています。事業所の取り組むべき課題として、事業計画で検討されてはどうでしょうか。
所 感	宇川診療所を運営するはしうど福祉会は、一人暮らしが多い地域の高齢者のために、様々な取組みをされています。とりわけ「移動技術」については、毎年トランスファーに関する研修や勉強会を、全職員に向けて開催しておられます。「移乗介助」（トランスファー）と呼ばれ、利用者の残存能力を可能な限り活用し、身体の自然な動きに則した移乗方法です。高齢者の廃用・誤用症候群を防ぎ、在宅での日常生活を「元気」に送ることを目指しています。他にも、送迎時の青色防犯パトロール（通称「青パト」）の実施や暮らしを支援するための配食サービスなど、安全・安心な地域づくりにも取組んでおられます。

※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	2613300355
事業所名	社会福祉法人はしうど福祉会 京丹後市国民健康保険直営宇川診療所
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	令和7年3月14日
評価機関名	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. 組織の理念及び基本方針をホームページ等に掲載し、事務所内にも掲示しています。理念等に沿った事業計画を策定し、日々理念を唱和する中で業務の確認を行っています。毎年の辞令交付式で、理念及び運江尾方針を、職員全員に周知しています。利用者；家族に理解が深まるよう「いちがお園だより」（広報紙）に掲載しています。 2. 理事会・責任者会議・通所リハ会議が定期的に開催され、理事長・施設長等関係する職員が出席しています。組織の運営は、適切に行っています。会議は体系的に構成され、現場職員の意見が反映される仕組みができています。各職種ごとの職務権限が管理規程に定められています。			
(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. 法人の中・長期計画があり、それらを基に、事業所の単年度事業計画を策定しています。計画策定においては、通所リハ会議の中で、前年度の計画項目を踏まえて事業評価を行い、職員の意向を反映しています。広報紙に事業計画を掲載し、利用者・家族への理解を図っています。 4. 各業務ごとに把握した課題を基に事業計画を策定し、目標達成に向けて取り組んでいます。毎月、収支や目標達成の進捗状況等を、責任者会議で確認し、必要に応じて見直しをしています。さらに取り組むべき課題については、年度末の振り返りの中で検討し、次年度の計画に反映しています。			

(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。	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)		5. 集団指導に、事務長と主任が参加しています。必要な法令は、法人本部で収集し、PCファイルにリスト化し、全職員が閲覧できるようにしています。法令内容について不明な点があれば、随時相談することができます。事業所内で法令研修を実施し、全職員が参加しています。 6. 管理規程に、管理者の役割と責任を規定しています。管理者は、月1回開催される責任者会議の中で意見を述べるとともに、職員との意見交換を行い、運営方針について確認しています。管理者自らを評価する仕組みとして、組織活性化プログラムを、3年前から取り入れています。 7. 管理者は、施設内で常時業務を行っており、施設を離れる場合は、常に携帯電話を所持し、緊急時等においても連絡を取れる体制ができています。事業の実施状況は、業務日誌や各種報告書でも確認し把握しています。事故等の緊急事態の場合には、短縮ダイヤル等で直ちに連絡をとり、指示を仰ぐ体制ができています。		

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	A
(評価機関コメント)		8. 理念等に基づいた「期待する職員像」が明確にされ、職員の昇進・昇格等人事に関する基準が、管理規程の中で定められています。人事評価表を作成し、年3回の面談で、職員の評価を行っています。職員が自らの将来の姿を描くことができる、キャリアパス制度があります。 9. 法人本部で定めた人材確保の方針に基づき、サービス提供に必要な人員が配置されています。職員の確保については、雇用促進会議を開催し、有資格者や多種多様な分野からの採用に取り組んでいます。大学の実習生への積極的な働きかけやハローワークでの求人案内、職員紹介制度などを活用して人材確保に努めています。 10. 職員研修計画は、法人および事業所で策定され、階層別、職種別等体系的な内容になっています。研修計画に基づき、研修が実施され、定期的に評価と見直しが行われています。外部研修に参加する場合は、勤務調整を行い、参加費等については、規程に基づいて支給しています。資格取得支援に取り組んでいます。職員が互いに学び合うための機会を作るため、必要に応じて勉強会を行っています。「職員スキルアップ実践及び総合評価管理表」に基づき、個人の目標管理を行っています。 11. 実習受け入れマニュアルがあり、組織としての基本方針が明確になっています。実習生受け入れ窓口は、法人本部にあり、事前説明、オリエンテーション等を行った後、各施設が受け入れています。法人本部の実習指導者が、各施設の受け入れ担当者に対して、実習指導を行っています。		

(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、職員が充分に休む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	B
(評価機関コメント)		12. 職員の有給休暇の取得率はほぼ100%で、時間外労働のデータは、事務長が管理しており、労働環境への配慮ができています。事務長と主任が職員の意向を聞きとり、本人の希望に沿った働き方ができるようにしています。年3回の面談がありますが、職員間のコミュニケーションがよく、相談しやすい雰囲気があり、職員の悩みは、いつでも聞ける状況ができています。育児休業等についての規定整備がされており、育児休業（パパ育休制度）取得者もありました。業務の負担軽減に繋がるよう、業務内容の見直しやPCソフトを導入して、帳票業務の改善を行っています。 13. 年1回ストレスチェックを行い、専属の産業医に相談できる体制ができています。職員の意見や要望等を汲み取る仕組みとして、定期的な個別面談や人事考課を行っています。法人独自の福祉厚生制度に加えて、社会福祉施設職員共済にも加入しています。ハラスメントに関しては就業規則に定め、研修を毎年実施していますが、全ての項目を網羅していませんでした。職員休憩スペースは確保されていますが、完全に業務を離れて休憩を取れるような工夫も、必要かと思われます。		
(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。	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)		14. 理念等で地域との関わり方についての考えを明文化しています。広報紙や診療所通信を毎月発行し、地域に配布、回覧して事業所の情報を発信しています。地域包括支援センターやケアマネジャーと情報交換を行い、地域の介護ニーズの状況を把握しています。また、地域のケアスタッフによる会議の開催や保健所が主催した連絡会に出席し、事業所の提供するサービス情報の提供を行っています。 15. 法人の方針に基づき、ボランティア受入れや学習等への協力に関する取り組みを行っています。ボランティア受入れマニュアルは、法人で整備されています。中学校の福祉体験授業への職員派遣や小学校の福祉体験の受入れも行っています。 16. 所長による医療に関する講演や理学療法士による転倒予防の講演、また、口腔ケアに関しての歯科衛生士の講演等を開催し、併せて地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めています。認知症サポーター養成講座の講師等も行っています。近隣の海開きの前に海岸のクリーン作戦の清掃ボランティアに参加しています。		

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. ホームページ、パンフレットで、事業所情報を提供しています。広報紙には、通所リハビリテーションの紙面が確保され、見やすい内容になっています。提供する情報の内容は、適宜、更新しています。利用者からの問い合わせ等については、丁寧に対応し、希望があれば、短時間の見学や予約による通所リハの体験（昼食付）もできます。			
(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. サービスの開始にあたっては、契約書、重要事項説明書で、サービス内容等の説明を行い、利用者・家族の同意を得ています。保険外サービスについても説明しています。判断能力に支障がある場合は、家族など判断ができる方の同意を得ています。利用者の権利擁護のための成年後見制度等の仕組みについて、説明しています。			
(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	A	
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	A	
(評価機関コメント)			19. 独自のアセスメント様式により、利用者の心身状況や生活状況を把握し、記録しています。初回利用時には、医師の面談を行っています。ケアマネジャーを介して、かかりつけの医師から診断書を取り寄せ、ケアマネジャーから基本情報を得て、ニーズ、課題を明らかにしています。3か月に1回、アセスメントの見直しを行っています。必要時は、再アセスメントを実施しています。 20. アセスメントに基づき、通所介護計画を作成しています。利用者・家族の希望を尊重して、通所介護計画を作成し、利用者・家族の同意を得て、サービス提供を行っています。 21. 通所介護計画の策定に当たり、医師、看護師、PT、管理栄養士の意見を、聞いています。また、他医療機関の退院時サマリー、担当医師への照会をもとに、通所介護計画を策定しています。専門職種が同一施設にいるため、常に意見交換ができています。 22. 月1回、全職員が参加し、全ての利用者の報告書（ケアマネに提出するもの）を分担して作成し、利用者情報を共有しています。課題の洗い出しやケアプラン変更の検討を行い、結果をケアマネジャーに提出しています。月に1回モニタリングを行い、必要に応じて見直しを行っています。変更した個別援助計画等の内容は、申し送りノートで情報共有をしています。			

(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	A
(評価機関コメント)		23. 利用者のかかりつけ医と連携し、情報や意見交換を行っています。利用者の入退院時には、主治医等医療機関から必要な情報を取得し、退院前カンファレンスに出席しています。関係機関・団体等のリストを作成し、職員間の情報共有ができています。地域の包括支援センターが主催する高齢者部会・ケアスタッフ会議に参加し、関係機関や地域の高齢医者福祉事業所と連携しています。 24. 他のサービスへ移行する際には、サービスの継続性に配慮した手順と手続きを文書で明確に定めています。利用者情報の引継ぎに当たっては、施設独自の情報提供書を作成しています。サービスの利用が終了した利用者・家族等からの相談に対する窓口を設けており、専門の相談員が配置されています。		
(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。	A	A
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. 業務マニュアルが整備されており、実務的な内容になっています。排泄、入浴などの標準的な実施方法は、利用者の尊厳・プライバシーに、配慮したものとなっています。見直しに当たっては、関係する各委員会で分析、検討された内容が反映されており、年に1回のマニュアル見直しを行った後、通所リハ会議でその内容について確認しています。 26. 利用者一人ひとりの状況は、統一した書式に記録しています。記録管理の責任者は、事務長が行い、鍵付きロッカーに保管しています。個人情報保護規定等により記録管理の責任者（事務長）が設置され、文書管理に関する規程により文書は適切に保管・管理されています。全体研修「倫理及び法令遵守に関する研修」を、毎年、実施し、利用者・家族には、重要事項説明書で説明しています。 27. 個別援助計画や利用者の状況等に関する情報は、法人独自のPC処遇ソフトで共有するとともに、朝礼・終礼ミーティングや申し送りノートで確実に周知しています。定期的にケアカンファレンスを開催し、職員間の意見集約を行っています。 28. 利用者の送迎時に、直接、家族等との情報交換を行うとともに、利用者とは、連絡ノートを活用するとともに、サービス提供時に情報のやり取りを行っています。また、感染症等が原因で、直接面談が困難な場合は、電話連絡で、迅速に情報を伝えています。		
(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
(評価機関コメント)		29. 感染症対策マニュアルを作成し、職員の責任・役割を明確にしています。感染症予防等に関する研修を年2回開催し、全職員が参加しています。感染症対策委員会を毎月開催し最新情報等について意見交換し、必要に応じてマニュアルを見直しています。BCPを作成し、感染症が発生した場合の対応についてシミュレーション訓練を年2回実施しています。感染症である利用者の受け入れは、感染症マニュアルに基づき慎重に対応しています。 30. 事業所内の書類・備品等は所定の棚に整理、整頓され、安全に保管されています。事業所内の清掃は各フロアごとに担当者を決めて毎日清掃しています。厨房は特に、衛生管理を徹底しています。室内の換気は1時間ごとに行い、密になりがちな浴室（脱衣室）にはCO ₂ モニターを設置しています。		

(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. 事故等の対応並びに予防マニュアルが整備され、毎年、見直しをしています。研修や実践的な訓練を、毎年実施しています。設備等のメンテナンスについては、車椅子は週1回、送迎車は毎朝チェックシートに基づき実施し、事故予防に努めています。 32. 事故が発生した場合、適切に対応した上で、利用者・家族や行政等に連絡しています。事故報告書を作成し、対応経過を記録しています。「リスクマネジメント委員会」にあたる機能は、「責任者会議」が担っています。検討内容は、職員に周知するとともに、マニュアル等の見直しに活用しています。 33. 災害発生時の対応マニュアルが作成され、責任者や指揮命令系統が明記されています。マニュアルに基づいて研修を実施し、行政等との連携による訓練も行っています。利用者及び職員の安否確認の方法について、職員に周知しています。食料や備品等は、備蓄リストを作成し、管理しています。自治体の災害発生時の計画と連動してBCPを策定し、地元行政等との連携による訓練を実施しています。 34. BCPを作成し、自然災害や感染症のまん延に対して、事業を継続するための体制ができており、二次災害等にも対応できる内容になっています。毎年研修、訓練を実施し、事業所の立地条件や地域特性をハザードマップで把握し、河川の氾濫等の対策を講じています。			

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	B	
	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. 利用者の人権等を尊重したサービス提供を行うことが、理念等に明記され、業務マニュアルや事業計画に反映しています。サービス内容については、分かりやすいことばでの説明を心がけるなど、利用者の意思決定支援に努めています。利用者アンケートでも、利用者に寄り添った温かい対応が、確認できました。職員の日常業務を振り返り、検討・対応できるよう人権研修を実施し、通所リハ会議や毎日の朝礼の中で確認しています。 36. 虐待防止等に関するマニュアルを整備し、年2回の研修を実施しています。虐待防止委員会を年4回開催し、接遇チェックの継続的实施により、職員の言葉遣いによい変化が見られました。また「不適切ケア」については、チェックリストを作成し、毎月チェックすることで、虐待の発生防止に取り組んでいます。 37. プライバシー保護についての規定・マニュアル等は確認できませんでした。しかし、朝礼・終礼・通所リハ会議などで職員全員にプライバシー保護について周知しています。職員への意識づけは、「不適切ケアチェックリスト」を基に行っており、年1回は研修を実施しています。 38. 利用者の決定は公平公正な基準・方針によって行っています。利用申し込みを受け入れられない場合は、その理由について分かりやすく説明しています。送迎の距離が長く利用者に負担がかかると思われた場合は、ケアマネジャーに相談しています。				

(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てている。	A	A
第三者への相談機会の確保	41	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	B
(評価機関コメント)		39. 利用者や家族の意向は、満足度調査・意見箱の設置・送迎時のヒヤリング・連絡ノート等、複数の手段を活用して把握しています。全ての職員は、日頃から利用者・家族等との関係づくりに努めていて、良好なコミュニケーションが取れています。利用者・家族からの意見・要望等は、サービス改善の機会であることを、職員全員が理解しています。「利用者（家族）交流会」を3か月に1回、開催しています。		
		40. 苦情等の対応マニュアルがあり、苦情解決の仕組みは、重要事項説明書等で利用者に周知しています。利用者の意向は、所長・事務長に報告され、迅速に対応し、サービス改善に役立てています。改善状況は、広報紙に掲載しています。		
		41. 相談、苦情に対する第三者窓口を、設置しています。相談窓口の連絡先等は、重要事項説明書に記載しています。寄せられた苦情は、マニュアルに基づいて対応する仕組みができています。市民オンブズマンやボランティア等の受入れについては、コロナ禍以降、難しい状況が続いています。		
(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てている	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	B	B
(評価機関コメント)		42. 毎年、利用者満足度調査を実施し、通所リハビリテーション会議で分析・検討を行っています。その結果は、「いちがお園だより」で公表しています。		
		43. 月1回、責任者会議を開催し、サービスの質の向上について検討しています。会議の結果は、PCファイルに保存し、非常勤・パートも含む職員全員が、共有できる仕組みがあります。他の事業所の取り組みについては、「丹後地域セラピスト連絡会」や「地域ケア会議」に出席し、情報収集を行っています。		
		44. 自己評価は、事業計画を基に作成した評価項目で事業評価を行い、各主任がとりまとめ「通所リハ会議」及び「責任者会議」で検討し、課題を明確にして、事業計画に反映しています。第三者評価は、3年ごとには受診できていませんでした。		