

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 1 0 月 2 4 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 2 年 7 月 2 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修学院につきましては、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>●通番 8 人材育成と教育・研修</p> <p>法人組織全体で職員研修体制を整え、質の高い人財の確保と教育・育成に取り組んでいます。ホームページやチラシ等を活用した「職員採用らくともキャンペーン」で、職員採用（募集）に現任職員が関われる仕組みを構築し、採用後の人材育成と教育・研修に「資格取得支援制度」「キャリアパス制度」「プリセプター／プリセプティ制度」を設けています。また、法人主催の介護職員初任者研修や実務者養成研修を広く法人外にも開放し、研修修了後の入職者に「学費返還制度」を適用しています。「資格取得支援制度」に基づく介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員の受験対策講座を開設し、職員の資格取得への道を開いています。</p> <p>「プリセプター／プリセプティ制度」で、新人職員に対し入社後 1 年間、先輩職員による現場での教育・研修（OJT）を実施し、「キャリアパス制度」で「キャリアパス台帳」をもとに職員一人ひとりの知識と技術を向上させています。</p> <p>年 1 回全職員を対象とした「職員やりがいアンケート（30 項目）」から職員の意向を人材育成と教育・研修に反映させています。また、「福利厚生制度」を充実させることで、さらに、職員の仕事に向かうモチベーションの向上や離職の防止につなげています。</p> <p>●通番 17～通番 20 個別状況に応じた計画作成</p> <p>介護事業部共通のマニュアル「デイサービス介護・ケアプランに関するマニュアル」と手順書「通所介護計画作成の流れ」等が整備されています。統一したアセスメント様式を使って、利用者の身体状況や生活状況等をアセスメント（把握・分析・記録）し、手順書に沿って定期的に見直し・更新されています。また、定期的にケアカンファレンスを開催し、利用者一人ひとりのサービスの実施計画（個別援助計画）が多職種協働により策定されています。サービス実施の開始から見直しまでの記録が整備されていました。機能</p>
-----------------------------	--

	<p>訓練指導員（リハビリ職・看護職員）をリーダーに個別機能訓練チェックシート」を使って、上下肢の運動レクリエーションや手作業の壁画や持ち帰りカレンダーの作成等を実施され、利用者の心身の活動性の維持向上に努めておられます。利用者は当日のプログラムに沿い、季節感のある作品づくり等にテーブルメイトと取り組んでおられました。利用者の活動されている姿をカラー印刷のパンフレットや「洛和デイセンター修学院便り」で紹介されています。8月号にはフロアで1週間実施されたイベント「夏休み」の取り組みが紹介されていました。</p> <p>●通番24 職員間の情報共有</p> <p>通所介護計画に基づいて提供されたサービスを介護ソフト「日常記録」に詳細に記録し、朝礼・終礼時に「日常記録」からピックアップした記録（情報）を職員間で共有しています。職員がIDとパスワードを持ち、イントラネット（社内ネットワーク）の介護事業部の共通文書・各種マニュアル・ES（従業員満足対策部会）、キャリアパス・NO1システム・介護教訓・共通業務等の情報を検索できる仕組みが構築されています。また、介護現場で職員がインカム（職員間の無線通信機器）を活用する等、組織や職員間で情報交換や情報共有が円滑に行われています。</p> <p>●通番26 感染症の対策及び予防</p> <p>医療分野を法人グループに持つメリットを活かし、感染症対策及び予防が周知徹底されています。看護職員が介護事業部の看護部会で取得した感染予防等に関する知識や技術を職場研修で伝達しています。「新型コロナウイルス感染症マニュアル」を今年4月～5月に3、4回改訂し、新型コロナウイルスの感染拡大防止策の周知徹底を一層強化させています。</p> <p>●通番38 質の向上に対する検討体制</p> <p>毎月、「NO1シート」を活用し、定められた評価基準に基づき、非常勤職員を含む職員全員がフロア会議で事業所の「アクションプラン」をもとにサービスの質の向上に向けた検討会議を行っています。また、介護事業部主導の相互評価「事業所評価票」を活用し、「事業所評価／68項目」と利用者の意向を把握する「利用者インタビュー／11項目」を実施する等、サービスの質の向上に職員と利用者の意向を反映させています。毎月「NO1シート」を活用した自己評価、毎年「事業所評価票」を活用した他者評価・相互評価、を実施されています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>●通番14 地域への貢献</p> <p>地域包括センターの「SOSネットワーク」から、送迎中に緊急支援の依頼メールがあれば対応する取り組みをされていますが、事業所独自で地域を対象とした講演会等を開催する等の取り組みが十分ではありませんでした。</p> <p>●通番30 災害発生時の対応</p> <p>地域と連携した自然災害時の対応策が講じられていませんでした。</p>

	<p>●通番36 第三者への相談機会の確保 第三者への相談窓口が重要事項説明書や運営規程等に明示されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>●通番14 地域への貢献 ホームページや広報誌で、法人及び事業所の情報を地域に発信され、ホームページで、法人内の事業所の第三者評価受診結果を広報されています。また、年1回、地域住民を対象とした大規模イベント「洛和メディカルフェスティバル」を開催され、法人及び事業所が持つ医療・介護・福祉・保育の専門的な技術や情報を広く地域に提供されています。事業所の職員（機能訓練指導員、看護職員、生活相談員、介護職員等）の持てる力は大きく、それは事業所の力であると考えます。今後、身近な地域を対象に事業所の特性を活かし、障がいがあっても地域で暮らし続けたい人の思いに沿う取り組みを実施されてはいかがでしょうか。</p> <p>●通番30 自然災害発生時の対応 防災マニュアル、緊急災害時マニュアル対応、AEDマニュアル等を整備され、法人に自然災害対策本部を設置されています。自然災害時の対応を、地域の行政や住民等と協働で取り組む体制づくりを本部のリーダーシップの下で始められてはいかがでしょうか。</p> <p>●通番36 第三者への相談機会の確保 第三者への相談窓口を重要事項説明書や運営規程等に明示され、事業所に掲示されることが望まれます。事業所単位でなくとも事業部やエリア地域で設置されてはいかがでしょうか。</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	2670601034
事業所名	洛和デイセンター修学院
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	2020年 10月 12日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	A
	(評価機関コメント)			1. 法人及び介護事業部の基本理念と基本方針（NO1方針）、コーポレートスローガン「夢、そして誇り。この街で・・・」を策定し、ホームページや各種の広報誌、パンフレット、法人内の文書等を通して地域や利用者・家族等、職員等に周知している。法人理念と基本方針」に基づいて事業所の年度目標「アクションプラン」を策定している。「アクションプラン」に挙げた「本年度の質向上の取り組み・リスク・法令遵守・ヒヤリハット不適合・重大事故」等を「NO1シート」に落とし込み、マネジメントサイクル（PDCA）を通して各課題の進捗状況を確認している。「NO1シート」を毎月、介護事業部に提出し、組織全体で事業所のサービスの質の向上に取り組んでいる。 2. 組織図・委員会図、職務権限規程等に基づいて、エリア所長・デイセンター統括・管理者を含む現場職員が検討会議（業績会議・管理者会議・専門職別会議・フロア会議等）に参画している。また、法人組織の様々な取り組みをイントラネット（法人内ネットワーク）で把握している。各種の委員会や検討会議の会議録を整備し、公正・公平なプロセスで案件別の意思決定を行い、組織としての透明性を確保している。		
(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。	B	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. 法人の中期計画（3年間）に基づいて、法人の基本計画「NO1方針」事業所の単年度事業計画「アクションプラン」を策定し、アクションプランを「NO1シート」に落とし込み、進捗状況をマネジメントサイクル（PDCA）で確認している。項目毎に（◎○△×や発生件数）で評価し、現場の全職員が参画する月例のフロア会議で改善策を検討している。 4. 定期的に法人の複数のデイセンターの職員（介護・看護・生活相談員・リハビリ等）がそれぞれの専門職会議で事業所の「アクションプラン」の進捗状況を評価している。専門職としてのやりがいや利用者の満足度の向上につなげている。		

(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。	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	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. 職員は、遵守すべき法令等を各種のマニュアルと同様にイントラネット（社内ネットワーク）内の「法令一覧表」で確認することができる。全職員は月例のフロア会議で、行政主導の「自主点検表」を使って介護事業を行う上で必要な法令を学習している。法令遵守の周知徹底への取り組みに「法令一覧表」をリストアップし職員の休憩場所に貼り出す等の工夫が施されていない。</p> <p>6. 管理者は運営方針「NO1方針」の業績・セグメントの課題を「NO1シート」に落とし込み、毎月、マネジメントサイクルを通して、進捗状況を分析・評価している。フロア会議で集約した職員の意見を事業部の業績会議で協議し、次月の課題に反映させている。全職員が直属の上司を評価できる「職員やりがいアンケート」をイントラネット（社内ネットワーク）内で実施し、アンケートの回答は事業部採用課のみが把握できる仕組みとなっている。</p> <p>7. 管理者は朝礼や終礼、介護ソフトの「日常記録」、事故等の報告書等で日々の事業の実施状況等を把握している。「事故発生時の対応マニュアル」と各種の手順書（フローチャート）をフロアに設置し、職員が所持する「インカム」でスピーディな意思疎通を図ることができ、緊急時に迷わず適切な行動が取れる仕組みを整備している。</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)		8. 法人組織全体で職員研修体制を整備し、質の高い人材の確保と教育・育成に取り組んでいる。看護・介護・リハビリ・ケアマネジャー等の専門職の確保に向けて、紹介者（法人職員限定）に特典を付与する「職員紹介らくともキャンペーン」をホームページやチラシで展開している。職員の採用（募集）・雇用・研修企画等を人事部採用課が一括で実施し、「職員やりがいアンケート」の結果を活用している。 9. 「キャリアパス」「プリセプター・プリセプティ」「資格取得支援」「奨学金」等の制度を定め、中途採用者・非正規職員を含む全職員の教育・育成の充実に努めている。新人教育・育成に「プリセプター・プリセプティ制度」を導入し、新任職員は先輩職員によるOJT（介護現場で教育・研修）を実施している。また、「キャリアパス制度」で職員は新任時から段階的・階層別・テーマ別の研修を就労期間中に履修し、必要な知識や技術を身につけている。 10. 「実習生受け入れマニュアル」を作成し、受け入れ体制を整備しているが、本年度はこれまで受け入れの実績はない。実習生指導者研修については介護事業部で開設する計画である。		
(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。	B	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、スタッフが充分に休むことができ、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. 介護事業部「NO1方針」に“働きやすく、働きがいのある組織にします”を掲げている。管理者は職員一人ひとりの就労状況（有給休暇の消化率や時間外労働等）を就業管理システム「タイムワークス」で把握し、法定の有給や介護・労災・疾病等の休業補償やドナー休暇・ボランティア休暇等の社会貢献活動を支援し、職員には「福利厚生ガイドブック」で周知している。介護ソフトを活用した各種のデータ管理、「インカム／職員相互通信式電話」の導入、イントラネット（社内ネットワーク通信）で法令遵守、業務の効率化、職員の業務負担の軽減等を図っている。 12. 職員の業務上の悩みやストレスを解消するための相談窓口として、介護事業部に従業員満足対策部会／ES対策部会を設置している。職員はいつでも「相談受付フロー図」に沿って、人間関係・職場環境への適応・力量・プライベートな悩み等を電話・面談・メール等で相談することができる。法人はこの仕組みで離職率の低下や職員のモチベーション・生産性の向上、法人の人材確保を図っている。隣設の多目的スペースが職員専用の休憩場所になっている。		
(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	B
		(評価機関コメント)		13. 法人の理念、介護事業部の運営方針「NO1方針」や事業所の概要、デイサービスの日中活動等をホームページや広報誌、「洛和デイサービス修学院通信」等で開示している。 14. 年1回、法人主催の地域向けの大規模イベント「洛和会メディカルフェスティバル」で法人が有する機能を地域に提供している。身近な地域住民を対象とした事業所独自の取り組みは行っていない。3年前に講演会を開催している。		

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
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)		15. 事業所の情報をホームページやパンフレット、安易な言葉のカラー写真入りパンフレットやA3サイズの「洛和デイサービス修学院便り」で発信し、「洛和デイサービス修学院便り」は利用者・家族、地域のケアマネジャー等に配布している。サービスの利用に関する相談や見学、体験利用等については、利用者の要望を介護ソフト「相談記録」に記録し、その後の対応に役立てている。			
(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)		16. サービスの内容や料金等を記載した重要事項説明書や運営規程等を活用して、利用者本人・家族、身元引受人・成年後見人等に説明し同意を得ている。別途、昼食・おやつ・レクリエーション費用などの保険外サービスも重要事項説明書／別表で説明し同意を得ている。個人情報の取り扱いに関することや利用中のリスクに関する内容を説明し同意を得ている。職員は研修で福祉権利擁護事業や成年後見制度に関する理解を深めている。現在、後見制度を活用している利用者はいないが、ケアマネジャーと連携し対応できる体制を備えている。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえ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. アセスメントを所定のアセスメント様式を活用して実施している。アセスメントの実施には介護ソフトの「日常生活」を活用している。「日常生活」に多職種（介護職・機能訓練士・看護職員等）の実施したサービス内容が記録されている。カンファレンスを定期的に開催し、アセスメントの見直し（3か月毎にモニタリング）と更新（6か月毎）を実施している。 18. サービス担当国会議や送迎時の対話、連絡帳等で利用者や家族の意向を把握し「通所介護計画書」に反映させている。アセスメントに新たな視点を取り入れる目的で、担当者を6か月毎に交代させている。「個別機能訓練チェックシート」を使って、3か月毎に利用者一人ひとりのリハビリやアクティビティの実施状況を確認し、個別機能訓練計画に反映させている。 19. サービス担当国会議で聴き取った主治医・看護師・介護職・リハビリ職等の意見を「通所介護計画書」に反映させ、居宅ケアプランとの整合性を図っている。 20. 通所介護計画は3か月で見直し（モニタリング）、6か月で更新している。また、状態変化があれば居宅ケアプランの変更に応じて作成している。ケアマネジメントの一連の作業を「デイサービス介護・ケアプランに関するマニュアル」「作成期間の具体例」に沿って順序立てて実施している。また、利用者の状況を介護ソフト「日常生活」に記録している。			

(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. 医師及びケアマネジャーとの連携体制を構築している。利用者の退院時に退院前カンファレンスに出席し、また、ケアマネジャーを介して退院サマリーを入手し、医療関係者から得た情報を退院後の療養生活の支援に活かしている。地域包括支援センターや行政と連携し、予防通所介護等に必要な情報を共有している。		
(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)		<p>22. 事業運営に必要な88種の「業務マニュアル」を「デイセンター介護保険マニュアル項目一覧表」に整備している。「マニュアル改定基準」に沿って、介護事業部の管理者会議に設置したマニュアル委員会で、「利用者インタビュー」や「利用者満足度調査」等の結果をマニュアルの追加や改定に反映させている。全てのマニュアルの一斉見直しを年1回（6月）行っている。職員は88種のマニュアルをイントラ内「マニュアル検索手順」で検索でき、「事業所評価票」で各種のマニュアルの運用状況を確認している。</p> <p>23. 職員がパソコンやタブレット等を使って、日々の支援内容を介護ソフト「日常記録」に記録している。利用者の記録類は職員のIDとパスワードで管理し、外部への漏洩を防止している。入浴や食事摂取等の状況変化には写真を貼付している。記録の管理について「文書管理規定」や「個人情報保護マニュアル」「ケースファイル取り扱い」「カルテ持ち出し記録」等で職員に周知している。</p> <p>24. 職員は様々な方法で利用者の情報を共有している。終礼の申し送りでは、介護ソフト「日常記録」からピックアップした情報を活用し、サービス提供中は、携帯の無線情報機器「インカム」やホワイトボード使っている。また、ケアカンファレンスで「訪問チェックシート」や介護ソフト「日常記録」等を活用している。</p> <p>25. 送迎時の対話や「連絡帳」でサービス利用時の食事や排泄・入浴等の様子や機能訓練、アクティビティ等の情報を提供している。カラー写真入りの「洛和デイセンター修学院便り」を利用者や家族に配布している。</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。	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. 「感染症予防マニュアル」に基づいて、ノロウイルスやインフルエンザ、新型コロナウイルス等の感染拡大防止に向けた研修をデイ管理者会議や看護師会議の伝達研修で実施し、職員は正しい知識と技術の取得し、発症及び経過報告書の作成等を行い、感染症予防対策に取り組んでいる。新型コロナウイルス感染拡大防止に関しては、4月～5月に数回マニュアルを改訂し、職員及び利用者のマスク着用・手指消毒の励行、フロアや送迎車内の消毒などの周知徹底を図っている。</p> <p>27. 事業所内の物品等を収納棚等に整理整頓し、利用者の移動時の安全性を確保している。カーテン等で仕切り、衛生的に注意している。台所・浴室、トイレ等の清掃に努め、水回りの安全性と臭気対策を講じている。換気対策にはフロアの窓や玄関を開放し扇風機を活用している。</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)		28. 「事故発生や緊急時の対応マニュアル」「転倒・転落、入浴中、のど詰、離設、虐待発見」などによる事故の発生を想定した緊急時の対応をフローチャートで整備し、職員研修を通して周知を図っている。賠償保険等の対応は介護事業部のリスク小委員会で一括実施している。 29. 重大事故、ヒヤリハット、不適合、トラブル苦情・要望等を定義付けしている。それぞれの報告書をもとに、毎月開催の「リスクカンファレンス」検証・評価し、「NO1シート」や「事業所評価票」を使って、改善策を講じ、再発防止に努めている。 30. 事業所は土砂災害の区域に位置している為、火災・地震に水害を追記した「自然災害対応マニュアル」を策定し、災害発生時の職員の連絡体制や役割分担等を明文化している。年2回、火災と地震の実施訓練を行っているが、自然災害発生時の地域と連携した職員研修や実施訓練、利用者・職員等の安否確認、備蓄などの取り組みが十分ではなかった。法人本部（総務）に自然災害対策本部を設置している。		

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)		31. 法人理念に「顧客第一」を掲げ、事業所内に掲示し、ホームページや広報誌などに掲載し、フローア会議や「NO1シート」、「事業所評価表」等で、実施状況を理念や方針に照らし合わせて検証している。利用者の意思決定への取り組みとして食事の選択メニューがある。組織全体で「事業所評価／利用者インタビュー」、事業所で「利用者満足度アンケート」調査等を定期的の実施している。職員は人権・虐待・身体拘束等について研修で学び、サービス提供に利用者本位・利用者の尊厳保持の周知徹底に努めている。 32. 職員は研修で人権擁護・プライバシー配慮に関する課題を学んでいる。要所要所にカーテンやパーテーションを用意し、誘導時の言葉遣い等、利用者のプライバシー保護に留意している。 33. リフト浴対応や居住地が遠方等の理由で受け入れ困難なケースや同法人の事業所では対応可能なケース等があり、希望者の相談に対し他事業所を紹介する等の代替の提供を行っている。		
(2) 意見・苦情・要望への対応						
		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。	B	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)		34. 利用者の意向を「連絡帳」や送迎時・サービス提供時での対話、「事業所評価／利用者インタビュー（11項目）」「利用者満足度アンケート」等で把握している。「苦情検討シート」に記録し、調査の評価結果（グラフ化）し利用者にフィードバックしている。また、事業所内に意見箱を設置し、集約した利用者の意見や苦情等を掲示している。 35. 介護事業部と連携し、「利用者満足度調査」や「事業所評価／利用者インタビュー」等で、利用者の意向を把握し、毎月、「NO1シート」で評価・分析している。法人内の他の事業所職員がチームで事業所を訪問し、「事業所評価表／利用者インタビュー／11項目」を活用して、利用者の意向を直接聴き取り、結果を分析・評価している。 36. 契約書や重要事項説明書、運営規程で利用者が公的機関等に相談や苦情を訴えるための方法を複数明記し、利用開始時に周知しているが、相談窓口事業所関係者以外の第三者が設置されていなかった。		

(3) 質の向上に関わる取組

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. 年1回、「利用者満足度調査」及び「事業所評価／利用者インタビュー」を実施し、利用者の満足度を把握している。事業所内の検討会議で分析・評価している。アンケート結果を図表にして事業所内に掲示し、利用者に改善策をフィードバックしている。(本年度は掲示を準備中)</p> <p>38. 毎日、終礼でその日の利用者の状況を話し合い、毎月、フロア会議で「NO1方針」事業所の「アクションプラン」に基づき、「NO1シート」のPDCAサイクルを通して、サービスの質向上に向けた検討会議を行っている。また、他の事業所の取り組みをデイセンター管理者会議で比較検討し、「事業所評価票」を活用して法人内での相互評価を行う等、事業所の評価を組織を横断して取り組み、評価に客観性を保っている。</p> <p>39. 他の事業所の職員2名が「事業所評価票／68項目」で、年1回、事業所の理念・方針、接遇、対人サービス、事業所環境の整備、法令順守、質向上等を評価する仕組みがある。同時に「利用者インタビュー／11項目」で利用者の意向を聴き取っている。月1回、「NO1シート」で自己評価を行い、年1回、「事業所評価票」で相互評価を行っている。「第三者評価」の受診は今回が初めてである。「自己評価」「事業所評価」、今回の「第三者評価」受診により課題の明確化を図っている。</p>		