

アドバイス・レポート

2019年11月29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

2019年9月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【みやびのそのデイサービスセンター】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

特に良かった点とその理由
(※

1. 利用者の生活に張りや意欲をもたらすきっかけとなっています

○ 利用者が満足できるデイサービスを目指し、職員は日常的に利用者の意向を聴き、また、利用者アンケートを実施して、希望に応える取組みをしています。外出、外食、カラオケ大会への参加、花を育てる、皆で鍋を囲む、の希望に応じられています。今回の三評利用者アンケートから、また、訪問時にも、デイサービスでの生活に満足されている利用者の様子が伝わりました。

○ なかには、元調理師の男性利用者の“デイサービス利用時に皆に料理を振る舞いたい”という気持ちを、おやつ時間に職員の助けで実現されたこと、またある女性は他の利用者の手伝いをするすることで、生活に自信がわいたようだという家族の声等があります。デイサービスの利用を通して、利用者が自宅での過ごし方に張りや意欲をもたらすきっかけとなっています。

さらに今後は、利用者の希望をケアプランに組みこむことで、職員も今以上に意識して取り組めるのではないのでしょうか。

2. 事業所の社会的責務として実習生を積極的に受け入れています

○ 事業所の社会的責務として実習生の受け入れを積極的に行う姿勢があります。そのため、受け入れる体制やプログラムを整備し、各関係大学や養成研修機関に実習依頼訪問を続けています。今年度は、社会福祉士・介護福祉士の実習生やインターンシップ、中学生のチャレンジ体験等、多くを受け入れています。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 事業所としての地域貢献について</p> <p>○ 法人としては数々の地域貢献も行われ、地域との関係は大変良好のようです。</p> <p>しかし、今後はデイサービスとしても主体的に専門的な技術や情報を地域に提供されることが望まれます。</p> <p>2. 通所介護計画の作成について</p> <p>○ アセスメントはケアマネジャーからの情報を基に、利用者・家族から生活状況・心身状況等を聞き取り、デイサービスにおける個別の意向も確認しています。通所介護計画における、短期目標に関しては、具体的な目標設定になっているのか、今一度ご確認いただければと思います。</p> <p>3. 職員も含め、法令等を調べられる体制について</p> <p>○ 法令に関する資料は、幅広く収集し冊子にして事務所に設置してありますが、誰もが直ぐに調べられる場所に設置し、職員に周知するように改善願います。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業所としての地域貢献</p> <p>○ 法人にとってデイサービスは、送迎時や利用者の外出支援等で「地域の顔」として地域に定着しなじまれています。事業所として認知症高齢者の声かけ訓練に参加したり、地域の祭りの手伝いにも参加するなど貢献されています。さらに、普段事業所で行っている、介護予防体操・口腔ケア・口腔体操などを地域の方々に提供されてはいかがでしょうか。また、専門性を生かした講演会、高齢者や認知症の方々の話を聞く介護相談会などを検討されてはいかがでしょうか。地域に頼られるデイサービスになられるように期待いたします。</p> <p>2. 通所介護計画について</p> <p>○ 居宅介護支援事業所からの居宅介護計画を受けた事業所の通所介護計画が、目標達成のための手段を具体化した実践計画となっているか、確認願います。言うまでもありませんが、日々のケアが設定され実践されることで、短期目標が達成されていくと、職員のモチベーション向上にもつながります。また、目標達成に向けて、モニタリングと連動しているのか、今一度確認いただければと思います。利用者の自立支援に向けて、積極的に意見交換され、利用者本人も目標達成に向けて、より努力されるような関係になることに期待いたします。</p>

	<p>3. 職員も含め、法令等を調べられる体制について</p> <ul style="list-style-type: none">○ 少なくとも現場責任者レベル以上の職員は、必要な関係法令を熟知されるか、あるいは直ぐに調べられる状態であることが望まれます。折角法令集を冊子にまとめられたのですから、直ぐ調べられる設置場所に収納し、職員に周知されることが必要と思います。○ 最新情報はワムネットで直ぐに調べられる体制がありますが、全職員に周知が必要な最新情報もあるものと思われます。特に、介護保険制度は毎年改定されていることなど、職員が知るべき法令について、今一度確認いただければと思います。 <p>所感</p> <p>年間を通してデイサービス事業所には「一日体験利用」の方が多く来られています。事業所では一人ひとりに適切に対応されています。さらに体験された方の声を積極的に聴き、時には簡単なアンケートを行うなどして、新たな利用者の掘り起こしにつなげられてはいかがでしょうか。デイサービス事業所間の競争もあると聞いています。積極的な運営に期待いたします。</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	2670900162
事業所名	社会福祉法人 フジの会 みやびのそのデイサービスセンター
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	2019年10月17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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>① 法人理念「愛・開・創」は、行動基準書、パンフレット、ホームページ等に記載し、職員は理念に沿ったサービス提供をしています。月初めの朝礼で理念・行動基準書の読み合わせを行っています。理事長の言葉（訓示）を、朝礼や職員会議で伝えています。利用者・家族等には、サービス担当者会議や面接の場で、理念や運営方針を伝えています。</p> <p>② 法人・施設の組織図及び業務分掌表にて役割分担が明示されています。理事会は定期的開催され、合同会議・管理職会議・職員会議・看護師会議・デイ会議等が定例的に開催され、職員の意見が反映されています。必要に応じて委嘱状により、職務権限を委譲しています。</p>		
(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)		<p>③ 法人の中・長期計画を基に、単年度の事業計画を策定しています。計画策定には、法人からの各事業所に対する強化共通目標も加え、利用者アンケート結果の分析課題や職員の意見を反映した具体的な目標を立てています。</p> <p>④ 通所介護事業計画達成に向け、朝礼や毎月のデイ会議で進捗状況を確認しながら、取り組んでいます。看護業務については、2ヶ月毎の看護師会議で課題を確認して取り組み、また、毎月の食事会議では、介護・栄養・厨房職員等が出席して食事内容の質の向上に取り組んでいます。</p>		

(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	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 法令関係の研修に管理者が参加し、職員には倫理・法令遵守の研修を行っています。必要な法令情報は冊子にして事務所に設置してありますが、誰もが直ぐに調べられる場所に置くように改善願います。</p> <p>⑥ 施設長(運営管理者)は各種会議に出席し、また、職員に対して努めて声掛けを行い、意見を聴いて運営方針に反映しています。現場主任は年2回職員面談を実施し、意見を聴くとともに自らを評価する機会としています。</p> <p>⑦ 施設長は、通常デイルームが見える事務所に在席し、朝礼・終礼時や必要に応じて現場確認をされています。公休時は後日業務日誌や各部署からの文書を確認し、事業の実施状況を把握しています。不在時は携帯電話で連絡が取れるようにしています。緊急対応・事故発生マニュアルに連絡体制を記載しています。</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 毎月、採用プロジェクト会議を開き、人材確保への検討をしています。新規入職者の懇親会で、新人職員の意見を聞き事業運営に反映しています。各種試験や、外部対策講座の案内を周知し、職員が参加しやすいよう勤務調整を行っています。資格取得に関わる費用は貸与ですが、3年勤続で返済免除しています。各種資格手当もあります。</p> <p>⑨ 新採職員は3月下旬に、途中期採用職員は採用時に、接遇マナーも含め研修計画に基づいて入職研修を行い、新採職員には1年間OJTも実施しています。外部講師による研修も実施し、多くの職員が受講しています。「経験年次研修」は、部署ごとに課題項目を定めて行っています。外部研修は、法人・事業所の研修計画と照らして、受講を必要とする職員を選び、勤務調整して受講できるようにしています。研修参加後は、報告書に気づきや考察をまとめ、会議で伝達し、回覧にて職員で共有しています。また、年間計画に基づき毎月内部研修も行っています。</p> <p>⑩ 実習受け入れマニュアルに基本指針を定め、実習担当者は外部の実習指導者研修を受講しています。また、部署内でも職員に研修を行い、受け入れ体制を整え、関連する大学に積極的に実習依頼訪問するなどしています。社会福祉士・介護福祉士の実習生やインターンシップ、中学生のチャレンジ体験等、多くを受け入れています。</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
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 職員の有給休暇はほぼ消化できています。産業医・衛生管理者等による衛生委員会を設け、職員の労働・健康管理等も検討しています。現在育児休業中の職員がおられます。腰痛予防の研修受講・腰痛ベルトの着用を職員に推奨しています。利用者の介助や対応に困難性が見られるときは、ケアマネジャーにも相談し、適した福祉用具の活用で職員の負担軽減を図っています。</p> <p>⑫ 職員には毎年ストレスチェックを実施し、必要に応じて産業医等に相談できる体制があります。ハラスメントに関する規定は就業規則に明記され、相談できる体制等を職員に周知しています。職員の意見や不安や不満に感じていることは、職員アンケートや面接を実施し、くみ取る機会としています。法人全体でビアガーデンやボーリング大会等を開催し、親睦を深めています。リラックスできる休憩室が整備され、利用されています。</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 パンフレット・ホームページ・機関紙(年4回発行)・ブログ等で、事業所の情報を開示しています。玄関や事業所内には地域の情報を掲示して利用者に知らせ、アジサイ祭りや社協餅つき大会にはボランティアによる参加支援も得て、利用者に喜ばれています。隣接のホール(砂川四郎記念ホール)にて「フジの会フェスティバル」を開催し200名以上の地域住民が参加し、法人を知っていただく良机となっています。また「介護の日」は「どなたでも見学できる日」として、市民に見学案内をしています。</p> <p>⑭ 「フジの会フェスティバル」では、京都府災害派遣福祉チーム(京都DWAT・職員も加わっている)によるパネル展示や活動報告、防災食の試食会等を行っています。地域包括支援センターと協力して、地域住民も参加の「見つけておくれやす運動」で地域の認知症高齢者の見守りや支援について検討し、活動しています。事業所連絡会や通所部会に参加し、地域のニーズの把握に努めています。</p>		

による

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)		<p>⑮ 事業所情報は、パンフレットや重要事項説明書で説明しています。ホームページのブログ・事業所機関紙「トップライト」は、事業所の詳細が分かりやすいものとなっています。見学・相談は随時受け付け、記録しています。一日体験希望者が年間60名ほどあり、適切に対応しています。さらに、体験利用者の声を積極的に聴き、事業所の質向上と利用者確保に生かされると良いかと思われま。</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)		⑩ 介護サービスの内容や利用料金・加算料金については重要事項説明書を用いて説明し、納得いただいた上で同意を得ています。利用者の権利擁護の取り組みについては適切に行っています。		
(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>⑪ アセスメントは、ケアマネジャーからの情報をもとに自宅訪問して、利用者や家族から生活状況や心身の状況等を聞き取り、「デイ面接報告書」に記録しています。アセスメントの見直しは、認定更新時期に計画的に実施し、状態の変化時にも実施しています。</p> <p>⑫ サービス担当者会議には利用者及び家族の参加を得ており、希望を尊重しています。通所介護計画は利用者及び家族に説明し同意を得ています。さらに、短期目標は自立支援に向けた具体的な目標となっているか、確認が必要に思います。</p> <p>⑬ 通所介護計画の策定にあたっては、各部署の意見集約をしています。サービス担当者会議では専門家の意見を聞き計画に反映させていますが、さらに利用者の自立支援に向けてPT・OT等とも積極的に意見交流されることが望まれます。</p> <p>⑭ モニタリングは毎月実施し適切に評価しています。暫く利用がない場合や状態に変化があった場合やデイサービス増回の場合は、カンファレンスを開催し、必要に応じて計画を変更しています。</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)		⑮ 利用者の主治医やかかりつけ医とは、ケアマネジャーを通して連携が取れています。利用者の希望に添えるよう必要に応じて直接指示を仰いでいます。退院時カンファレンスには必ず参加する、毎月地域包括支援センターとコンタクトを取るなど、医療機関・関係機関等と積極的に連携を取り、利用者の支援体制を大切にして取り組まれています。また、主治医が利用者の自宅往診できない場合は、デイ利用時に往診いただけるように協力しています。		

(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>⑳ 各種業務マニュアルは、年1回法人全体で職種ごとに見直し、更新を行い改定日の記載もありました。それぞれの部署独自のマニュアルも整備され、職員に配布されています。マニュアル通りのサービス提供ができているか、人事考課の際に確認しています。マニュアルの見直しは、利用者の希望や過去の事故、ヒヤリハットの事例等も参考にして行っています。</p> <p>㉑ サービス提供時の利用者の状況や経過は、介護ソフトを活用して具体的に記録され、業務の効率化が図られています。職員は、個人情報の取扱い等に関し誓約書を交わし、徹底されています。パソコンや個別ファイルは、業務終了時に保管庫に施錠して保管しています。利用者等の情報開示や情報の取扱いについては、重要事項説明書等で説明しています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定もありました。また、個人情報の取り扱いについては新人研修と管理職研修にて学ぶ機会があります。</p> <p>㉒ 利用者情報の交換は朝礼等で行われ、毎日のケース記録や担当者会議の記録は全職員が申し送り確認し、サインや押印で確実に共有できるようにしています。また、引き継ぎ事項はボードに転記し、全職員が必ず確認し対応しています。利用者の支援について、職員会議、デイ会議、看護師会議で取り組み、チームケアができています。</p> <p>㉓ 利用者の家族には、送迎時に自宅での様子を伺うとともに、サービス提供時の状況を口頭や連絡帳で知らせ、希望者には「つながりノート」で情報交換を行い、電話連絡もこまめにされています。月予定表や3か月毎に機関紙を配布しています。また、ケアマネジャーにも毎月の実績報告とともに機関紙を配布しています。</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。	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>㉔ 感染症対策及び予防に関するマニュアルが整備され、感染症流行前に「ノロウイルス」や「インフルエンザ」の予防・対策のマニュアルを読み合わせ、感染症の拡大防止に努めています。食中毒の最新情報は外部の研修に栄養士等が参加し、職員にシミュレーションを取り入れた研修を通して周知しています。感染症の利用者受け入れについて、マニュアルに基づき、送迎用車内にエチケット袋やマスクや消毒薬の設置をする等、整備されています。感染症についての内部研修も計画されていますが、流行期前に実施することが、より効果が得られると思います。</p> <p>㉕ 施設内は清掃担当者が日々清潔に努め、整理整頓及び物品整備も行き届いています。正面玄関、トイレ前にジアイーノ（脱臭・除菌）を設置しています。トイレは職員が清掃・消毒し、害虫駆除は専門業者に委託しています。さらに、トイレを車いす等で出た後、壁面角に当たりやすいようですので、クッション性のカバーをつける等の安全面での配慮が必要です。</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	A
(評価機関コメント)		<p>㊸ 「事故・緊急時の対応マニュアル」が職員全員に配布され、指揮命令系統を部署内に掲示、報告手順も明確にしています。実践的な利用者の急変時対応研修を、看護師が講師となり行われています。また、送迎業務に当たる運転職員には、年2回、運転技術の確認を実施しています。</p> <p>㊹ 事故発生時は、マニュアルに従って速やかに家族やケアマネジャーに連絡するとともに、事故報告書を作成し、必要に応じて保険者に報告しています。事故対策会議をその都度開催し、原因分析・再発防止策を検討し、職員に報告・周知されています。ヒヤリハットはデータを集計・分析し、事故報告書とあわせて改善策を検討し、マニュアルに反映し、法人で集約して事業所での再発防止に努めています。</p> <p>㊺ 防災プロジェクト会議にて、大規模災害に対応したマニュアルを作成しています。施設内では水害訓練、シェイクアウト訓練（地震時の一斉防災行動訓練）を実施しています。消防計画を策定し、避難訓練を年2回（1回は消防署立ち会い）実施しています。福祉避難所として登録され、備蓄品も整備され、懐中電灯・発電機・毛布等を常備しています。</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

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>㊻ 利用者の尊厳については法人理念を基に、「行動基準書」「基本マニュアル」に記載され全員に配布されており、朝礼で読み合わせる等、意識づけられています。毎年、身体拘束禁止・虐待防止・権利擁護の研修をしています。接遇「自分自身の言葉遣いの振り返りについて」も毎月読み合わせ、「NGワードチェック表」を用いて、自身の振り返りをしています。</p> <p>㊼ プライバシー保護についての研修を行い、プライバシーや羞恥心に配慮した援助の方法等について意見交換をしています。今回の三評利用者アンケートからも常にプライバシーや羞恥心について問題意識を持って、改善しながらサービスの提供を行えていることが伺えました。</p> <p>㊽ 希望曜日に空きがない場合は、他の空きのある曜日を提案していますが、受け入れ自体を断ることはありません。専門的なリハビリを希望される等の意向に対し受け入れを断ることなく、1日体験利用にて、利用者を選択してもらっています。</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	A
(評価機関コメント)		<p>③④ 「クレームはラブコール」という事業所の姿勢が利用者に浸透しており、利用者の意向は、直接口頭や電話で職員が受けることが多く、また、日々のサービス提供時や送迎時に要望を聴くようにしています。また、連絡帳を用いて利用者・家族から意見を聞き、担当者会議でも意向を確認しています。年に一度利用者アンケートを実施し、玄関横には（意見）受付箱を置き、用紙と筆記用具を添えるなど、意見・要望を収集する仕組みを整備しています。</p> <p>③⑤ 利用者からの相談や苦情は、「行動基準書」に受付や対応方法が定められています。クレームを受け付けた場合は対策会議を開催し、迅速丁寧に対処しています。職員には終礼時に報告し、サービスの質の向上に役立っています。改善や対応内容は個人情報保護に配慮したうえで、玄関受付の閲覧ファイルで公開しています。また、利用者アンケートの調査結果や改善策等を利用者に配布しています。</p> <p>③⑥ 相談や苦情に対する第三者委員を定めて施設内に掲示しています。公的機関の相談窓口を重要事項説明書に記載し、新規契約者には説明し、周知を図っています。受け付けた苦情は、第三者委員にも適宜アドバイスをもたらせる体制が整っています。</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スタッフ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 毎年利用者の満足度を把握するためアンケート調査を行い、食事についても満足度の聞き取りを実施しています。利用者から日常的に聴き取ったこと等も含め、事業所内職員で検討分析し、サービスの質の向上につなげています。また、より良いサービスを目指し、アンケート項目によっては継続して確認し取り組んでいます。</p> <p>③⑧ 事業所では、職員会議、デイ会議、看護師会議でサービスの質の向上について検討し、管理職会議で各検討内容や実践報告を受け、さらに検討されています。その会議内容等の情報は職員で共有できています。また、食事会議には委託業者も参加し、食事サービスについて検討しています。同一法人の神戸の施設や他部署へ業務一日体験するなど、自事業所の取組みとの比較検討等を行っています。外部研修等を通じて他事業所の取り組みについての情報収集をしています。</p> <p>③⑨ 各部署は事業計画の達成状況を年度末に確認・評価し、改善を要することは次年度の計画に反映させています。第三者評価は3年毎に受診し、指摘のあった事項は改善されています。</p>		