

## アドバイス・レポート

平成26年2月28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 25年7月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「洛和デイセンター山科小山」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<br/>(※)</p>    | <p><b>○利用者保護と自立支援に向けた取り組み</b><br/>認知症ケアに精通した管理者のもと、利用者の自己決定を大切にサービスを提供しています。「利用者を退屈させない」をモットーに、美術教師の経験がある職員が指導する本格的な絵・美術作品の作成や様々な手作業の選択、おやつや飲み物等の選択など、利用者自らが決定し選択できるよう配慮しています。認知症のある利用者でも取り組める手作業や、柔道整復師によるマッサージなど事業所独自のサービスも提供しています。</p> <p><b>○組織体制と介護サービスの質の向上への取り組み</b><br/>ISO認証を取得しており、組織運営体制の評価、見直しがシステム化されています。又、理事会による決定事項は、本部通達として各事業所まで周知、徹底される仕組みが整備されています。キャリアパス制度の「力量評価」「事業所評価」等を通じて、各事業所の課題の設定、検討も定期的に行われています。具体的には3年以内に関西一の法人を目指す「関西NO1シート」の策定や、事故の再発防止に向けた「改善提案シート」「チャンスレポート」「気付いて良かったシート」等の各種報告・検討書式の策定など、サービスの質の向上に向けて意欲的に取り組んでいます。去年より「ES委員会（職員満足）」を設け、職員が誇りと責任を持って働けるよう検討しています。職員のヒアリングからも、スタッフの意見を聞く機会を設け、事業所の運営に活かしていることが確認できました。</p> <p><b>○人材の育成と継続的な研修、ストレス管理</b><br/>質の高い人材の確保・育成に関して組織的な方針が明確にされており、担当部署で一元管理されています。職種、職歴、習熟度別のキャリアパス（研修体制）が整い、資格取得への支援体制が整備されています。また、職員のストレス解消に向けたカウンセリング体制（EAPシステム）や相談室が設置され、各種の福利厚生制度（年間10日間のリフレッシュ休暇【正規職員】など）を整え、職員の労働環境に配慮した運営がなされています。又、管理者の経験を活かした認知症の人への関わり方（声かけ等）を職員と共有することで、事業所全体のサービスが向上した様子が窺えました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由<br/>(※)</p> | <p><b>○遵守すべき法令等のリスト化（通番5）</b><br/>法人全体でパソコン内に遵守すべき法令等は記載されていますが、現場責任者として事業を実施するうえで把握すべき法令について、リスト化されていませんでした。</p> <p><b>○地域への情報公開及び意見・要望・苦情等の公開（通番13・35・36）</b><br/>独自の広報誌等を利用者、家族などへ配布していますが、広く地域に対して広報誌、掲示板等を使い事業所の情報を開示していません。また、意見や要望・苦情等の集約はされており適切に対応していますが、個人情報に配慮しながらの「公開」が望まれます。</p> <p><b>○災害発生時の対応（通番30）</b><br/>災害発生時のマニュアル、連絡体制は整備されていますが、災害発生時の地域と連携したマニュアル作成までは至っていません。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>               | <p><b>○事業所の運営に際し遵守すべき法令等はパソコンを見れば確認できる状態ですが、現場の職員が必要時に簡単に確認できるようにする為にも、把握すべき各種法令の文書によるファイル化が望まれます。</b></p> <p><b>○事業所の情報公開や意見・要望・苦情等の公開は、事業所のサービス提供体制の質を評価されるものと思われます。掲示等の方法も考えられますが、例えば広報誌に掲載する等の方法でも良いのではないかと考えます。公開の方法について検討されることをおすすめします。また、利用者との面談機会や家族会等の開催などを通じて、その際に事業所の有する情報を提供されては如何でしょうか。</b></p> <p><b>○自然災害発生時の地域との関係づくりは喫緊の課題だと思われます。災害発生時の地域との連携を確保するため、普段より地域の自治会役員さんや民生委員さんなどと交流を持ちながら顔が見える関係づくりに取り組まれる事を期待します。</b></p> <p><b>○サービス提供に係る記録の保管、保存、持ち出し、廃棄等は規程により定めていますが、持ち出しに際しては「管理表」などを作成しチェックできるようお勧めします。</b></p>   |

(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                    | 2674100678                 |
| 事業所名                     | 洛和デイセンター山科小山               |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所介護                       |
| 併せて評価を受けたサービス(複数<br>記入可) | 介護予防通所介護                   |
| 訪問調査実施日                  | 平成26年1月23日                 |
| 評価機関名                    | NPO法人 京都府認知症グループホーム協議<br>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)        |     |    | <p>(1) 法人理念や運営方針を事業所内に掲示しています。夕方の「終了ミーティング」での唱和だけでなく、職員の名札の裏に「理念カード」を入れ、いつでも確認できるよう携行しています。法人の理念や運営方針(重要事項説明書に記載)を、契約時に利用者や家族に丁寧に説明しています。また、事業所独自の運営理念「落ち着いた空間で、お一人おひとりの思いを大切にしたいケアを」を掲げ、職員全員で取り組んでいます。</p> <p>(2) 「ISO9001」に基づく組織の運営体制が整っています。組織の意思決定は理事会で図られ、決定事項は本部通達として各事業所に伝達されています。職員の意見を現場→管理者→エリア統括へと反映される仕組みがうまく機能しています。「業務委員会事業所評価リスト」による定期的な相互評価を行い、組織の意思決定プロセスの透明性の確保を図っています。</p>  |      |       |
| <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)        |     |    | <p>(3) ISO(品質マネジメントシステム)を取得し、そのチェック項目を定期的に評価・分析することで「サービスの質の向上」を図る仕組みが整っています。そのシステムを基に「力量評価制度」を活用しながら、課題分析を行い各事業所の現状把握に努めています。</p> <p>(4) 各部門統括による「アクションプラン」「研修計画」「ISO品質目標」などが年1回作成され、課題を設定してその達成に取り組んでいます。「キャリアパス制度」の力量評価(デイリーチェック)・事業所評価などに取組み、その達成状況を検討・評価する機会を設けています。また、月1回の「中級会議」「全体ミーティング」において各担当が業務の進捗状況を報告し、課題等の検討を行っています。</p>   |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |    |  |      |       |
|                            | 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。   | B    | 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    | B     |
|                            | 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) 法人全体で法令遵守の取り組みを行っています。集団指導や内部・外部研修での内容の周知・徹底を図っている事が研修報告書から確認できました。管理者が把握すべき各種法令についてのリスト化がなされていませんでした。</p> <p>(6) 月1回開催される「所長会議」や「業績検討会議」、事業所内での「全体ミーティング」を通じて運営管理者の役割や責任を表明しています。年2回「自己申告面談」の機会を設け職員からの意見をすくい上げていますが、職員からの管理者を評価する仕組みが整っていません。</p> <p>(7) ISOシステム管理表に基づき、事業状況の把握やスタッフへの具体的な指示が行える体制(業務用PHSの携行)が図られています。また、サービスの質の向上に向けて「事故報告書式」を把握し易いよう変更しています。写真を入れ判り易く工夫した「救急時安心マニュアル」「救急時対応マニュアル」等を整え、運営管理者がトラブルなどを把握し、具体的かつ的確な指示が出せるシステムが機能していることが記録から確認できました。</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。   | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | (8) 人材確保や採用については、法人人事部による一括管理となっています。介護支援専門員や介護福祉士資格取得のための受験対策講座を法人独自で開催しています。無資格の入職者には「ケアチャレンジャー制度（費用は法人持ち）」を設け、経験にあった資格取得への支援を行っています。<br>(9) 常勤・非常勤職員ごとの個別年間研修計画を策定し、キャリアパス制度に沿った研修や必要な技能・知識を身につける内部研修システムが整っています。職員が希望した外部研修に参加する際は、業務扱いで参加できる仕組みも用意されています。<br>(10) 実習生の受け入れについては「実習生指導マニュアル」に基づき実施しています。法人内で実習指導者研修も行われ、キャリアパスで新任者→初級→中級→上級→指導者というステップアップの道筋も用意されています。 |      |       |
| <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)    |    | (11) 「Web版タイムカード」などネットを活用した勤怠管理が取り入れられています。「勤務月報」による一元管理のもと職員の就業状況や意向に配慮しています。職員相互に交代しながら休憩時間を確保するなど、労働環境に配慮した工夫を重ねていることが職員からのヒアリングでも聞き取れました。<br>(12) 福利厚生制度の充実に力を入れています。管理者による年2回の個人面談や現場でこまめに声かけすることで、職員の悩みや相談に応じています。職員親睦会（むつみ会）や福利厚生制度（リロクラブ）等の開催、希望によりカウンセリングが受けられる仕組み（EAPシステム）や相談室（月1回臨床心理士による相談）が設置され、職員のストレス管理に対応する仕組みが整っています。                                     |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |  |      |       |
|                     |     | 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。   | B    | B     |
|                     |     | 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)    |    | (13) 広報誌「ほのぼの」や法人の機関誌「おとまるくん」などを利用者や地域の事業所に配布しています。法人のホームページを活用し運営方針などを広報していますが、事業所の基本情報や独自のイベント等の情報を地域住民に開示する取組みが確認できませんでした。事業所独自の新聞を作成し情報公開していく予定です。<br>(14) 年1回行われる「メディカルフェスティバル」で「オープンカフェ」の開催や相談窓口を設け介護・健康相談を受けています。また、一般市民を対象とした「認知症を考える会」や「洛和健康講座」などを年1回開催し、事業所の有する機能を地域へ還元しています。  |      |       |

| 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 |
| <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)パンフレットやホームページを活用し、サービスの選択に必要な情報を適切に提供しています。パンフレットはサービス選択において必要な情報を写真等を使い分かりやすくまとめています。相談記録（問い合わせ表）や経過記録から、新規問い合わせや見学にも適切に対応しています。   |      |      |       |
| <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)利用契約書と重要事項説明書を基に、事業所の内容やサービスの内容について説明し、理解と同意を得ています。今回の第三者評価利用者アンケートの結果からも概ねきちんと説明されていることが確認できました。利用者の権利擁護については、成年後見制度（保佐人）利用者が1名おり、必要時に適切に権利擁護に繋がっています。また、法人内研修で理解を深め成年後見制度等の活用を推進しています。  |      |      |       |
| <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)        |     | (17)独自のアセスメント様式を活用し、利用者の状況把握に努めています。ケース記録から、初回や更新時、状態の変化に応じてアセスメントが適切に行われていることが確認できました。<br>(18)個別援助計画の策定にあたっては、利用者本人及び家族の希望を尊重していることが記録から確認できました。サービス担当者会議には利用者本人が可能な限り参加できるよう調整しています。<br>(19)個別援助計画の策定に、主治医の意見書、他職種の意見、サービス担当者会議や退院前カンファレンスの情報・意見等が反映されていることが記録から読み取れました。<br>(20)個別援助計画は管理表などを用いながら、3か月ごとに評価され、必要に応じて見直しを行っていることが記録より確認できました。  |      |      |       |
| <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)利用者の主治医や近隣の音羽病院との連携が密に図られ、緊急時には即応できる体制が準備されています。必要時には地域包括支援センターや行政・関係機関・団体との連携をとっている事が、記録等から確認できました。  |      |      |       |
| <b>(5) サービスの提供</b>      |                   |     |   |      |      |       |
|                         | 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    | B    |       |
|                         | 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)法人独自の業務マニュアルが充実しており、内容も分かりやすく実用的なものになっています。毎年見直しの検討が行われています。また、「手順書」の回覧や、ISO「是正処置」を定期的実施することで、事故防止や安全確保に繋がっています。<br>(23)利用者の状況やサービスの提供状況については、ケースファイルに適切に記録されています。記録等については、施錠できる棚に保管し適切に管理しています。保存、持ち出し、廃棄、情報開示等に関する規程を定めていますが、持ち出し時の管理表が作成されていませんでした。<br>(24)朝、夕に職員ミーティングを定期的実施するとともに、「ミーティングノート」や経過記録などを使い、情報交換を行うことで情報の共有に努めています。<br>(25)連絡帳を活用しながら、利用者家族との情報交換を図っています。定期的な担当者会議、送迎時、計画書再交付時などに家族との面談機会を確保するなど、連携が取り易い工夫を行っています。 |      |      |       |

| (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) 感染症予防に関するマニュアルを策定し、職員研修も実施しています。「インフルエンザ対応マニュアル」の作成など、具体的な対応方法を定めています。感染症予防セット（GGセット）の常備や手洗いチェック（本部よりの抜き打ち調査）など、予防への取組みも進めています。</p> <p>(27) 施設内の衛生管理は外部委託せず、利用者を送りだした後、毎日職員による清掃を行っています。厨房内の清掃に関しては、委託業者により毎日点検表で管理しています。職員の清掃のチェック表作成をお勧めします。</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。   | A | B |
| (評価機関コメント) |    | <p>(28) 「緊急時事故発生マニュアル」が整備され、対応の指揮命令系統が明確にされています。事故・緊急時における研修や訓練も実施しています。</p> <p>(29) 「改善提案シート」「予防提案シート」「検討シート」「チャンスレポート」「気付いて良かったシート（ヒヤリハット報告書）」など様々な報告検討書式を作成し、事故の予防・再発防止のため組織的に検討しています。</p> <p>(30) 「風水害対応マニュアル」など災害時のマニュアルが整備され、指揮命令系統（緊急連絡網）も整備されています。地域と連携したマニュアル策定や訓練がなされていないので、今後の課題と考えられます。</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     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | <p>(31) 組織の理念や運営方針に人権の尊重や尊厳の保持が盛り込まれ、職員に向けた研修（高齢者虐待防止法など）も実施されています。複数のレク選択や飲み物、ケーキの選択など、サービス提供においても利用者の自己決定を尊重しています。</p> <p>(32) プライバシーの保護に向け採用時研修や内部研修を実施し、利用者のプライバシー保護に努めています。現場での記録やメモ類の保管、スタッフの立ち話など、限られた空間のなか利用者のプライバシーを護る細やかな配慮がなされています。</p> <p>(33) 利用者の決定は公平・公正に行われています。安定したサービス提供が困難な場合（個別ケア・時間帯・送迎区域など）を除いては受入れています。対応が困難なケースは法人内の関連施設と連携を図り対応しています。</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てている。   | 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) 今年度は「ISO満足度調査」を1回（12月）、「職員満足度調査（利用者の立場に立った職員による満足度調査）」を1回（6月）、試行的に行い、利用者の意向や意見を集約することに努めています。定期的な利用者懇談会は開催されていませんでした。</p> <p>(35) 意見・要望・苦情の対応方法が定められ、迅速な対応が行われていることが記録から確認できました。これらの内容の「公開」がなされていませんでした。意見・要望・苦情等を個人情報に配慮しながら広く地域へ公開していくことが望まれます。</p> <p>(36) 外部の人材を受入れ利用者の相談機会の確保がなされていませんでした。事業所以外の第三者を相談窓口として設置することが望まれます。</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         | 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。  | 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職員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) 「ISO満足度調査」を年2回実施し、法人全体の会議で調査内容を報告しています。また調査結果や「ISOマネジメントレビュー」等を評価・検討することでサービスの質の向上に繋げています。今回の第三者評価利用者アンケートにおいても、概ね利用者からの満足する評価を得ています。</p> <p>(38) 毎月各業務委員会が開催され、検討内容を現場の「全体ミーティング」で伝達し周知しています。内部監査システムを整備しており、サービスの質の向上に向けて組織的に取り組んでいることが確認できました。</p> <p>(39) 第三者評価やISO内部監査等を通じ、第三者による評価を定期的に受けています。評価結果を踏まえた課題の設定（ISOマネジメントレビュー）もなされています。今後も継続的に取り組まれることを期待します。</p> |      |       |