

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 9 月 1 9 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

令和 1 年 10 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **上賀茂デイサービス** 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
(※)

医療法人葵会は民医連（全日本民主医療機関連合会）に所属しています。京都市北区を中心に、医療と介護事業を展開しており、法人結成 61 周年を迎えています。その傘下として、上賀茂デイサービス（地域密着型通所介護）は平成 14 年 2 月 1 日に開設されました。大きな特徴として法人が民医連綱領を礎として運営されており「民医連の介護・福祉の理念」の目標の 1 は「（無差別・平等の追及）人が人であることの尊厳と人権を何よりも大切にし、それを守り抜く無差別・平等の介護・福祉をすすめます」と掲げています。

上賀茂デイサービスは定員 14 名、現在の登録者数 33 名、平均介護度 2.29 です。パンフレットに「上賀茂デイサービス 3 つの特徴」を「◇小規模特有の穏やかな時間を提供 家庭的な雰囲気大切にしています◇入浴は完全同性介助 プライバシーに配慮しています◇日常の楽しみを機能訓練に ・四季折々のアクティビティー活動（創作、外出レク等）を週替わりでご用意しています・趣味や特技を活かし、楽しみながら機能訓練にご参加いただけます」と、大きく明記して介護に取り組んでいます。

利用者は、人々とのふれあいの中で機能訓練や創作活動などにいそしみ、心身の機能回復や維持に努めています。職員は、系列の医療機関とも連携を取りながら、住み慣れた地域で利用者が豊かな暮らしを継続できるように支援しています。

○地域との交流

事業所のパンフレットやホームページ、広報紙などで、事業所の情報を開示しています。「上賀茂健康友の会」と連携をとり、会員のボランティアとしての昼食（ご飯、みそ汁）作りや行事開催時に支援があり、防災訓練時には地元上賀茂消防団員の協力を得ています。「上賀茂健康まつり」や上賀茂社会福祉協議会主催の「上賀茂サロン」開催時には、職員は地域の方たちに健康相談や体操教室をおこなっており、利用者の参加もあります。また、利用者に地域の祭やイベント情報を伝え地域への参加を促しています。

○レクリエーション活動

生活リハビリテーションの一環として、外出レクリエーション（外食、買

	<p>い物、四季折々の花見など）を多く取り入れ、季節の行事とともに実施しています。日々の手作業（手芸、工芸、工作）は、週替わりや長期間を要するものがあります。タオルで作った犬や紐を利用した京コマ、今年の干支の壁画や木の洗濯ばさみを利用したロッキングチェアなど、今は白い和紙に色をつけ蓮の花作りの最中です。これらの構想は職員のアイデアを出し合う「機能訓練検討会議」で論議し、「利用者が楽しく笑って取り組み、全員が完成できる」を目標にしています。完成した作品は、上賀茂児童館での「上賀茂美術館」に毎年出展しています。</p> <p>○人材の確保・育成</p> <p>法人内の「教育育成委員会」が、経験年次別研修や管理者研修、非常勤職員対象の研修も多種組み込み年間計画を立案して実施しています。特に非常勤職員の多い当事業所においては、研修に参加や伝達研修で学びあうことができ、サービスの維持、向上につながっています。法人方針として、介護職員は全員介護福祉士の取得を推奨しており、研修期間は有給を活用してもらっています。事業所の介護職員は4人中3人が介護福祉士の資格を取得しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○広報紙の有効活用</p> <p>広報紙（上賀茂デイサービスおたより）は、カラーで日々のレクリエーションや行事など、職員からの言葉を載せ毎月発行していますが、より充実した広報紙として活用できる可能性があるのではないのでしょうか。</p> <p>○重要事項説明書への追記</p> <p>重要事項説明書に項目に挙げての人権の尊重、身体拘束禁止、虐待防止、プライバシー保護などについての記載がありませんでした。</p> <p>○第三者相談窓口の設置</p> <p>第三者の相談窓口は設置されていませんでした。当事業所では苦情もない現状でしたが、予期せぬところで苦情につながることもあります。事業所の信頼をより深めるためにも法人と相談されることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○広報紙の有効活用</p> <p>広報紙には多くの活用方法があります。事業所からは、単年度職場目標の掲示、職員異動報告、相談・苦情及び対策報告、アンケート結果報告、月間予定表、日々の活動から職員の介護観や研修報告など、また、利用者の声や家族、ボランティアの方たちからの寄稿文など、まだまだあるでしょう。リーフレットの裏面も利用し、より充実した広報紙になることを期待します。</p> <p>○重要事項説明書への追記</p> <p>民医連や法人の理念に掲げられている内容や多くの研修の中から、重要事項説明書に項目を示して、利用者・家族に説明した方がよいと思われるものの検討を期待します。</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	2670100417
事業所名	上賀茂デイサービス
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防型デイサービス
訪問調査実施日	令和2年7月29日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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. 医療法人葵会の理念と民医連の介護・福祉の理念は法人ホームページで発信している。利用者・家族には契約時に説明して、日々の介護の様子は毎月発行の広報紙（上賀茂デイサービスおたより）に載せ家族に届けている。職員には法人研修（新入職員、管理者）に組み込んでいる。事業所内でも総括会議で理念や運営方針の話し合いをおこなっている。 2. 組織図や職務権限表を作成している。毎月の職員会議には事務長の出席がある。事務長から理事会や常務会からの諸方針の説明がある。職員会議での意見・要望は必要に合わせ、上賀茂エリア管理委員会で検討し、結果は報告がくる。新型コロナウイルス感染防止対策として、額用の体温計、パーテーション用のアクリル板を購入、事務所エアコンの更新をおこなった。		
(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)			3. 中・長期計画（2018年～2020年）は法人で作成している。「医療法人葵会2019年度事業計画と予算について」に沿い、事業所での単年度計画「上賀茂デイサービス品質目標」を作成している。職場運営方針4項目に複数の目標を立て具体策を示している。運営推進会議で家族や地域代表委員の意見を得ている。利用者・家族に顧客満足度調査を年1回実施しニーズの把握に努めている。職員会議で課題を話し合い、随時振り返りをおこない6か月ごとに評価している。これらの課題を期末の総括会議で次年度の単年度計画に反映させている。 4. 職員は、管理者、生活相談員、看護師（機能訓練指導員を兼務）、介護職員の配置がある。各職員は職責を含む目標を立て、管理者と個人面談をおこなっている。進捗状況の振り返りは定期的に職員会議でおこない記録に残している。		

(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、事業運営をリードしている。	B	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. 管理者は京都市の集団指導や法人の法令遵守（コンプライアンス）研修に参加して、伝達研修をおこなっている。資料は職員の休憩時間に読めるように設置している。事業運営に必要な法令は整えてリスト化している。</p> <p>6. 管理者の役割や責任は、職務権限表や運営規程に明記している。事業所の運営方針を決める会議（上賀茂エリア管理委員会）や介護職委員会、通所介護所長会議、県連の介護職運営委員会などに管理者は参加している。個別面談時や職員会議、日常的にも職員の意見を聞く機会はある。管理者自らを評価する仕組みはない。職員は、生活相談員、介護福祉士、看護師などの有資格者であり、小人数である。個人面談時を利用して、口頭での聞き取りをさせてはどうか。</p> <p>7. 管理者は業務に携わっており、フロアでの業務で職員や利用者の動きは把握できる。外出時は法人の携帯電話を持参して常に連絡が取れる状態である。管理日誌や報告を受けるなどで業務の把握をしている。「緊急時対応マニュアル」や「対人事故マニュアル」送迎用マニュアルとして「交通事故マニュアル」を整備している。</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

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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. 「運営規程」や「重要事項説明書」に、法人の職員採用時の基準を示し、上賀茂エリア管理委員会で検討している。法人として、介護職員は全員介護福祉士の取得を推奨しており、研修期間は有給を活用してもらっている。事業所の介護職員は4人中3人が介護福祉士である。</p> <p>9. 法人内で「教育育成委員会」が設置しており、経験年次別研修や管理者研修、非常勤職員対象の研修も多種組み込み立案して実施している。外部研修情報はその都度職員に知らせ参加を促している。非常勤職員が正規職員になる為の規定がある。キャリアパス制度は現在法人で作成中である。</p> <p>10. 「実習生受け入れマニュアル」は整備している。今期は中学生のチャレンジ体験を受け入れた。体験に先立ち中学生から「個人情報保護同意書」を得ている。実習指導者に対する研修がおこなわれていない。</p>		

(2) 労働環境の整備

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. 法人の事務長が職員の就業状況は管理している。有給休暇の消化率は30%~50%であり、消化の少ない職員には休暇取得の声かけをしている。育児休業、介護休業は「就業規定」に明記している。全送迎車がステップ式の車になり、職員の重い足台の移動がなくなった。</p> <p>12. 「ハラスメントに関する規定」を作成している。職員からの苦情や相談は、事務長や看護師長が受けている。法人で「労働安全衛生委員会」を3か月ごとに開催しており、委員には産業医、管理者、組合員の代表の参加がある。健康診断やインフルエンザ予防接種、ストレスチェックを年1回受けている。産業医や外部の受診機関を周知している。1階のデイサービスのフロアと離れ、2階に職員休憩室がある。テーブルや椅子、ソファ、関係雑誌が置かれ広い。職員は共済会制度による福利厚生を余暇のリフレッシュに活用している。法人で忘年会が開催され、全職員に招待がある。</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. ホームページや広報紙で事業所情報は開示している。広報紙は家族に送付している。また、上賀茂健康友の会会報に掲載し地域の方々へ広報している。年2回おこなう運営推進会議には、家族や民生委員、健康友の会役員、地域包括支援センター職員が参加して意見交換をおこない地域情報も得ている。利用者には、地域の祭やイベントを掲示板で知らせ、上賀茂社会福祉協議会の広報紙を配布しており、希望があれば、地域の行事参加を支援する体制がある。上賀茂健康友の会の会員のボランティアとしての昼食（ご飯、みそ汁）作りや行事開催時の支援がある。防災訓練時には地元上賀茂消防団員の参加がある。</p> <p>14. 「上賀茂健康まつり」や「上賀茂サロン」開催時には職員は参加して、地域の方たちの健康相談や体操教室をおこなっている。また、上賀茂児童館での「上賀茂美術館」へは、レクリエーション活動で取り組んだ作品を毎回出展して、利用者の地域参加を支援している。管理者は地域ケア会議に参加して、地域情報を得ている。</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

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	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)		<p>15. ホームページ、パンフレット、広報紙などで事業所の情報を提供している。パンフレットにはデイサービスの概要、スケジュール、レクリエーション、アクティビティ活動、年間行事など写真も一緒に掲載している。入浴については機械浴がないため、浴室の写真を掲載して利用者自身の判断と選択を促している。また事業所の強み「上賀茂デイサービス 3つの特徴」をパンフレットに記載している。見学希望の方は随時受け入れ、その対応を管理日誌に記載している。</p>		

(2) 利用契約

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. 管理者は、契約時には利用者の居宅を訪問して説明している。重要事項説明書を用いて介護サービスの内容や料金について、また、介護保険外のサービスである食事やおやつ、アクティビティについての費用もきちんと利用者・家族に説明して同意を得ている。パンフレットに料金についての記載がなかったが、見学時などの手渡し時は添付を望む。</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. アセスメントは所定の様式を用いて作成している。生活情報として生活の流れ、履歴、今までの生活状況をアセスメントシート①に、活動や行為の情報をアセスメントシート②に記載し、居宅訪問チェックシートも使用している。見直しは3か月ごとにおこなっている。</p> <p>18. 介護支援専門員からのケアプランを基に、本人や家族の希望を取り入れて、通所介護計画書及び個別機能訓練計画表・運動機能向上訓練表を作成している。見直しは3か月ごとに職員全員でおこなうが、個別機能訓練は担当の機能訓練指導員が居宅を訪問して、利用者・家族に満足度や意向確認をおこなっている。月1回、理学療法士の来所があり、機能訓練の指導、アドバイスのある。</p> <p>19. 利用開始にあたり介護支援専門員から、北区共通サービス利用申請書を受け取っている。サービス担当者会議に参加し、介護支援専門員や関係事業所と意見交換や情報共有をおこない、通所介護計画や機能訓練に反映させている。主治医からの診療情報は得ている。</p> <p>20. モニタリングは「モニタリング報告書」を使用して、担当職員が毎月おこなっている。短期目標、実施状況、目標達成度、利用者・家族の満足度を評価している。毎月居宅介護支援専門員に報告している。計画見直しは3か月ごとと必要に合わせおこなっている。</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)		21. 主治医からの診療情報は介護支援専門員から得るが、直接連絡の取れる体制にあり受診時の様子なども知ることができる。利用者の退院時には退院カンファレンスに管理者は参加して、多職種と連携を取りながら在宅での生活を支援している。利用者を取り巻く関係機関は把握して、チームの一員として包括的な支援ができてい		
(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。	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	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)		22. 各業務マニュアルは作成し入職時に職員に渡している。また見直しは職員会議において定期的におこない、必要に応じて改訂している。 23. 利用者の状況は身体状況とともに当日の様子も詳しく記録している。ケースファイルなどは、鍵の付いた戸棚で管理している。法人研修で個人情報保護に参加した職員はその内容を伝達研修をしている。書類はシュレッダーにかけ廃棄している。 24. 朝のミーティングは管理日誌を基に利用者を迎えに行く前におこない、出勤職員は情報を共有している。日々の利用者の様子は検温表（バイタル表）に記載し、夕のミーティングで管理日誌にまとめている。毎月の職員会議でも情報は共有して、個人目標の振り返りや事例検討を実施しておりチームケアに努めている。会議欠席者には議事録を回覧している。 25. 家族とは、連絡ノートで事業所での様子と自宅での様子を双方向で情報交換している。3か月ごとに、機能訓練指導員が居宅を訪問しており、個別機能訓練の進捗状況の説明とともに家族の意向（意見・要望・苦情）確認もおこなっている。		
(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)		26. 法人研修に感染対策は組まれている。参加者は職員会議で伝達研修をおこなっている。事業所では、嘔吐時の手順書を作成して必要時にすぐ使用できるように、必要物品のセットを予め準備している。マニュアルは定期的に見直しをおこない、最新情報を入れている。 27. 業務終了時に毎日清掃して清潔を心掛けている。2か月に一度外部業者にワックスがけを依頼している。清掃状況の点検は職員が目視で必ずおこなっている。		
(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. 「緊急時対応マニュアル」を作成し対応や連絡などマニュアルに沿って対応している。重要事項説明書に賠償責任保険に加入していると記している。 29. 事故やヒヤリ・ハットはインシデント・アクシデントレポートを作成し、職員会議や法人の介護部会議で話し合い再発防止に努めている。現在、様式の再検討を介護部会議でおこなっている。マニュアルも適時見直している。保険者に報告した事件事例はない。 30. 「災害対応マニュアル」を作成している。消防署の立ち合いのもと、地元上賀茂消防団の参加も得て半年に一度防災訓練を行っている。利用者も参加し、水消火器での初期消火の訓練や消防署員からの話がある。自然災害についても、地震、台風などのマニュアルは作成している。		

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
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	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. 「医療法人葵会のミッション（使命）は民医連内外の事業者との連携を強め、広範な人々と協力して患者・利用者の人権が尊重された、安心・安全な事業活動を行いその規模を発展させる」と明示し、職員の基本としている。接遇、高齢者虐待、人権、身体拘束廃止の研修は法人で実施し、参加した職員は伝達研修をおこなっている。民医連綱領の研修も度々おこない、利用者の意思を尊重したサービスの提供を心掛けている。</p> <p>32. 法人で個人情報保護研修を実施し、その中でプライバシー保護についての学習もおこなっている。伝達研修をおこない周知できている。事業所の特徴として、入浴時の同性介護の提供をパンフレットに載せている。入浴やトイレ介助時は、特にプライバシーや羞恥心に配慮している。現在事業所職員は、男性1名他は女性である。利用者は全員女性であるが、今後男性が利用開始された時の職員体制は課題の一つである。</p> <p>32. 風呂の設備が一般浴槽（個浴）であり、この湯ぶねでの入浴ができることが事業所を利用できる条件になっている。このことは各介護支援専門員に知らせている。サービス提供範囲内の利用申し込みがおこなわれており、断ることなく受け入れている。</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。	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。	A	A	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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. どうしたら意見箱の利用につながるか、試行錯誤して箱の形や設置場所を変えているが現在も利用はない。連絡ノートや3か月ごとにおこなう居宅での個別機能訓練評価時に、利用者や家族から意見・要望・苦情を聞き取っている。聞き取った内容は記録に残し、職員間で共有してサービスの向上に努めている。また、年1回顧客満足度調査をしている。</p> <p>35. 相談、苦情受付窓口は、重要事項説明書に事業所と行政が明記してある。利用者・家族から苦情があった場合は「苦情対応マニュアル」に沿って対応することになっている。しかし、苦情といえる内容はほとんどない。顧客満足度調査の結果は、利用者・家族に送付するとともに運営推進会議で公表している。「おやつに果物もほしい」「献立表がみたい」など速やかに対応している。</p> <p>36. 契約時に相談、苦情受付窓口は説明している。利用者が過ごす1階フロアにも掲示してある。ボランティアの方は多く訪れ外部の目は入っている。第三者の相談窓口は設置できていない。</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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年1回年度末に、利用者・家族に顧客満足度調査を実施し、調査結果を職員会議で分析、検討し改善策を講じている。調査結果は運営推進会議で報告し諸意見を受けている。利用者・家族に送付している。</p> <p>38. 毎月の職員会議でサービスの質の向上に向けての話し合いをしている。法人での法人エリア管理委員会、教育育成委員会、労働安全衛生委員会など、その他の諸会議から情報提供もあり検討している。インシデントレポートの改善策として、玄関の扉に鈴をつけ、玄関の出入りがわかる対策をおこなった。多角的視野から立案している事業計画は、随時話し合っている。管理者は法人内の諸会議や地域ケア会議で他の事業所の取り組みなどについての情報収集をして、事業所内の取り組みとの比較検討をおこなっている。</p> <p>39. サービスの体制、内容、質、とりまく環境などについて総括会議で分析、評価している。課題を明確にして次年度の単年度目標に反映させている。第三者評価は3年ごとに受診している。</p>			