

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 31 年 4 月 25 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 31 年 3 月 13 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【デイサービスセンターハーモニーこはた】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. 地域との交流が図られ、事業所が有する機能を還元しています</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ デイサービスの職員が地域のサロンや公民館で認知症予防の講義をしたり、体操の指導を行う等事業所が有する機能を地域に還元しています。</li> <li>○ 事業所として学区福祉委員会の活動に参加し、地域住民と共に行う活動にも積極的です。サロンや交流会にも参加し、顔の見える関係づくりに尽力しています。</li> <li>○ 地域ケア会議には積極的に参加し、関係機関との連携を深めると共に、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めています。</li> </ul> <p><b>2. 職員はサービスの質の向上に向け熱心に取り組んでいます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人の理念や運営方針が職員に浸透し、理念や運営方針に基づき個別の支援計画を策定し、サービスの提供を行っています。</li> <li>○ 組織図を明確にすると共に、等級基準書にて役割を明文化し、各レベルに応じた権限委譲と責任を明確にすることで、組織として上手く機能しています。職員は互いに尊重し合い、また共通の目標に向かって一丸となって業務にあたっています。</li> <li>○ 「チームイエロー」という名称の採用プロジェクトチームを結成し、若手職員がイベントに参加する等して、人材の確保に努めています。新入職員は経験年数に応じた研修の計画が体系的に定められ、スキルアップの機会や資格取得支援の体制も整っています。</li> </ul> <p><b>3. 利用者の意見を積極的に聞き取り、職員間で情報共有が図られています</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 独自の利用者基本情報書を活用し、利用者の心身状況や生活状況を記録し、必要に応じて主治医や専門家とも連携しながらアセスメントを行って</li> </ul>
-----------------------------	---

	<p>ます。</p> <p>○ デイサービス利用中や送迎時、サービス担当者会議の時等に利用者から話を聞き、利用者の希望を踏まえた上で個別援助計画を策定しています。より密に話ができるように、デイサービス会議とは別に利用曜日毎の会議を毎月開催し、利用者の意向や職員からの意見等、情報の共有を行っています。</p> <p>○ 毎日、朝と夕方にミーティングを行い、利用者の小さな変化や訴えについても職員間で情報共有を図っています。また、ミーティングの議事録とは別に、申し送りノートを活用し、職員間で情報共有が図られています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p><b>1. 業務マニュアルの計画的な見直しが望まれます</b></p> <p>○ 各種業務マニュアルは策定されていますが、作成日や更新日の記載がありません。事業所として、インフルエンザ対策には徹底した感染蔓延対策を実施されていますが、感染予防や感染症発生時の対応マニュアル等の更新が出来ていません。</p> <p>○ 業務マニュアルや手順書の見直しの基準が定められておらず、見直しされていないものや最新情報に基づく更新がされていないものもあるようです。</p> <p><b>2. 衛生管理の改善が望まれます</b></p> <p>○ 階段周辺やトイレのカーテン、のれん等の洗濯頻度が少ないようです。毎日多くの職員や利用者が触れるものであることから、もう少し頻回な洗濯や除菌が望まれます。</p> <p>○ トイレには消臭スプレーがあるものの、少し臭いが気になります。臭気対策について再度検討することが望まれます。</p> <p><b>3. 勤務状況の把握と見直しが望まれます</b></p> <p>○ 有給休暇の取得率や時間外労働等については、事務部にてデータ管理されていますが、管理者が十分に状況把握できていません。</p> <p>○ ゆったりとくつろげる休憩室が整備されているものの、業務と休憩の線引きが少し曖昧のように感じます。</p> <p>○ 担当業務によって、超過勤務が発生するようです。超過勤務を抑制するために、業務の見直しや役割分担の調整が望まれます。</p>

具体的なアドバイス

### 1. 実用的な業務マニュアルの作成について

○ 毎年1回は、予め時期を決めて年間事業計画に盛り込み、計画的にマニュアルを見直す必要があります。

例えば、実際のケアに関わるものは、新入職員が入る前の年度終わりに、感染症については感染症が流行し始める秋頃に等、時期を決めて見直しをされてはいかがでしょうか。

○ 毎年しっかりと見直しを行うために、マニュアル更新の委員会の設置をご検討ください。それにより担当者が明確になり、計画的に見直しを行えるのではないのでしょうか。

○ 満足度調査の結果やヒヤリハット、事故防止会議での検討事項等を織り込むことで、より実用的なマニュアルが作成できると考えます。また、同一法人で、他事業所の職員と交換勤務を行う際には、相手方のマニュアルを確認し合うと共に、意見交換が行われるので、現行マニュアルの課題に気づく機会になるのではないのでしょうか。

### 2. 衛生管理について

○ カーテンやのれんは毎日多くの人から触ることから、細菌等の感染源になり得ると考えます。現在は洗濯の頻度が極めて少ないようですが、感染拡大予防の観点から、もう1セット準備し、頻回な洗濯を検討してはいかがでしょうか。

○ 水回りの臭気対策には検討の余地があります。毎日関わる職員では気付きにくいことがあるかとも考えられるため、臭気に対する利用者アンケートを実施してはいかがでしょうか。

### 3. 勤務状況の把握と見直しについて

○ 有給休暇や超過勤務については、事務部が一括でデータ管理しているのですが、管理者や役職者も情報を共有する必要があると考えます。

○ 平成31年度より、有給休暇が年間10日以上付与される職員については、5日以上の取得が必要となりました。職員の希望を聞き、計画的な有給休暇の取得が可能になるように努めてください。希望の時期が重なる場合や希望が少ない場合には、誰がいつ頃に有給休暇を取得するかを、予め年間計画として調整する等、管理者も取得状況を把握して、管理して下さい。

○ 職員の休憩中に、フロアが手薄にならないように、職員の休憩時間を少しずつずらすよう、タイムテーブルを見直す等の工夫をされてはいかがでしょうか。それによりフロアの職員が手薄になることがなくなり、安全面やサービスの質の向上に繋がると考えます。また、職員は、自分に割り当てられた休憩時間中、休憩室でゆったりとくつろぎ、十分な休息を取ることが出来、

	<p>メリハリがつくことで、さらなるサービスの質の向上にも繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>○ 担当業務によっては、超過勤務やむなしの状況があるようです。超過勤務を抑制するために、業務分担の見直しを検討されてはいかがでしょうか。例えば、事務作業に時間がかかる作業担当者は、送迎には参加しないようにする等、業務負担の平準化方策について職員全員が参加する会議で検討し、偏りがないように見直しをされてはいかがでしょうか。超過勤務が減ることでライフワークバランスが保たれ、より質の高いサービスを提供できるようになると考えます。</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)

※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	2671200174
事業所名	デイサービスセンター ハーモニーこはた
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成31年3月27日
評価機関名	特定非営利活動法人 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. 組織の理念及び運営方針は、年1回職員研修を行い職員全員への浸透を図っています。事業所内には理念や経営方針が掲示され、来客者にも分かりやすいようにしています。利用者・家族等には契約時、パンフレット等にて法人理念を説明しています。 2. 組織図を明確にし、職務に応じた役割を担うと共に、案件別の意思決定方法が定められています。理事会や評議員会は年4回行われています。常勤会議、全体会議を毎月開催し、そこで出た意見を管理者が企画管理会議やエリア会議で報告することで、現場の意見を反映した事業運営をされています。また、等級基準書を制定・周知するとともに、職員の誰もが閲覧できる場所に設置し、各レベルに応じた権限移譲と責任を明確にしています。		
<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	B
	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. 年度初めに事業計画を立て、半年で見直しを行う等、計画の達成状況の確認や課題の分析をしっかりと行っています。法人研修の中で全職員に計画を配布すると共に意見交換を行い、職員の意向が反映される仕組みができています。しかし、理念や目標の実現に向けての中・長期計画が策定されていません。複数年に及ぶ計画を明確化し、それに基づいた単年度計画の策定が出来ることさらに質の高い計画になると考えます。 4. 管理者が出席する宇治エリア会議やデイの職員全員が参加するデイ会議、曜日会議等役割に応じた会議を毎月行い、課題の設定や分析、解決を盛り込んだ計画の策定を行っています。課題の達成状況は定期的に確認し、必要に応じて見直しを行っています。		

(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. 管理者が法令遵守に関する研修会に参加し、受講した資料を回覧する等して情報の共有を図っています。さらに研修会を開催し職員に遵守すべき法令等の周知を行ったり、毎年、自主点検を分担して行うことで法令遵守への意識を高めています。法令集や集団指導説明会資料等は本棚に整理されており、必要な時にすぐに調べられる体制が整っています。</p> <p>6. 組織図や業務分担表を作成し管理職の役割と責任を明文化すると共に、いつでも誰でも見られるようにファイリングしています。事業計画や運営方針を決定する企画管理会議には、管理者や主任・リーダーが参加し、意見を述べています。また、管理者は、毎朝のミーティングで職員の意見を聞くと共に、半年ごとの職員面談でも業務について意見・要望を聞き、業務運営に反映しています。毎年ストレスチェックを行うことで、責任者や管理者自身が、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかの把握・評価・見直しを行っています。</p> <p>7. 管理者は毎日ミーティングに参加し、口頭で報告を受けると共に日報を確認し、状況の把握・管理を行っています。また、常に携帯電話を所持し、事業の実施状況を随時確認できるようにしています。緊急時マニュアルを策定し、不測の事態が発生した場合の対応方法が明文化されています。</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

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

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)		<p>8. 人員体制・管理に関する方針を策定し、有資格者や実務経験者の採用を優先する等、人事部門が一括して計画的に職員採用を行っています。常勤職員・非常勤職員の比率、有資格者の配置等を検証し、配置基準よりも多くの職員の配置を行っています。採用後も資格取得のために休暇が取れたり、資格によっては補助金を活用することが出来る等、資格取得支援の取組みを行っています。</p> <p>9. 職員に対する研修計画は年単位で体系的に定められ、新入職員には採用時に法人全体で研修を行っています。経験年数ごとに研修の計画が定められ、外部研修への参加希望に対しても勤務調整をする等配慮しています。法人内での集合研修は年数回実施し、事例検討を行う等一人一人の気づきや、学び合う機会としています。</p> <p>10. 独自の実習マニュアルを策定し、受け入れの基本姿勢を明文化しています。実習指導者だけではなくデイサービスの職員も外部の指導者研修を受講し、社会福祉士の実習指導も行ってきます。大学や専門学校からの実習生や中学生のチャレンジ体験等の受け入れも行ってきます。</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	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>11. 年に2回ヒヤリングを実施し、職員の就業状況や意向の把握に努めています。法律で定められた育児休業等は適切に対応しています。また、入浴用リフトやシャワーチェア等介護機器を導入し、職員の負担軽減を図っています。</p> <p>年次有給休暇や時間外労働は事務部でデータ管理をしていますが、管理者が十分に把握できていません。有給休暇の取得率が低く、また時間外の業務も常態化する傾向にあります。事務部と管理者がしっかりと情報共有を図り、労働環境へのより一層の配慮が必要ではないかと考えます。</p> <p>12. 毎年ストレスチェックを実施し、必要性がある場合には個別に専門医の受診を促しています。法人には産業医がいることに加え、別の部署の職員に相談できる体制があります。ハラスメント規定も策定し、苦情を訴えたり、相談が出来る環境・体制が整えられています。また、事業所内にはゆったりくつろげる休憩室が整備されています。</p>		
<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。	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. 事業所独自のパンフレットや広報誌、学区福祉委員の広報誌を活用し、事業所の概要や運営理念、取り組み等を地域に開示しています。また、事業所のホームページを開設する等、利用者や地域住民に事業所の情報を開示しています。</p> <p>14. 職員が地域のサロンや公民館にて認知症予防講座や体操指導等を行う等、事業所の有する機能を地域に還元しています。同一敷地内にある地域包括支援センターとも連携してサロン茶話会を年に2回開く等、コミュニティを作ることで地域住民との関係性を深めると共に、地域の介護・医療・福祉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	B		
(評価機関コメント)		<p>15. 利用者の問い合わせや見学の希望がある場合には個別に対応し、「新規・増回・曜日変更・スポット等利用表」に管理者が記録をしています。体験利用は無料で受け付け、実際にサービスを体験した上で、利用者自身が意思決定できるようにしています。</p> <p>事業所の情報はホームページで確認できるものの、料金等は公開されていません。また、パンフレットに記載されているフロア案内図は、改装前のままになっており、現状とは異なっています。内容は定期的に確認すると共に更新し、分かりやすい情報の提供をお願いします。</p>				
<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)		<p>16. サービス開始にあたり、サービス内容が書かれた重要事項説明書や料金の書かれたしおりを用いて、説明を行っています。認知症等により判断能力の低下が疑われる場合には代理人から同意を得ています。また、成年後見制度を活用する仕組みがあります。</p>				

(3) 個別状況に応じた計画策定				
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. 独自の利用者基本情報書を用いて定期的にアセスメントを行い、心身状況や生活状況等を把握し、記録しています。毎月のモニタリングや担当者会議で利用者や家族から聞き取ったニーズや課題を明らかにすると共に、主治医や専門職の意見を聞いて状況把握を行っています。</p> <p>18. アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに対する具体的な個別援助計画目標が定められています。サービス担当者会議にはできるだけ本人及び家族の出席をお願いし、利用者及び家族の希望を尊重して個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容を決定しています。</p> <p>19. 個別援助計画は、主治医・介護支援専門員・ヘルパー等専門家の意見を聞き、意見交換を行いながら策定しています。また、施設内でも多職種でカンファレンスを行い、各意見を個別援助計画に反映しています。</p> <p>20. 個別援助計画の策定にあたっては、モニタリング、評価、アセスメント、計画の手順で行っています。モニタリングは毎月行っています。個別援助計画は、更新月のみではなく、新たなサービスが必要になった時や状態が変化した時等にも見直しを行っています。計画の見直し時には、必要に応じて専門家等へ意見照会が行われています。</p>		
(4) 関係者との連携				
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)		<p>21. 主治医や訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、居宅介護支援事業所等のリストを作成し、必要な時には相談かけする等、日々連携を取るよう努力しています。地域包括支援センターが併設のため、情報共有や連携は図りやすく、利用者の支援体制が確保されています。入退院時にもサマリーや投薬リストを依頼したり、退院前カンファレンスがある際には出席する等、情報の共有に努めています。</p>		
(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。	B	B
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。	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)		<p>22. 業務マニュアルや手順書は作成していますが、作成日や更新日が不明なものが多く、課題があります。苦情や顧客満足度調査の分析結果、事故防止策等の具体案を基に、最低年に1回はマニュアルの見直しをお願いします。</p> <p>23. パソコンソフトや個人ファイルにて個人情報を記録・管理・保管しています。文書管理規程が定められ、持ち出し禁止や保存、破棄については明文化されています。利用者情報は鍵付きのロッカーで保管し、最後に施錠した職員がチェックシートに記載する等きっちりと管理しています。法人内で毎年秘密保持や倫理等についての研修を行い理解を深めると共に、守秘義務厳守の誓約書を作成する等、職員の意識を高めています。</p> <p>24. 毎朝・夕にミーティングを行い、利用者の情報や注意点を口頭と書面で申し送り、全職員が情報の共有を図っています。日々の記録以外にもサービス担当者会議記録等も回覧し、全職員が確認できるようにしています。また、定期的にケアカンファレンスを行い、記録・情報を共有しています。</p> <p>25. 担当者会議への出席や家族会を開催することで、家族との情報交換を行っています。日々の情報交換は連絡ノートを活用したり、送迎時に直接行っています。また、広報誌等で行事や日常の様子を家族に伝える等積極的に取り組んでいます。</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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)		26. 感染症対策・予防に関するマニュアルに基づきシミュレーション勉強会を行うと共に、詳細な受け入れ手順を作り、徹底した蔓延対策を行っています。しかし、マニュアルの更新が久しく出来ていませんので、至急見直しと確認が必要です。感染症拡大防止のため、流行期前には、感染症の予防方法や対策を利用者・家族にお知らせしたり、食前の手洗いやアルコール消毒が自宅でも習慣化されるよう注意喚起を行っています。 27. 物品の整理には少し課題があります。清掃は職員がチェックリストを基に毎日交代で行っています。トイレでは消臭スプレーを活用していますが、臭気対策にはもう少し工夫が必要です。また、階段付近のカーテンは衛生面を考慮し、もう少し頻回に洗濯をすることが望まれます。		
(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)		28. 年1回消防署の協力を得て避難訓練を実施したり、AED研修を受講する等、予想される事故に備え、実践的な訓練を行っています。指揮命令系統を分かりやすくまとめた表や緊急連絡先のリストが整備されています。事故や緊急時におけるマニュアルが策定されています。 29. 事項報告書やヒヤリハットは、それぞれファイリングし情報共有を図ると共に、ミーティングや各種会議、ヒヤリハット委員会等で事故の分析、原因の特定、解決策等について検討し、情報共有を行っています。また、事故発生時には、管理者、経営責任者への報告と共に、家族、関係各所への報告を迅速に行うことが出来ています。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、年2回防災訓練を行っています。自衛消防組織表を作成し、それぞれの任務と指揮係が明示されています。また、地域のために米や水等の備蓄を用意し、自然災害発生時に備えています。		

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>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)			31. 運営規定にて利用者の人権や意思の尊重について明文化すると共に、毎年年間計画に基づき研修を行っています。利用曜日ごとのミーティングで利用者の人権や自尊心を尊重したサービス提供が行えているか振り返り、検討や対応をする仕組みがあります。身体拘束禁止や虐待防止についても毎年研修を行い、参加出来ない職員には管理者から口頭で周知を行っています。 32. プライバシー保護等については毎年研修を行い、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を心掛けています。希望に応じて排泄や入浴時は同性介助に努め、羞恥心へ配慮しています。来所相談や利用者との面談は個室の相談室で行い、内容が漏れないように配慮しています。 33. サービス利用者の決定は公平・公正に行い、医療行為が必要な場合や重度の認知症等の理由で断ることがないようにしています。定員オーバー等でやむを得ず受け入れられない場合には、その理由を丁寧に説明し、必要があれば他事業所を適切に紹介しています。		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	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。	A	A
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. 事業所の入り口には意見箱を設置したり、アンケートを定期的に行う等利用者や家族から希望を聞き出すための取り組みを行っています。状況に応じて送迎時に管理者・職員が直接家族と話をしたり、連絡ノートを活用して意見や要望の聞き取りや対応を行っています。苦情についてはファイルにまとめ、毎月の会議の中で情報共有を図ると共に、全員で対策を検討し、サービス改善に努めています。</p> <p>35. 利用者の意向や苦情に対しては日頃から気を配り、記録に残しています。曜日ミーティングで利用者の意向を共有し、対応については独自の対応マニュアルを活用し、全員で検討しています。しかし、要望に対する改善状況を公開するには至っていません。個人情報保護に配慮した上で公開されるよう期待します。</p> <p>36. 重要事項説明書に公的な苦情受付機関を記載し、契約時に説明を行っています。利用者からの公的機関を通じての苦情に対しては、迅速に対応する仕組みが出来ています。しかし、市民オンブズマンや介護相談員、民生委員等外部の人材を受け入れは出来ないため、利用者の相談機会の確保の観点から外部人材の受け入れをご検討ください。</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。	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	B
(評価機関コメント)		<p>37. 家族会を毎年開催しており、その前に満足度調査を行っています。「ほめてください・叱ってください」というアンケートを実施し、良い点・悪い点を項目ごとに調査しています。その結果はデイ会議の中で共有すると共に、改善への取り組みを検討しています。その後、サービスの質の改善につながったかについては、次回のデイ会議で確認しています。また、その結果は家族会で公表しています。</p> <p>38. 企画会議、エリア会議、常勤会議、曜日ミーティング等、各レベルで毎月サービスの質の向上に向けた検討を行っています。また、毎年各部門の取り組みを発表する機会を設けたり、他事業所の機関誌を回覧する等、他事業所の取り組みも参考にし、サービス改善の取り組みを行っています。「ひもときシート」を活用し、利用者の思いを知る努力も行っています。</p> <p>39. 毎年自主点検を実施したり、3年毎に第三者評価を受診していますが、それ以外の自己評価は行えていません。法人内で自己評価を行うための交換研修を設ける等、事業所の取り組みを客観的に評価し、課題の明確化を図ることが望まれます。</p>		