

アドバイス・レポート

平成 29 年 12 月 22 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 29 年 8 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（家族応援団すずめのお宿デイサービスセンター）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>原谷の自然が広がる住宅地のバス停の前という交通の便の良い所にある、白と茶色の調和のとれたデザインの建物です。会社は障がい者・高齢者福祉に特化し、たくさんの事業所を立ち上げています。</p> <p>「すずめのお宿デイサービスセンター」は 21 名の定数で、利用者・家族のより身近な介護応援団として、その人らしさを支える細やかな支援サービスを提供しています。</p> <p>●利用者の要望に応える対応</p> <p>昨年改築した事業所の入口には、送迎車から玄関にそのまま入れるよう段差をなくし、浴室は明るく以前より広く個浴槽を大きくし、少ない段差で入りやすい形状でゆったりと入浴できる工夫を凝らしています。利用者それぞれの希望に合わせた時間（短い時間・午後から・9 時間など）や土日の利用、ひとり一人に合わせた送迎などで通いやすく、家庭的な雰囲気ですべてを自由に過ごせる環境を大切にしています。</p> <p>●個々の要望に対応したレクリエーションの取組</p> <p>個人の思いに寄り添った作品作り（利用者の提案で、毎月利用者の企画で準備）と作品の掲示、そして利用者と一緒に栽培した野菜を食事や手作りおやつで楽しめる工夫をしています。北野天満宮への初詣や春は手づくりおやつを持って原谷の公園での花見、秋の紅葉ドライブは 4～5 人ずつで皆が行けるように 1 週間を通した企画になっています。また、夏には大きな竹でレーンや器を準備し、新しい竹の香りがする流しソーメンを楽しみました。手づくりのレクリエーションを職員と利用者で無理のない状態で楽しんでいます。</p> <p>●職員の連携が取れたケアの実施</p> <p>フロア内に介護・看護職員のテーブルがあり、利用者と同じ目線で見守りが出来るようにし、トイレ・浴室・休養室・厨房も並列で様子がよく分かるようにしています。職員は先輩が後輩に教える姿勢と後輩は聞いていく姿勢ができていくことが「誰にでも相談し易く、チームケアが良い」と職員のヒア</p>
-----------------------------	--

	<p>リングでも確認出来ました。アセスメントの様式を「生活状況が分かりやすく、利用者に寄り添ったケアが出来るように」と職員全員の意見を聞きながら見直しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●事業計画や中長期計画の検討 単年度計画や中・長期計画に利用者に対してのサービスの質に関する計画や職員の質を高めることに視点を置いた計画の立案が望まれます。 ●広報紙の作成 事業所の素晴らしい取り組みを家族や地域の方にしてもらう手立てとしていく為に、広報紙の作成と配布を期待します。 ●地域・家族を巻き込んだ行事の開催 事業所のことをしてもらうために、毎月の行事の中で、家族の方や地域の方に来て貰えるような取り組みも入れられてはいかがでしょう。 ●利用者・家族からの意見・要望・苦情の対応 運営規程には苦情受付の記載がありましたが、事業所内にも掲示すると共に、相談窓口としての第三者の設置も検討されることが望まれます。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●事業計画の充実 利用者や家族の意見を基に、介護・看護・生活相談・給食・レクリエーション・送迎など業務別に月毎の取組を表にまとめて年間を通しての傾向を掴み、できていること・できていないこと・していきたいことを考え次年度に取組めるような計画が望まれます。 ●広報紙の作成 パンフレットで事業所の様子や大切にされている事、利用の様子も良く分かるように作成されていますが、事業所での利用者の様子や職員が大切に取組んでいることをタイムリーに家族や地域周辺の方にもしてもらう手立てとして広報紙の定期発行はいかがでしょう。 ●業務マニュアルや書類の整備 業務に関わるマニュアルを作成されていますが、研修記録や資料も一緒になっているので、マニュアルは、表題を1つ1つ起こし、基本的なものや最新情報など揃え、整備した期日も明記すると見やすくなるでしょう。また、研修記録や資料は、研修記録として別にファイルしておく、何時の研修か、資料かが分かりやすくなり見やすくなるでしょう。 ●緊急対応時の電話網の作成 事故・緊急時の対応については研修をおこない体制を敷かれています。組織体制図に沿った全職員の電話網の作成がありませんでした。自然災害や緊急時に活用できる電話網の作成が望まれます。

※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。

※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	2670100227
事業所名	家族応援団 すずめのお宿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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成29年11月13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)			<p>1 会社の企業理念に基づいた経営方針・5つの行動方針をまとめ、朝礼での唱和で浸透させている。利用者の様子に目を向け、小さな変化でも見つけられるような介護サービスにあたっている。理念をパンフレットに添付し利用者・家族・地域の理解が深まる取り組みとしている。</p> <p>2 意志決定のプロセスは、各支店の店長を中心に管理者会議を毎週開催し、各支店からの報告や伝達事項などを話し合っている。年度替りには同じメンバーで運営推進会議を開催し事業計画の振り返りや立案をしている。各支店では朝礼やミーティングで申し送りや提案などで、職員意見を取り入れている。また各支店から代表者が集まり、「顧客満足度サービス向上検討委員会」「事故等対応委員会」「守秘義務・プライバシー厳守に関する委員会」を立ち上げ検討したことを各支店におろしている。店長から副店長・リーダーに権限を委譲し責任を明確にしている。</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。	B	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。	B	B
	(評価機関コメント)			<p>3 中・長期計画や単年度計画は運営推進会議で作成しているが、経営面での計画が主になり、法律改正や利用者ニーズなどに基づき、実施する介護サービスの質の向上の計画にはなっていなかった。今後は運営の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにし、多角的な視点から課題を把握することを改善点として捉えている。</p> <p>4 運営推進会議（経営者会議）を年度末や必要時に開催し、各支店の課題や計画を討議し、各部門全体が課題の達成に取り組んでいるが、具体的な解決を盛り込んだ計画策定は確認できなかった。また、業務レベルにおいても頻繁に話し合い取り組んでいるが、事業計画達成に向けての課題の策定と共に、記録を明確にしていけることをお勧めする。</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組みを行っている。	B	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 店長や副店長は集団指導や法令の改正時等の研修に参加をして、朝礼やミーティングで職員に周知している。法令遵守マニュアルを作成して遵守すべき法令を載せて周知に努めている。自主点検表はリーダー以上で作成し職員には最低基準として周知し、いつでも見られる様にファイルをロッカーに入れている。今後、なお一層明確なリスト化が求められる。</p> <p>6 管理者の役割と責任について運営規程で文書化し、会議の場で職員には表明している。ミーティングで職員意見を聞き、管理者会議に出席し反映している。管理者自らの行動についての評価は実施出来ていず、今後の課題としている。</p> <p>7 副店長・リーダーは常時利用者と同じところで勤務を行うと共に、常に会社用携帯を持っている。申し送りノートや業務日誌、利用の様子を見て業務内容が把握できるようにになっている。緊急時は副店長を中心に店長、リーダーなどに速やかに連絡が取れ、指示を仰いだり指示が出来る体制がとられている。</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。	B	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 会社の事務局で人材管理をし、人材育成計画を作成し必要な人材についての明記をしている。常勤、非常勤の比率は決めているが、人材不足の現状で働く意欲のある人を非常勤で採用し、本人の希望で常勤に切り替えている。有資格者の採用を優先するが、資格取得のための支援は勉強会、受験料の免除など、受験しやすい環境を整えている。</p> <p>9 研修は人材育成計画年間予定を定め、新人、全社員、一般職員、段階別、管理者と段階別の研修プログラムが組み立てられている。研修参加後は代表者が書面で参加者や内容、感想を報告している。外部研修は各支店にファックスで送り、事務所で回覧している。また、推薦したい人に声をかけ参加に結び付けている。外部研修は公費で仕事として行けるようにし常勤は1年に1回は行けるようにしている。職員の気づきは申し送りノートに記入し、朝礼やミーティングで、お互いに共有出来るように話し合っている。</p> <p>10 実習の基本姿勢や受け入れマニュアルを整備し作成している。個人情報に関しては個人情報保護の趣旨を説明し記名捺印を貰うようにしている。実習生の受け入れ実績はない。実習指導者に対する研修は行っていない。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>11 有給休暇の取得率は良く、取得していない人には勧奨をしている。時間内に業務ができる体制を整えているので、時間外労働は発生していない。会社の事務局で労働実態を把握している。育児休業法・介護休業法は就業規則に明記し、育児休業の実績はある。職員の負担軽減のための環境は、改築した浴室が広くなり見守りや介助がしやすくなったり、機械浴槽、シャワーチェア等の設置をしている。</p> <p>12 ストレス解消やメンタルヘルスの維持のために産業医に相談できる体制を整備している。休憩場所は別棟だが広い部屋で、リラックスして休憩が出来る。福祉事業所関連の補償制度に加入し、健康診断や予防接種、親睦会などがある。ハラスメントに関する規定の明記を今後の課題としている。</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	B
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 広報媒体としてはパンフレットを活用してデイサービスの玄関に置いたり北区事業所連絡会や金閣学区連絡会で配布している。地域の情報も玄関に置いて自由に見られる様になっている。地域の行事に利用者が参加希望の時は職員が同行をしている。地域の保育園児との交流や保育園周辺の清掃活動を継続して行っている。情報の公表制度結果は紙面にしているが、開示に向けては今後の課題である。</p> <p>14 北区事業者連絡会ネットワークに参加し認知症徘徊の活動に参加をしている。相談事業や地域のニーズ把握は今後の課題である。</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
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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>15 事業所の説明はパンフレットで対応し、パンフレットには、事業所理念・方針、サービス時間・料金・問い合わせ先等が記載され、概要を理解し易くしている。サービス場面や、屋内の生活の場についてはカラー刷りで紹介され、親しみやすく、わかりやすい。見学・体験案内が明記され来訪者もあり対応しているが、記録が残されておらず記録に残されることを期待したい。</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 利用契約時のサービス内容の説明は、契約書や重要事項説明書等で行い、同意欄に押印を得ている。利用者・家族アンケートから、8割強の利用者・家族が「丁寧にわかりやすく説明がされた」と回答している。権利擁護システムの該当者はなく、必用な方には制度を説明している。</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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>17 開設来、居宅のケアマネジャーからの情報や「居宅介護計画書」を踏まえ、アセスメントは「課題分析標準項目」を使用し、事業所相談員が利用者・家族の思いや意向を把握している。職員は普段の利用者との生活から把握した利用者の情報や気づきについて、申し送りノートや、ミーティングノートに記載し情報の共有に努めている。これらの情報をミーティングで検討し、担当職員によりアセスメントが作成されている。</p> <p>18 近年、利用者・家族からデイサービスセンターの短時間利用や送迎時間、入浴等に新たなニーズが出ているので、従来のアセスメント表では生活情報が把握しきれない状況に気づき、今年10月からアセスメント様式を変更し、利用者の思いや意向を取り入れた個別援助計画の策定への取り組みに着手し始めている。</p> <p>19 個別援助計画の策定に当たっては居宅事業所のケアマネジャーとの連携のもとに、特に医療情報は居宅事業所のケアマネジャーを通し各利用者の医療情報の照会をするとともに連携を図り、開催されたサービス担当者会議で支援に関する方向性を定め、個別援助計画を作成している。</p> <p>20 原則6ヶ月毎に又必要時に個別援助計画の見直しをしているが、サンプル事例において、支援計画上の目標の達成状況やモニタリングに関する情報並びに計画見直しについての基準等が確認できませんでした。アセスメントの見直しに着手されたところでもあり、ケアマネジメントの一連の手順書の作成や取り組みを明確にし、モニタリングの確認内容や計画見直し基準についても期待したい。</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。	B	A
(評価機関コメント)		21 医療関係との連携は居宅介護支援事業所のケアマネジャーが窓口になり、情報や意見の交換を行う体制ができている。関係機関については、原谷圏域、北区圏域とは連絡網もあり、会合に参加し連携は図れている。退院時のカンファレンスには出席している。		
(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。	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。	B	B
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。	B	B
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 業務マニュアル類は一通り整備されている。ただ、現在のマニュアルが実務に沿った内容になっているがまた提供しているサービスがマニュアルに沿って実施できているかといった観点から、今回評価を受けるに当たって再チェックして見直しているが、見直し時期については、最低でも年1回が求められている。制定・改定に関する日時の記載漏れが見られました。 23 記録については、個別援助計画に沿ったサービスの提供がなされているかの実践記録を目指し、必要事項の記録化に取り組まれている。記録管理は、鍵付きBOXに保管し5年保存をしている。廃棄は業者に委託している。契約書で「記録保存整備義務」として、記録の保管、保存、開示に関する規定が定められている。職員には個人情報保護と情報開示の観点から研修を実施している。更に、持ち出し、廃棄の規定を定められることを期待する。 24 利用者の状況は、個別援助計画や関係記録・書類を各人のファイルに閉じ、職員はいつでも見られる。また、日々の申し送り・引継ぎ・日々のミーティングを通し意見集約や共有に努めているが、支援面の定期的なケアカンファレンスの開催を、今後の課題としている。 25 家族とは、定期モニタリングや、サービス計画時の面談、日常的には連絡帳、送迎時の情報交換などで会話を交わす機会はある。モニタリング等の場合は利用者にとってのキーパーソンと情報交換をしている。		
(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	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	A
(評価機関コメント)		26 関連マニュアルは設けられ保健センターなどで得た情報で更新もしている。感染症予防研修、衛生管理指導、美化月間を設け、二次感染防止に手袋、消毒液、毎年職員全員に会社負担で予防接種などの体制を整備している。しかし感染症に罹っている利用者について、二次感染対策を講じた上での受け入れ体制は整えられていない。 27 事業所は昨年新築リニューアルされたばかりで、屋内は設備、備品を含め清潔で衛生面の環境は確保され、採光等もよい。屋内衛生管理44項目のチェック表を設け、週1回店長・副店長が確認している。		

(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)		<p>28 関係マニュアルは、事故対応、緊急時対応、運転手基本姿勢、送迎マニュアルが設けられている。年1回以上全事業所参加の「事故等対応委員会」が開催され、集積したヒヤリハット事例の中から抽出し、委員会活動の中で検討し、訓練・研修などで全事業所に伝え、結果を全事業所の職員で共有し、日々の活動の安全に活かしている。緊急時は副店長やリーダーを中心に店長に指示を仰いだり、報告をしている。</p> <p>29 事故が発生した場合は、マニュアルに沿い対処し、「事故等報告書」を作成し本人・家族他関係者への周知・了解を得ている。法人全体では「事故等対応委員会」において「事故報告書」を再発防止資料に活かし、事故防止策、関係マニュアルの見直しなどで、法人として再発防止につなげている。</p> <p>30 災害発生時対応マニュアルが作成され、年2回の防災訓練を1回は所管の消防署の立会いで実施し利用者も参加している。災害発生時の責任者や指揮命令系統は明確にされている。地域には口頭で、参加等の呼びかけをしている。丘陵地に囲まれている為に土砂災害注意区域として京都市の防災マップが配布され事業所のマニュアルにも掲載している。避難場所は原谷公園で散歩でも出掛けているまた備蓄はしている。職員の緊急連絡網を作成しておかれると速やかな対応に繋がるでしょう。</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>31 利用者の人権の尊重は企業理念に表記し、介護サービスの柱の1つとしている。また、「身体拘束禁止」については、虐待防止に関する措置として、重要事項説明書に記載され、契約書には身体拘束の禁止で明示されている。職員間で利用者の状況を共有し丁寧な接遇に気をつけている。「虐待防止研修」「秘守義務プライバシー厳守に関する委員会」で研修し虐待防止チェックリストを職員一人ひとりが年1回行なっている。</p> <p>32 プライバシーポリシーのマニュアルを作成し、「プライバシーに関する検討委員会」を開催し研修を行っている。トイレや浴室には扉とカーテンを用いて、おむつ交換時や脱衣時に他の人の目にふれないように気をつけ、相談援助業務の時はデイルームを通らずに相談室に行けるように配慮している。</p> <p>33 利用者の申し込みを断ったケースは無く、利用者の希望に沿って送迎や入浴、利用時間などにも柔軟に対応している。</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。	B	B	
	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)	<p>34 玄関に手作りのポスト型の意見箱があり横に用紙と筆記具が置かれているが、今迄に活用はされていない。「顧客満足度サービス向上委員会」を年3回開き、利用者や家族と面接時に得た内容を全職員に周知しているが、アンケートの実施はできていない。アンケートは実施予定で内容や回収方法などを検討している。モニタリング時や希望者には個別の面談を行っている。</p> <p>35 利用者や家族から意見・要望・苦情があった場合は「顧客満足度サービス向上委員会」で、組織として決まった手順により迅速に対応し、サービスの質の向上に役立てている。苦情相談やヒヤリハット・事故報告書で記録を残しているが、要点や対応方法は公開されていない。</p> <p>36 意見箱のそばに苦情対応時の対応手順を掲載している。重要事項説明書に相談窓口の電話・ファックス番号や公的機関等の記載がある。マニュアルを作成し寄せられた内容に適切に対応している。相談しやすい体制作りとして解決担当者の明記や、第三者の相談窓口の設置が望まれる。また、介護相談員など、外部の人材の相談機会の確保も期待する。</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てている。	B	B
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。	B	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 利用者の満足度を把握するアンケートの実施はしていない。「顧客満足度サービス向上委員会」で実施するための内容や回収方法などを検討中である。</p> <p>38 管理者会議・運営推進会議（経営会議）や各委員会で、運営管理者や全職種の職員が積極的にサービスの質の向上に関わる検討をし、各支店ではミーティングで具体的な改善に結び付けている。各支店の職員で構成する各委員会や管理者会議で各支店での取り組みの情報交換をしている。</p> <p>39 今年度、第三者評価初受診で、事業所の代表者と会社の管理者で自己評価の実施体制を設置して自己評価を行った。年1回の自己評価の実施と、3年ごとの第三者評価受診を期待する。</p>		