

様式 7

## アドバイス・レポート

令和 5 年 4 月 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 5 年 1 月 10 日付けで支援機構に第三者評価の実施をお申込みいただいた（洛和デイセンター宇治琵琶）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  
(※)

## ● 人材確保と育成（通番 8・9）

法人と一体的に職員の採用促進と雇用の定着に取り組んでいます。採用基準は有資格者としているが無資格の非常勤者には、採用後に一定期間経験を積んだ職員が指導に当たっています。介護事業部の教育センターと連携し、新規採用者には「アシスト制度」を取り入れ、一定期間（6 か月）OJT（プリセプト制度）を実施しています。新人一人一人に担当者を配置し、1 か月毎に PDCA マネジメントサイクルを通して、目標到達度を評価し、次月の目標を設定しています。キャリアパス制度を取り入れ、職員一人一人のキャリアアップをサポートしています。職員は新人教育（研修）および職種別・階層別・課題別の研修を段階的に受講し、受講状況をキャリア台帳で管理しています。毎年、介護職員の力量評価で確認しながら職員一人一人の力量を向上させています。法人と一体的に採用後の資格取得を支援しています。初任者および実務者研修等の資格支援制度と資格取得奨励金制度を設け、また、介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員の資格受験対策講座を開設する等、職員のキャリアアップを支援しています。

## ● 利用者の状況に応じた個別援助計画の策定（通番 17・18・19・20）

アセスメント実施から個別援助計画の策定・見直しまでの取り組みを「デイ各種計画書作成のあり方」で丁寧に実施し、全て記録に残しています。3 か月ごとに実施のモニタリング情報を通所介護計画書に記載し、6 か月目にまとめて、次の通所介護計画に反映させています。毎月、利用者のカラー写真を貼付したモニタリング情報を担当の介護支援専門員に提供しています。添付のカラー写真を通して利用者のレクリエーションや機能訓練に取り組まれている様子が分かり好評との事です。

## ● 業務マニュアルの作成（通番 22）

	<p>「デイセンター業務基準」を定め、接遇・送迎・整容・排泄・家庭訪問時・金品授受禁止などの各種マニュアルを整備しています。事務所のフロアに掲示し、職員は社内イントラネットですべて確認することができます。毎年、全てのマニュアルを「利用者満足度調査」の結果や利用者の苦情等を踏まえて見直し、改訂・追加日を記載しています。事業所のサービスが各種のマニュアル等に沿って実施しているかどうかを、年1回の法人内の他部署による相互評価「事業所評価」と、月1回の法人内の他のデイサービス事業所の評価等で確認し、見直しを充実させています。</p> <p>●評価の実施と課題の明確化（通番 39.）</p> <p>毎月、RC マネジメントシートを活用し、介護事業部と一体的に PDCA マネジメントサイクルを通して、事業所の「自己評価」を職員総意のもとで実施しています。また、年1回、介護事業部主催の相互評価「事業所評価」および行政主導の「自主点検」を行い、3年に1回、第三者評価（自己評価・利用者の評価併せて）を受診し、定期的にサービスの提供状況を振り返っています。</p> <p>評価の結果から改善点を明らかにし、事業所のサービスの質の向上に反映させています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>●中・長期計画の策定</p> <p>法人理念および介護事業部の運営方針「No.1 方針」に基づいて、デイサービス課・事業所の単年度計画・アクションプランを策定していますが、本年度は法人の中・長期計画が呈示されていませんでした。</p> <p>【「働きやすい職場環境」「稼働向上への取り組み」「新規獲得への取り組み】を策定し、PDCA マネジメントサイクルを通して、事業の目標を達成するために計画の進捗状況の確認と評価を行っています。毎月、フロア会議で「RC マネジメントシート」を基に職員総意のもとで振り返り、翌月の課題（取組み）を策定しています。介護事業部と事業所とが「RC マネジメントシート」共有し、質の向上の実現に向けて一体的に取り組んでいます。</p> <p>●意見・要望・苦情への対応（通番 35・36）</p> <p>本人・家族等の意向を把握する仕組みがあり、内容によっては速やかに法人に報告し、法人指示または事業所判断で行っている。法人の見解として苦情についての公開は行っていませんでした。</p> <p>契約時に重要事項説明書に記載の当該事業所以外の公的機関の相談窓口について、書面および、口頭で説明していますが、相談窓口「第三者」を設置されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	本部から事業に対して中長期計画策定の提示が望まれます。 何らかの形での苦情についての公開が望まれます。 相談窓口に事業所関係者以外の第三者の設置が望まれます。
-----------	---

※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

宇治琵琶

事業所番号	2671200471
事業所名	洛和デイセンター宇治琵琶
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)	
訪問調査実施日	令和5年2月20日
評価機関名	NPO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
<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)			1. 法人理念を明確化し、ホームページや広報誌に掲載している。また、法人理念に基づいた介護事業部の運営方針「No. 1方針」を法人理念とともに事業所のフロアに掲示している。また、職員の名札に貼付し、朝礼で唱和している。法人の理念および介護事業部の運営方針「No. 1方針」等を地域・利用者・職員に周知している。 2. 組織図や職務権限規程・職務分掌表を基に各種の委員会および会議を適切なルールで開催している。会議録を職員が必要に応じて、社内イントラネットで閲覧でき、適切なプロセスで案件別の意思決定を行っている。体系的に現場の声を吸い上げる仕組みがある。		
<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. 法人理念および介護事業部の運営方針「No. 1方針」に基づいて、デイサービス課のアクションプラン【「働きやすい職場環境」「稼働向上への取り組み」「新規獲得への取り組み」】を策定している。PDCAマネジメントサイクルを通して、事業の目標を達成するために計画の実行と評価を行っている。毎月、フロア会議で「RCマネジメントシート」を基に振り返り、職員全員の意向を反映した上で、翌月の課題（取り組み）を策定している。「RCマネジメントシート」を介護事業部と事業所とが共有し、質の向上の実現に向けて一体的に取り組んでいる。本年度は法人の中・長期計画が提示されていない。 4. 介護事業部の指導・協力・支援のもとで、年間通して、定期的にデイサービス課の職種別会議（相談員・介護職員・看護職員・機能訓練指導員）を開催している。介護サービスの質の向上に向けて問題点の分析とその解決策をそれぞれ専門的立場から協議している。検討内容を議事録に記載し、また、フロア会議で報告している。		

(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. 職員一人一人がいつでも社内イントラネットを活用して、介護事業を実施する上で遵守すべき各種の法令を検索できるようになっている。行政主導の「自主点検」で介護保険制度に関する法令遵守の勉強会を行い、点検で遵守の状況を確認している。改定された法令はデイ管理者会議で確認し、事業所のフロア会議で職員に周知している。毎年、介護事業部主催の事業所相互評価「事業所評価」で、現場責任者等（2人1組）が各事業所の関係法令の遵守状況を確認している。評価の結果を事業所に報告している。</p> <p>6. 組織図および職務分掌表、各種の規程、議事録等で責任者の役割を職員に周知している。デイ管理者は会議に出席し、会議の内容をフロア会議でRCマネジメントシートを活用して職員に報告し、次月の取り組みに職員の意見を反映させている。年2回、職員個人面談を行っている。また、年1回「職員満足度調査/やりがいアンケート」を実施し、管理者が職員から信頼を受けているかを把握・評価・見直しを行っている。ハラスメント等については、法人のES部会が窓口となり対応している。福利厚生ガイドブックに明記し、職員に周知している。</p> <p>7. 管理者は事業の実施状況を勤務表および運行表、週報などで把握している。毎月、介護事業部に業績および「RCマネジメントシート」活用して事業の実施状況を報告している。常時、業務携帯で職員に対して具体的な指示を行っている。</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>						
		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. 法人と一体的に職員の採用促進と雇用の定着に取り組んでいる。職員の採用において、常勤は有資格者とし、非常勤の無資格者には、採用後に一定期間経験を積んだ職員が指導にあっている。事業部の教育センターと連携し、新規採用者にはアシスト制度を取り入れ、一定期間(6カ月)OJT(プリセプター制度)を行っている。新人一人一人に担当者を配置し、1か月毎にPDCAマネジメントサイクルを通して、目標到達度を評価し、次月の目標設定につなげている。</p> <p>9. キャリアパス制度を取り入れ、職員一人一人のキャリアアップをサポートしている。職員は新人教育(研修)および職種別・階層別・課題別の研修を段階的に受講し、年に1回「介護職員の力量評価」で確認している。受講状況をキャリア台帳で管理している。職員一人一人の力量を時間をかけて丁寧に向上させている。法人と一体的に採用後の資格取得を支援している。初任者および実務者研修等の資格支援制度、資格取得奨励金制度を設け、介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員の資格受験対策講座を開催している。</p> <p>10. マニュアル等を作成し、実習生の受け入れ体制を整備しているが、新型コロナ禍の影響で休止の状態である。ボランティアの受け入れも同じく休止している。事態が好転すれば再開を予定している。</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	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. 質の高い介護サービスができるよう、職員の労働環境に配慮している。管理者が勤怠管理ソフトで職員の有給休暇や残業時間等を確認し、残業の多い職員には個別に面談を実施し改善につなげている。帳票類のデータ管理やインカムを導入し、職員の事務作業等の効率化に取り組んでいる。介護事業部の看護師・理学療法士・栄養士・言語聴覚士等の専門職を活用し、サービスの質を向上させている。</p> <p>12. 介護事業部にES相談室を設置し、心理学に関する専門的知識および技術を持つ専門カウンセラー(臨床心理士)が職員の仕事上の問題から私事の悩み相談に対応している。職員がイントラネットを使って個別相談をすることができる。また、外部に「悩み相談室」を設け、専門カウンセラーが対応している。職員配布の「福利厚生ガイドブック」に記載し、周知している。本部人事部に「ハラスメント苦情相談窓口」を設置している。いずれも、職員の満足度を高める取り組みとして機能している。適切な休憩場所を確保している。</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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>13. 法人のホームページやパンフレット「RAKUWA」、事業所のパンフレット「宇治琵琶」で地域に法人および事業所の情報を開示している。パンフレットの表紙に、LINEアカウントの紹介、SDGs、法人スローガン「愛、そして誇り。この街で・・・」等を掲載し、利用者・家族等に手渡している。</p> <p>14. 併設の居宅介護支援事業所と合同で宇治福祉祭りに出店し、健康相談に応じ、口腔体操の指導等を提供している。近隣の小学校に出向き、職員がデイサービスの役割や高齢者に対する接し方などについて話をしたり、事業所に小学生を招き、交流会を実施している。また、宇治市内の通所介護事業所が一同に集う「デイサービスのつどい」に参加し他の事業所との交流を深めている。現在、これらの取り組み全てが新型コロナの影響で中断している。今後再開の目途が明らかになれば、再び積極的に協力・参加する意向である。</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>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. 機能訓練や選択できるレクリエーションなどの事業所情報をホームページのブログ「デイセンター宇治琵琶えがおのとびら」で発信している。事業所のパンフレットに併設の事業所（居宅介護支援事業所・グループホーム）、介護保険利用手続きの流れ、送迎車両、浴槽、フロア等の事業所の設備や取り組み等を分かり易くカラーでレイアウトし掲載している。空き情報のリーフレットを包括支援センターや居宅介護支援事業所に配布している。見学希望者には相談員が丁寧に対応している。			
<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. 重要事項説明書の別表に料金表を貼付している。サービスの種類や加算については利用者に分かり易いように、マーカーなどを用いて、契約時に本人や家族等に詳しく説明を行っている。料金表の文字が小さい為、拡大すると高齢者に優しいものとなる。成年後見制度利用の該当者は現在はいないが、今後必要に応じて居宅介護支援事業所や地域包括支援センターに相談する意向である。			
<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. 介護ソフト「ケアカルテ・ちょうじゅ」の「状況調査表兼アセスメント表」に本人の心身状況や生活状況を記載し、現状把握と課題分析を詳細におこなっている。機能訓練指導員作成の「デイセンター個別機能訓練計画書」とともに介護計画作成に繋げている。アセスメントは通常6か月ごとに行っているが、必要に応じて更新し、居宅サービス計画に反映している。 18. 通所介護計画の作成にあたり、居宅サービス計画書1表に記載の利用者及び家族等の意向やサービス担当者会議での本人・家族の意見を反映させている。送迎時の家族との会話や連絡ノート、通所介護利用時の本人とのやり取りからも本人や家族の思いを知ることができる。計画は家族等に説明の上、同意署名を得ている。 19. サービス担当者会議での多職種との合意形成の他、事業所内の看護・介護職員や機能訓練指導員、法人内の言語聴覚士や栄養士などの意見を聴き取り、必要に由来を依頼し、直接指導や助言を得ている。通所介護計画に多職種の意見を生かし、居宅サービス計画と整合性のとれたものになっている。 20. モニタリングは3か月ごとに実施し、通所介護計画は概ね6か月ごと、また状態の変化などに応じて作成している。毎月、モニタリング情報を担当の介護支援専門員に利用者のカラー写真を貼付し提供している。添付のカラー写真は、利用者のレクリエーションを楽しむ様子や機能訓練の様子が一見して分かり易く好評との事である。3か月ごとにモニタリングを行い、通所介護計画書に記載し、6か月目にまとめて次の通所介護計画に反映させている。これら一連の手順を「デイ各種計画書作成のあり方」に記載している。			
<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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 介護支援専門員を介して医師をはじめの関係機関と、サービス担当者会議等で連携体制を確保している。他の事業所や関係機関のリストは事務所内に一覧表に置いてあり、訪問看護や訪問介護との連携場面などに活用している。利用者の退院時には、退院時カンファレンスに出席し、カンファレンスの開催がない場合は介護支援専門員から看護サマリーを受け取り他職種と連携している。			

(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. 「デイセンター業務基準」を定め、接遇・送迎・整容・排泄・家庭訪問時・金品授受禁止などの各種マニュアルを整備している。事務所の目につくところや社内イントラネット）に保存し、職員が容易に閲覧することができる。また、毎年、利用者満足度調査の結果や利用者の苦情等の意向を踏まえ、全てのマニュアルを見直し、改訂・追加がある場合は見直しリストに改定・追加日を記載している。年1回、法人内で他部署相互による「事業所評価」を実施している。マニュアルに沿った支援ができていくかチェックし、結果を数値化して事業所間で比較・検討している。</p> <p>23. 紙帳票類は事務所の保管庫で施錠管理し、介護ソフト「ケアカルテ・ちょうじゅ」やその他のICT関連情報はID・パスワードで管理している。利用者の情報は、個人情報取り扱いマニュアルに沿って保護している。廃棄は法人の系列会社に委託している。個人情報保護については、法人の法令遵守のWEB研修で学び、伝達研修と資料の回覧で全職員に周知している。</p> <p>24. 朝の始礼で送迎の申し送りをを行い、各自がパソコン上で必要事項をチェックし、各職員が閲覧後に連絡漏れがないようサインをしている。業務終了時の終礼でその日の特記事項や翌日への引継ぎ事項を話し合い、管理日誌に記録し、翌日に申し送っている。通所介護計画更新の月には多職種で利用者カンファレンスを実施し、月例の全職員参加のフロア会議で職員間で情報共有を図っている。イントラネットやインカム等で職員間の情報共有を図り、業務効率化につなげている。</p> <p>25. 家族等とは送迎時の対話や連絡帳で情報交換している。独居や老々介護の方には電話等でキーパーソンの家族等と連絡を取り合っている。事業所のブログ「えがおのとびら」では、ハンドルネーム（紫式部）による情報発信があり、不定期の機関誌「宇治琵琶ニュース」で家族等に利用者の日頃の様子を伝えている。また、介護支援専門員が定期訪問時に事業所が提供した写真入りのモニタリング用紙を持参し、事業所利用時の様子を家族に提供している。</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)		26. 法人の介護事業部から感染症の最新マニュアルがメールで送付され、社内イントラネットで共有している。前年度の新型コロナ患者発生の際は、法人の看護部による来所指導があった。コロナ禍で事業所が休業中の時は職員が利用者宅に訪問し、服薬支援や昼食の手配などの支援を行っている。また、事業所の看護師による防護衣の着脱などのレクチャーも行い実践力を培っている。日頃から利用者・職員ともに検温・うがい・手洗いを励行している。 27. 日々の拭き掃除に消毒剤を使用し、臭気対策にオゾン脱臭機を取り入れている。換気のため、事業所のフロアの上窓を常時開けている。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故・緊急時マニュアルを整備し、年1回見直しを行っている。緊急時対応訓練（食事中の意識消失時の対応訓練）を行っている。介護事故適応の保険があり、事故発生時は介護事業部のリスク小委員会で対応している。 29. 事故発生時の手順書を整備している。報告書を①ヒヤリハット②軽度事故③事故④重大事故の4種に分け、それぞれ「個人記録管理」に記録している。再発防止策についてカンファレンスを実施している。 30. 年2回（6月・12月）、日中の火災を想定した訓練を実施している。夜間は実施していない。コロナ禍により、消防署の立ち合いが叶わず、実施訓練は通報訓練のみである。自然災害における地域との連携を意識したマニュアルの作成と協力体制の構築が為されていない。BCPを作成中である。		

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	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. 「顧客第一」を組織全体の理念としている。事業所での取り組みも選択肢を設け、意思表示を大切にしている。高齢者の人権・虐待・拘束に関する職員研修を年2回開催し、内部研修参加者による伝達研修を実施している。 32. 施設の構造そのものにプライバシー保護の配慮がなされ、浴室への移動・入浴が他人の目線に入らないようになっている。また、職員はキャリアパス研修で利用者の羞恥心への配慮やプライバシー保護について学んでいる。さらに、キャリアパス力量評価の項目や事業所の相互評価項目にも組み込んでいる。 33. 基本的には利用希望者は受け入れている。受け入れ困難なケースとしては、①送迎範囲を越えている、②定員を超過する場合であり、①②については近隣の事業所情報を提供している。この他、身体的に座位が保てない等でデイサービスの利用が困難なケースである。		
<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。	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。	A	B
		(評価機関コメント)		34. 利用時の連絡ノートや送迎時の対話で家族等の意向を把握している。事業所の玄関に「意見箱」を置いている。利用契約時に重要事項説明書等で苦情等相談窓口について説明している。また、利用者満足度調査に要望記入欄を設け、無記名で要望や意見等を述べるようにしている。 35. 本人・家族等の意向を把握する仕組みがあり、内容によっては速やかに法人に報告し、法人指示または事業所判断で行っている。法人の見解として苦情についての公開は行っていない。 36. 契約時に重要事項説明書に記載の当該事業所以外の公的機関の相談窓口について、書面および、口頭で説明している。相談窓口に「第三者」が設置されていなかった。		
<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)		37. 毎年、利用者満足度調査を実施している。特に食事内容や職員の接遇に関する意向は、事業所及び、法人で検討の上、回答を利用者へフィードバックしている。改善が可能な意見については、実施計画を立て取り組んでいる。 38. 洛和会独自の「マネジメントシート」を活用し、サービスの質について、毎月評価を実施し、事業所のフロア会議で情報を共有している。さらに、デイ管理者会議で、他の事業所が取り組んでいる情報(効果的な内容)を収集し事業所で活用している。事業所は、法人の横断的な会議（通所介護管理者会議や職種別会議等）に参画し、共通の課題を検討している。 39. 年1回、事業所の総合評価「事業所評価」と、毎月、RCマネジメントシートを活用し、介護事業部と一体的にPDCAマネジメントサイクルを通して「自己評価」を実施し、事業所のサービスの質の向上に努めている。3年毎に第三者評価を受診している。		