

## アドバイス・レポート

令和7年6月14日

令和6年9月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 厚デイサービス 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 (※)	<p><b>(通番24) サービス移行時の連携・相談対応</b> 生活相談員の業務は、「相談・援助プロセス」として明文化されており、業務の一貫性や質の向上が図られています。将来的に他のサービスへの移行が必要になった場合にも、スムーズに連携・引継ぎができる体制が整っており、利用者にとって不安の少ないサービス移行が可能となっている点が見て取れました。</p> <p>在宅生活の継続を重視した支援姿勢が明確であり、デイサービスの場においても、利用者の生活機能維持や心理的安定につながる支援内容を積極的に提案されており、訪問介護、訪問看護、居宅介護支援など他の在宅サービスとの連携を図ることで、包括的かつ個別性の高い支援が実施されています。</p> <p>「可能な限り在宅生活を継続できるよう支援する」という姿勢は、利用者の生活の質を尊重したものであり、自立支援の観点からも重要な取り組みがなされています。また、デイサービスを「レスパイトの場」として位置づけている点も評価でき、利用者のみならず介護する家族の視点にも配慮したサービス設計がなされています。</p> <p><b>(通番42) 利用者満足度の向上の取組み</b> 利用者の声を反映した質の高いサービス提供を実現するために、年に一度、利用者アンケートおよび嗜好調査を実施しており、継続的に利用者のニーズや満足度の把握に努めておられます。アンケートは、単なる形式的な調査ではなく、利用者の意見や要望を収集することを目的とされており、その結果は具体的なサービス改善に反映されている点が評価できます。</p> <p>収集された内容は、「品質目標実施計画書」に反映され、組織的・計画的なサービスの質の向上に活用されている。</p> <p>また、アンケートの実施にあたっては、サービスを利用していない利用者に対しても、その様子を確認するために個別訪問を行うなど、一人ひとりの状況に応じた対応がなされています。</p> <p>さらに、アンケート結果については、利用者や家族に対して郵送でフィードバックを行っており、情報の透明性と説明責任を果たす姿勢が見て取れました。</p> <p><b>(通番43) 質の向上に対する検討体制</b> サービスの質の向上に関しては、日々の業務の中でチーム内での情報共有や改善に向けた取組が確立されており、実効性のある体制が構築されています。特に、内部監査に関する体制がよく整っており、グループ内の各事業所から提出される内部監査実施状況報告書が、法人全体で共有・活用されている点が特徴的です。これらの報告は定期的に開催されるリーダー会議において報告・共有され、他事業所の実践や課題に学ぶ機会となっています。また、内部監査に関する職員研修も実施されており、監査の質を維持・向上させるための基盤が整っています。</p> <p>ISOへの取組については、20年以上の運用実績があり、現在では法人内にしっかりと定着しており、継続的な改善と標準化への姿勢が着実に根づいておられます。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>（通番15）地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）  ボランティア受け入れに関する手順については、「ボランティアプロセス」として明文化されており、実務面での対応は一定の整備がなされています。一方で、ボランティアに対する基本的な考え方や受け入れの姿勢については文書化されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>厚デイサービスセンターは、2002年に社会福祉法人成光苑によって開設された通所介護事業所です。法人としては、ISO9001を取得しており、福祉法人としては先進的な品質管理体制を整備しています。定期的な内部監査を通じてサービスの質の維持・向上に努めており、こうした取り組みは法人全体の姿勢として高く評価されます。</p> <p>地域住民の多様なニーズに応えることを重視し、かつては365日営業を行っていましたが、職員の年齢層が幅広く、子育て世代や高齢職員の就業継続を支えるため、2年前より土曜日を定休日としました。現在も日曜や年末年始、お盆期間においても一定の利用ニーズがあり運営しています。職員の働き方と利用者のニーズを兼ね備えた運営がなされています。</p> <p>コロナ禍においては、クラスターの発生はなく、発熱者に対する早期対応を徹底したことで感染拡大を防止されています。</p> <p>コロナによる制限が落ち着きつつある中で、活動を徐々に再開し、特にレクリエーションについては、コロナ前に「面白くない」といった声があったことを受け、内容の見直しと充実に取り組んでいます。ペランダでの野菜作りなど、利用者の興味関心を引き出す新しい取り組みも始められています。</p> <p>さらに、当該地域はかつて水害を経験した経緯があることから、風水害への備えも強化されています。防災ラジオの設置により市の防災無線を受信できる体制を整えているほか、地域との連携を意識した災害時マニュアルも策定しています。</p> <p>今後も、厚デイサービスセンターが地域の福祉拠点として、柔軟かつ持続可能な運営を通じて、多様なニーズに応えていくことが期待されます。</p> <p>【具体的なアドバイスは以下の通りです】  （通番15）地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）  ・ボランティア受け入れに関する基本的な考え方や姿勢については、文書化されていない現状があります。今後は受け入れ方針を明文化することで、関係者間の共通理解が進み、受け入れ対応の質の向上や継続的な信頼関係の構築につながることが期待されます。特に、地域住民や学校との連携によるボランティア活動は、地域と福祉サービス事業所を結ぶ重要な役割を果たすため、受け入れ体制の整備を進めることが望まれます。</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)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2672600265
事業所名	厚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)	なし
訪問調査実施日	令和6年12月12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. 毎朝の朝礼において「和顔愛語」の冊子を用いて品質方針の唱和を実施している。品質方針はISO品質マニュアルにも明文化されており、体制として整備されている。利用者や家族には「紫豊館だより」（年3～4回発行）を通じて周知している。品質方針は年に一回見直しが行われている。 2. 理事会で決定された内容は、トップマネジメント会議（施設長会議）を通じて各施設に伝達されている。職務分掌を明記した人事システムガイドが整備されている。マネジメント会議には厚デイも参加し、施設横断的な課題の審議や運営状況、出来事の情報共有が行われている。会議は2か月に1回の頻度で開催されている。		

#### (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を設定され、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. 中長期事業計画においては、単年度計画を明示し、10年後の施設の方向性を「日本経営品質賞」の考え方に基づいて策定している。利用者ニーズの把握は年1回の「顧客満足度調査」により実施し、結果は利用者へフィードバックされ、事業計画にも反映されている。職員からの意見は月1回のデイ会議で収集しており、毎月新しいレクリエーションを導入する体制が整えられている。 4. 重点項目は事業計画書に明文化されており、組織としての取り組みの方向性が明確に示されている。		

#### (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。	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. ISO事務局会議は法人のプロジェクトとして位置付けられており、2か月に1回開催されている。会議では法令改正などが議題として取り上げられ、適切な対応が検討されている。職員への周知は「品質マニュアル・各種規定」ファイルで行われ、誰でも閲覧可能な体制が整えられている。加えて、デイ会議で口頭による説明も実施されている。関連法令は「集団指導資料」ファイルとして事務所に設置され、職員がいつでも確認できる環境が整備されている。</p> <p>6. 職員の意見聴取の機会として、年1回「自己申告書」を実施し、デイ管理者を介さずに施設長へ直接意見が届く仕組みが整えられている。また、職員を対象にした「社会福祉懇談会アンケート」も実施している。</p> <p>7. 管理者は相談員を兼務しており、現場業務に精通しているため、的確な判断と対応が可能な体制となっている。非常時の緊急連絡については一斉メールを活用しており、迅速な情報伝達が図られている。また、職員の携帯番号を記載した一覧表を掲示し、緊急時にすぐ連絡が取れるよう整備されている。</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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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. 求める人材像はホームページに明示されている。人事に関する基準は「人事システムガイド」に整理されており、キャリアパスや人事考課制度も含めて一元管理されている。キャリアパスは個人名を記載した階層別研修計画として整備されており、年2回の人事考課時に実施される面談を通じて、個々の成長と連動した形で反映されている。 9. 人材確保に向けた取り組みとして「人材確保プロジェクト」が設置されており、学生との関わりや合同説明会への参加など、具体的な活動内容が議論されている。プロジェクトでの協議内容はリーダー会議を通じて各部署に伝達される。 10. 年間研修計画は品質目標実施計画書に明記されている。さらに、事業計画にも研修項目が明記されており、組織の方針と連動した人材育成が整備されている。 11. 実習の受け入れ体制は整っており、希望がある年には積極的に受け入れているが、希望がない年もある状況である。受け入れに際しては「通所介護手順書」ファイル内に実習受け入れマニュアルが整備されている。また、実習指導者研修は担当者が実施している。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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、2023年度の正社員の有休取得率は70%であり、計画的な休暇取得が進められている。部署別有休消化率の一覧表を整備し、毎年データを集計・管理している。時間外労働はなく、利用者の利用時間に応じて勤務時間を柔軟に調整している。ICTの活用では、リハビリ用のソフトを導入している。 13、ストレスチェックは外部委託により実施されている。安全衛生委員会を設置し、特養と共同で運営している。職員の福利厚生としては民間の福利厚生会社に参加している。ハラスメントに関する規定は「諸規定」に明記されている。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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。	B	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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	B
		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)	<p>14、事業計画には「地域における福祉推進」が明文化されている。「和顔愛語」にも理念の一つとして地域福祉への取り組みが示されている。情報発信としては、法人機関紙「ききょう」や「しほうかん便り」を通じて地域とのつながりを強化している。他事業所と連携した「潜在顧客調査委員会」を設け、2か月に一度地域ニーズを把握しており、草刈りなどの地域活動にも積極的に参加している。</p> <p>15、ボランティア受け入れに関する手順は「ボランティアプロセス」に明文化されている。一方で、ボランティアに対する基本的な考え方や受け入れの姿勢については、文書化されていない。</p> <p>16、毎月地域の公園清掃を継続的に実施している。利用者や地域のニーズ把握には相談カードを活用し、声をサービスに反映する仕組みが整っている。また、看護師の講師派遣を行うことをしている。管理者兼相談員が能登の震災支援として現地の介護職員として数日間従事するなど、広域的な社会貢献にも取り組んでいる。</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	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、事業所紹介のパンフレットは写真と説明を用いて構成されており、一日のサービスの流れが視覚的にわかりやすく工夫されている。また、同内容はホームページにも掲載されている。見学希望があれば随時受け入れており、その内容は日誌に記録して管理されている。一日利用については、所定の手続きを経た場合に限り受け入れている。		

#### (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、料金表は契約書および重要事項説明書に明記されており、サービス開始時に利用者本人や家族等へ提示・説明し、同意を得ている。判断能力に支障のある利用者に対しては、家族やケアマネジャーに連絡を取り、成年後見制度の紹介など権利擁護にも配慮している。さらに、日常生活自立支援事業も数名が活用している。		

#### (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	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)		<p>19、法人共通のアセスメント様式（面接報告書）を使用し、利用者・家族の要望は「その他」の欄に明記することで個別ニーズを的確に把握している。必要に応じて医師への照会や再アセスメントを実施し、計画の見直しにも反映されている。</p> <p>20、サービス担当者会議には利用者および家族が参加しており、本人の意思や家族の意向を反映した支援体制が構築されている。通所介護計画の目標欄には、利用者・家族の希望が記載されており、内容全般について本人および家族の同意を得たうえでサービスを提供している。</p> <p>21、医療的ケアが必要な利用者が数名おり、通所介護計画の策定時には看護師などの専門職と情報を共有し、適切な連携を図っている。サービス担当者会議では多職種間で活発な意見交換が行われており、医療的ニーズに応じた支援体制が確立されている。</p> <p>22、通所介護計画に基づいたサービス提供が行われているかどうかはモニタリングによって確認されており、計画の見直しは定期的に加え、必要に応じて随時実施されている。見直し後の内容は、担当者会議録や引継ぎノートを用いて職員間で共有され、情報の周知徹底が図られている。</p>		

#### (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)		<p>23、「京あんしんネット」に登録し、医師をはじめとする医療・介護の多職種間で情報共有を行い、連携を強化することで適切なサービス提供につなげている。特にリハビリが必要な利用者が多いため、「中丹地域リハビリテーション連携推進ガイド」を備え、地域のガイドラインに基づいたリハビリ支援が行える体制が整っている。</p> <p>24、生活相談員の業務手順は「相談・援助プロセス」に明文化されており、他サービスへの円滑な移行にも備えた対応が可能となっている。在宅生活の継続を支援するため、デイでできる支援内容を提案し、他の在宅サービスと連携を図ることで、利用者にとって最適なサービス提供が行われている。</p>		

(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、標準的な実施方法として独自に「基本マニュアルはじめの第一歩」を策定し、継続的に改善を図るため「基本マニュアル改定プロジェクト」内で適宜見直しを実施している。プライバシーの保護に関しては基本マニュアルに明記されている。 26、記録管理規定および廃棄記録を整備されている。個人情報の持ち出し禁止については、個人情報保護規定に明記されており、情報漏えい防止への具体的な対応がなされている。また、文書開示請求に関する取り扱いについては契約書に明記されている。 27、相談員ノートを交換日記形式で整備し、日々の記録を蓄積している。毎日の終礼においてその日の出来事を共有している。終礼に参加できない職員に対しても引継ぎノートを通じて情報を共有している。 28、家族等との連絡帳を作成し活用しているが、重要な内容については送迎時の対面や電話での口頭説明、さらにはメールも活用するなど、複数の手段を用いて丁寧な情報伝達を行っている。		

(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。	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BCPは特養の共有しBCPを共有しており、感染症発生時には協力体制をとっての対応に努めている。常に最新の感染対策の手引きを事務所に設置、全職員が見れるようにしている。書類の見直しはISO10000で行っている。二次感染防止対策として、熱発等体調変化があれば、即帰宅を実行している。 30、整理整頓が行き届き清掃も日々行っている。浴室や厨房に清掃チェック表を設置し毎日チェックしている。さらに衛生管理点検表も毎日調理員がチェックを行っている。		

(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・緊急時の対応マニュアルとして「緊急対応規定」を整備しており、指揮命令系統も書面で明確に示されている。職員に対しては入職時に規定の説明を行っている。デイ会議では、ヒヤリハット事例の検討を行っている。 32、事故発生時に「緊急対応・不適合報告書」を作成し、記録として適切に残している。再発防止に向けては、都度の対応会議や終礼で職員間での情報共有と検討が行われている。 33、災害発生時の対応として「BCP（業務継続計画）」を整備している。地域との連携面では自治会に加入し、災害時には相互に連絡を取り合う体制が構築されている。職員の安否確認には一斉メールを活用している。利用者に対しては電話での安否確認を行っている。また、施設内には最低限の備蓄を配置している。 34、災害時の業務継続を目的とした「BCP（業務継続計画）」を整備しており、非常時にも対応可能な体制が確立されている。また、BCPに基づいた研修を定期的実施している。		

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
<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	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)		<p>35、利用者の人権や意思を尊重したサービス提供について、「和顔愛語」の理念として明文化されている。人権研修は年に一回ビデオ学習で実施されている。「虐待の芽チェックリスト」を活用し、不適切ケアの未然防止に取り組んでいる。意見箱は生活スペース内に設置され、利用者アンケートも実施。アンケート結果は、利用者や家族へ郵送でフィードバックされている。</p> <p>36、リスクマネジメント委員会を実施し、組織的にリスクの把握と対応に取り組んでいる。また、身体拘束の禁止に関しては「身体拘束予防指針」を整備している。不適切ケアが発生した場合には、緊急対応マニュアルに基づき対応している。</p> <p>37、プライバシー保護に関する意識啓発を目的に、朝礼や終礼を通じて職員への周知を行っている。また、利用者の生活面においても、トイレ内にカーテンを設置するなど、個人の尊厳を守るための具体的な配慮がなされている。</p> <p>38、法人では、利用者の身体状況を理由に利用を断ることはせず、全ての利用希望者に対して公平に対応している。希望する曜日が定員に達している場合も、申込書に基づき適切な対応を行っている。また、自宅での洗濯が困難な利用者や経済的な問題を抱える利用者に対しては、施設の設備を活用した支援や職員による個別対応を行っている。</p>		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	B	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。	B	A
		第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口にご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)		<p>39、利用者からの意見聴取を目的に利用者アンケートを実施している。サービスを利用していない利用者の様子を確認しに行くなど、個別の状況に応じた対応がなされている。介護相談員が来訪した際には利用者の意見を聴取しており、第三者を介した意見収集の機会も設けている。</p> <p>40、利用者の意向を反映した対応として、レクリエーションの充実など具体的な改善を実施しており、利用者の満足度向上に努めている。意見や要望、苦情の取り扱いについても透明性を重視し、利用者アンケートの結果を施設内に掲示するとともに、利用者へ郵送でのフィードバックを行っている。</p> <p>41、苦情対応については、第三者委員を設置しており、寄せられた苦情については迅速に対応し、数日で解決に至った実績がある。また、「苦情解決規程」を整備されている。介護相談員も2か月に1回訪問しており、利用者や家族が外部の立場から意見を伝えやすい体制が整っている。</p>		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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	A	A

		(評価機関コメント)	<p>42、利用者アンケートおよび嗜好調査を年に一回実施し、利用者の声やニーズを継続的に把握している。収集された意見は、具体的なサービス改善に反映されている。得られた内容は「品質目標実施計画書」に反映されており、計画的な質の向上に結びつけている。</p> <p>43、月1回のデイ会議に加え、毎日の朝礼・終礼を通じて職員間の情報共有が徹底されている。サービスの質の向上に関わる情報は、利用者との会話などから職員が積極的に拾い上げ、チーム内で共有・改善に取り組む体制が整っている。また、内部監査実施状況報告書はグループ内の各事業所から集約され、リーダー会議で報告・共有されることで、他事業所からの学びを得る機会にも繋がっている。</p> <p>44、年に二回「ISO内部監査」を実施しており、組織運営やサービス提供に関する客観的な点検が継続的に行われている。また、第三者評価も定期的にも実施しており、外部の視点からの評価を受け入れる体制が整っている。</p>
--	--	------------	--