

アドバイス・レポート

令和 2 年 7 月 2 6 日

令和元年 6 月 1 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた大山崎デイにつきましては、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。

<p>記特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番 6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 法人組織図、決裁区分、職員事務及び業務分掌に職務権限等が明文化され職員に周知されています。広報誌「なごみだより」等で管理者のあいさつを掲載しています。また、「センター長とは」を文章化し、職員に配布をするとともに「センター長評価シート」を作成し、職員による評価を実施しています。管理者は全職員会議をはじめ必要に応じてパート会議等の各会議に参加して職員の意見を聞くなどリーダーシップを発揮しています。</p> <p>(通番 24 職員間の情報共有) 利用者の情報共有は、誰もが気付いたことを書き込め、いつでも見ることができる利用状況表、職員連絡簿を常備するとともに、毎日朝夕の 2 回のミーティングや毎月開催しています。正規嘱託職員会議を活用して利用者の状況等が職員で共有されています。また、業務の中でインカムを活用してリアルタイムで情報共有して迅速に対応しています。</p> <p>(通番 29 事故の再発防止等) 事故報告書、ヒヤリハットの記録を作成し、定期的（3 月に 1 度）に集計し、正規嘱託職員会議にて分析を行い会長局長に報告するとともに全職員に周知しています。ヒヤリハットは、2 段階方式で気付きの全てを「ヒヤリハット一覧」にあげ、その中から実際にヒヤリハットに相当するものを「ヒヤリハット報告書」に記載しています。ヒヤリハットを事故を未然に防ぐための大切な気付きと認識して、ヒヤリハット以前の段階から精査し、迅速に対応しようとする姿勢は、事故につながる要素を初期の段階で払拭する取り組みとして評価できます。</p> <p>(通番 31 人権等の尊重) 利用者の尊厳保持を理念・運営方針に明文化し、事業所内に掲示しています。虐待防止についてはセンター長・看護師が外部研修を受講して職員全体研修を行っています。職員の日常業務の振り返りは午後ミーティングや職員連絡簿等で行っています。また「不適切なケア」に関しての研修、気付きシートを用いての勉強会を行うなど虐待・拘束防止に向けて継続して検討する仕組みがあります。</p>
-------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 3 事業計画等の策定) 事業課として中期計画（2018～2022度）及び事業所の単年度計画を全職員参画によって策定しています。全職員会議や面談を通じて配布して周知を図っています。しかし、法人として地域福祉活動計画（2015～2019）が期限が切れており、現在は作れていませんでした。</p> <p>(通番 2 3 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者の記録が整備されており、利用者の体調変化時の状態の推移について記録されています。また、個人情報保護に関しては「個人情報保護方針」にて周知を図っています。しかし、記録の保管、保存、持ち出し、破棄に関しては、規定を定めていますが、情報開示請求があった際の対応については明文化されていませんでした。利用者等から情報開示請求があった場合に備えて、適切な対応が取れるように対応方法を明文化されては如何でしょうか。</p> <p>(通番 3 9 評価の実施と課題の明確化) 第三者評価を3年に一度受診しています。しかし、事業所が提供するサービスについての自己評価基準が行われていませんでした。今後は、第三者評価を機に設置した評価委員会を機能させ取り組んでいく予定としていとお伺いしました。今後に期待します。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>大山崎町福祉センターなごみの郷は社会福祉法人大山崎町社会福祉協議会が母体となり、平成12年4月に大山崎町老人保健福祉計画に基づき建設され、総合的な介護保険事業を展開しています。そのひとつであるデイサービスなごみの郷（定員30名）は、安心・安全・快適で楽しく過ごしてもらうために様々な取り組みを行っています。また、ターミナルの方も受け入れており、最後まで住み慣れた地域で暮らしていきたいという利用者や家族の思いを受け止めた支援を目指されています。</p> <p>事業所内は広々としており、リハビリやレクリエーションに活用できるスペースがあり、第三者評価当日においても、利用者同士の交流など活気がありました。プログラムは、グループ活動として選択制の導入、季節ごとの催し、月替わりのイベントやなごみ農園、なごみキッチン、音楽、サークル活動など多様なプログラムが行われていてひとりひとりが主体的に楽しめるようなプログラムとなっていました。入浴サービスは、一般浴に加え、寝たままや車いすでも入浴ができる等一人ひとりにあわせて対応ができるように整備されました。食事は、楽しく食事ができるための工夫として、希望メニューの導入やバイキングの実施、利用者のおやつ作り、個別対応としておかゆ、きざみ、とろみ、ミキサー食なども行われていました。</p> <p>個別援助計画の策定等利用者の支援については、看護師を中心に多職種と連携をして個別援助計画を策定するとともに個々のケースについては外部の関係機関（主治医、訪問看護、と連携して、きめ細かなサービス提供に努められていました。</p>

職員間の共有については毎日、朝ミーティングと昼ミーティングを毎日行うとともにインカムを活用した情報共有がなされ職員同士のチームワークの良さが見受けられました。

事故の再発防止についても、ヒヤリハットを２段階に分けるとともに、気づきシートを活用して組織的に分析・検討を行い、迅速に対応されており、高く評価できます。

職員にとっても働きやすい環境づくりに努めておられ、独自に故障者リストを作成してシフトに反映したり、育児中の職員に対して柔軟なシフト対応をされていました。

また、管理者は、職員に対して「センター長評価シート」や「センター長とは」を文章化し、自らの役割と責任について周知を図るとともに前回の受診の評価結果を受けて改善を行うなどサービスの向上に努めておられ、ひとつずつ丁寧に積み上げを行っていました。

地域との関係は、小学校（四年生）との交流を定期的に行い、デイサービス見学、送迎者体験、高齢者疑似体験を実施しています。また、あかりちゃん祭り、農園活動、こども食堂（なごみキッチン）を実施するとともに家族交流会や長寿苑のサークル祭りなどに参加するなど積極的に交流を図っています。

地域における福祉ニーズが多様化する中で、社会福祉協議会が行う介護保険事業所とはどうあるべきかを明確にし、今後も地域の信頼を得てますます発展していかれる事を期待します。

上記「特に改善が望まれる点とその理由」以外として具体的なアドバイスは下記のとおりです。

（通番１５）【事業所情報等の提供】

・パンフレットにデイサービスの利用料金等が分かる用紙を挟み込む等の工夫を検討されてはいかがでしょうか。見学のみの方であっても利用料金が分かりやすいものになるかと考えます。

（通番１７）【アセスメントの実施】

・サービスの開始にあたっての初回セスメント、モニタリングは、他職種と連携し丁寧に作成されていましたが、再アセスメントの実施が確認できませんでした。通所介護計画の見直しをする際には再アセスメントを実施することで、より良い通所介護計画になると考えますので、一度仕組みを検討されては如何でしょうか。

（通番２２）【業務マニュアルの作成】

・業務マニュアルは整備されており、見直し基準を定めて見直しがされていましたが、各業務マニュアルの見直しの時期が一目で分かる「見直しチェック一覧表」等を作成し表紙に貼るなどして、見直し時期が分かりやすい工夫をされては如何でしょうか。工夫をされては如何でしょうか。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2671000012
事業所名	大山崎町社会福祉協議会
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2年2月13日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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。	B	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) 法人理念に基づき事業所理念を策定している。職員には面談時に説明するとともに事業課会議（年1回）において周知している。社協だより、なごみの郷だより（月1回）に記載して家族へ配布している。 2) 法人組織図、決裁区分、職員事務及び業務分掌に明文化されている。各職種別会議、全職員会議、事業課会議、センター長会議、課長会議、事業長会議等を定期的に開催し、職務に応じて職員の意見が反映される仕組みがある。職員に面談がある。		
(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。	C	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	A
	(評価機関コメント)			3) 事業課として中期計画（2018～2022年度）及び事業所の単年度計画を全職員参画によって策定している。全職員会議や面談を通じて配布して周知を図っている。しかし、法人として地域福祉活動計画（2015～2019）が期限が切れており、現在は作れていない。 4) 「課題達成の取り組みについて」に各職員が記入しまとめている。それをふまえ、年度初めに計画を作成し、課題を明確にして全職員会議で進捗状況の確認を行っている。		
(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、いつでもスタッフ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)			5) 管理者は集団指導、法令遵守等の研修に参加し、伝達研修等を実施している。法令等についてはリスト化され、ラミネートで閲覧できるようにするとともにパソコンを通じていつでも最新の情報を閲覧できるようにしている。 6) 法人組織図、決裁区分、職員事務及び業務分掌に職務権限等が明文化され職員に周知されている。広報誌「なごみだより」等で管理者があいさつをしている。また、「センター長とは」を文章化し、職員に配布するとともに「センター長評価シート」を作成し、職員による評価を実施している。管理者は全職員会議をはじめ必要に応じてパート会議等の各会議に参加して職員の意見を聞いている。 7) 日々の状況については、インカムを活用し職員間で連絡が取れるようにしている。管理者自ら現場に入り、日々の状況把握に努めている。また、午前ミーティングや午後ミーティング及びミーティング簿、利用状況表により把握している。センター長は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあり、必要に応じて適切な指示を出せるようになってい		

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)		8) 事業課で求める人材について作成をし三役会に図っている。離職者アンケートを実施して離職防止などにつなげている。看護師4名で医療の必要な利用者にもに対応している。無資格であっても、入職後に資格取得を推奨しており、費用の負担や勤務上の配慮など支援体制を整えている。正規職員への登用の道もある。キャリアパスを構築している。 9) キャリアパスに基づく研修計画、内部研修、外部研修を活用して個々の職員に適した研修に派遣をしている。業務を通じて個々の職員が「気づきシート」を記入し勉強会等を開催して具体的な改善につなげている。個人履歴も把握している。OJTを整備し担当者を置いている。 10) 介護実習受け入れマニュアルを整備している。実習指導者に対する研修も受講し、実習受け入れも積極的に行っている。職場等体験も受け入れている。社会福祉士の養成は法人で受け入れを行っている。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	スタッフ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。	B	B
		(評価機関コメント)		11) 有給休暇取得や時間外労働のデータを総務部門で把握している。育児休業・介護休業法に基づく規程が整備され適切に対応されている。職員の負担軽減については特浴及びリフト浴、スライディングシート等を導入している。故障者リストを整備し配慮をしている。また、福祉用具会社と連携して使い方等の研修を行っている。 12) ピロティ乙訓に加入し、福利厚生を行っている。また、センター長がメンタルヘルスマネジメント2級資格を取得し、職員が直接相談できる体制がある。関係機関の一覧を作成し外部の機関の紹介も行っている。ハラスメント規定及び窓口を整備して掲示をし、周知を図っている。しかし、現場から離れたところに休憩室が設置されており課題と認識している。		
(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	A
		(評価機関コメント)		13) ホームページ、社協だより、なごみの郷だよりを作成し、全戸配布をしている。デイの棚町広報等を常時掲示している。あかりちゃん祭り、家族交流会や長寿苑のサークル祭りなどに参加している。年2回、小学校(四年生)との交流も行っている。農園やこども食堂(なごみキッチン)を実施している。 14) 小学生への総合的な時間のデイサービス見学、送迎者体験、高齢者疑似体験を実施している。社協として災害ボランティアセンター設置・運用訓練を行っている。ふれあいいきサロンや認知症カフェ等に職員の派遣をしている。あかりちゃん祭りで施設見学及び介護相談会を実施している。		

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) ホームページやパンフレット、チラシを通じて、事業所の情報を提供している。見学者の対応は、一覧表を作成している。デイルームの見やすい場所に、1日のサービスの流れを絵と文字とで分かりやすく掲示している。見学者対応は「見学者シート」に記録し、新規相談については「申し込み受付一覧」を作成し対応している。			
(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) 契約書、重要事項説明書を用いて、サービスの内容や料金を説明するとともに同意を得ている。権利擁護担当部署があり成年後見制度等のパンフレット等を常備して説明できるようにしている。			
(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たうえでアセスメントを行っている。	A	B	
	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	定期的又は必要に応じて、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) サービスの開始にあたっては、独自のアセスメントシートを用いて利用者の心身及び生活状況の把握をしている。病院や介護支援専門員等とも連携し、利用者の状態の変化等があれば、丁寧なアセスメントを実施しているが、再アセスメントが行われていない。 18) 担当者会議に利用者本人も参加されており、利用者・家族の希望が通所介護計画書に反映されている。また、サービスの提供内容等について利用者・家族に説明をし、同意を得ている。秋のお出かけ等にかかる外出計画と評価を行っている。 19) 通所介護計画の作成にあたり、主治医や訪問看護、介護支援専門員の意見だけでなく、他に利用している通所介護事業所の様子も聞き取って活用している。通在宅療養手帳に基づく医療連携が行われている。 20) 利用者の状況の変化については、午前ミーティング及び午後ミーティングにて確認する仕組みが構築されている。また、「通所介護計画見直しマニュアル」にて通所介護計画の見直しの手順等について定めている。			
(4)関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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) 関係機関、関係団体の連絡先一覧がファイル化されており、事務所に常備されている。また、乙訓医師会が発行している「在宅療養手帳」を活用し、医師だけでなくご利用者と関わる関係機関との連携が確保されている。法人内に、地域包括支援センターがあり、緊密な連携を図っている。			

(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、スタッフに活用されている。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。	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。	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) 業務マニュアルが作成され、職員に配布されている。また、毎年1回の見直しとあわせ担当者を中心にヒヤリハットの分析や利用者アンケートをふまえて必要に応じて更新されている。 23) 利用者の記録が整備されており、利用者の体調変化時の状態の推移について記録されている。個人情報保護に関しては「個人情報保護方針」にて周知を図っている。記録の保管、保存、持ち出し、破棄に関しては、規定を定めているが、情報開示請求があった際の対応については明文化されていない。 24) 利用者の情報共有は、誰もが気付いたことを書き込み、いつでも見ることができる利用状況表、職員連絡簿を常備するとともに、毎日朝夕の2回のミーティングや毎月開催している正規嘱託職員会議を活用して利用者の状況等が職員で共有されている。業務の中でインカムを活用してリアルタイムで情報共有している。 25) 家族との情報交換は、送迎時や手紙等による情報交換及び在宅療養手帳等を活用して機会を確保している。また、年1回の家族会を開催し、スライドショーを活用する等して利用者の日常の様子を伝えている。		

(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、スタッフ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) 感染対策マニュアルを整備し、見直しを行っている。「看護師教室」にて研修会を実施し、感染症対策に必要な知識を伝達するだけでなく、全職員を対象にインフルエンザ予防接種を行い、感染予防に努めている。 27) 清掃は職員で主担当・副担当を決め役割分担をし定期的に管理をし、利用状況表に記録している。センター全体の清掃、メンテナンスは年2回業者委託にて実施され、点検表を提出させている。臭気対策は換気を心掛けるとともに臭気除去機能のある大型空気清浄機をフロアに2台設置している。		

(7)危機管理

事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) 事故、緊急時対応マニュアル体調不良時の電話対応マニュアルを整備し、事業所内に掲示している。送迎時、緊急時の指揮命令系統（対応のフローチャート含む）が明記されている。救急法の研修に派遣して伝達研修を行っている。 29) 事故報告書、ヒヤリハットの記録を作成し、定期的（3か月に1度）に集計し、正規嘱託職員会議にて分析を行い会長局長に報告するとともに全職員に周知している。ヒヤリハットは、2段階方式で気付きの全てを「ヒヤリハット一覧」に挙げ、その中から実際にヒヤリハットに相当するものを「ヒヤリハット報告書」に記載している。 30) 消防計画、避難訓練計画を作成し、年2回防災訓練を実施している。自然災害時の連絡体制マニュアルを設置し、災害時に個々の利用者にとってどう対応するかを定めている。年2回の社協組織内の防災委員会にセンター長が防災委員として参画している。		

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) 利用者の尊厳保持を理念・運営方針に明文化し、事業所内に掲示している。虐待防止についてはセンター長・看護師が外部研修を受講して職員全体研修を行っている。職員の日常業務の振り返りは午後ミーティングや職員連絡簿等で行っている。また「不適切なケア」に関する研修、気付きシートを用いたの勉強会を行うなど虐待・拘束防止に向けて継続して検討し続ける仕組みがある。</p> <p>32) 業務マニュアルにプライバシー保護への配慮について明記している。職員には定期的な回議書や個人面談の中で意識付けを行っている。トイレや浴室の脱衣場は、入口の戸とカーテンを設置し、外から直接見えない工夫をし、脱衣場では利用者同士が正面から向き合うことのないよう椅子の向きに配慮している。インカムを活用し隠語での対応をするなど配慮をしている。</p> <p>33) 原則受け入れを断ることはなく、要介護度の高い場合やターミナルの場合も受け入れられている。利用希望者について当事業所のみならず事業課全体で情報共有し適切に対応している。新規受け入れファイルを作成し管理している。</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。	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	A
		(評価機関コメント)		<p>34) 送迎時を利用者や家族の意向を聞き取る機会と全職員が意識して、必ず声掛けするよう徹底している。サービス利用時の連絡ノートや気づきシートを活用している。役員、職員との食事交流会や夏祭り等も、利用者、家族の意向を聞き取る場としている。利用者アンケートを一年に1度実施している。</p> <p>35) あがってきた意見、要望、苦情は当日午後ミーティングの終わりに確認し管理者に報告、苦情要望記録に記載している。すぐ解決できるものは、迅速に検討して指示を出し適切に対応している。利用者アンケートの結果は内容を抜粋してデイルーム内に掲示するとともに利用者に配布している。</p> <p>36) 第三者委員を設置している。苦情窓口とあわせ重要事項説明書に記載し、契約時に説明している。デイルーム内にも掲示している。多様なボランティアが複数名入っており、利用者との馴染みの関係が構築されているため利用者等の相談機会の確保となっている。</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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>37)年に1度、利用者アンケートを実施し、結果を正規嘱託職員会議で分析・検討し、課題を明確にして改善に向けて取り組んでいる。そこから年1回の家族交流会の開催が実現したり、利用者の外出が多様化し、ウォークラリーや簡単体操の実施という支援が実現している。</p> <p>38)月2回実施する管理者を含む全職種が出席する正規嘱託職員会議でサービスの質の向上を検討している。市町村社協のデイサービスセンターと積極的に交流、情報交換したり、京都府社会福祉協議会が主催する介護保険事業担当部署会議に参加し、情報収集を行っている。</p> <p>39)第三者評価を3年に一度受診している。事業所が提供するサービスについての自己評価基準が行われていない。今後は、第三者評価を機に設置した評価委員会を機能させ取り組んでいく予定としている。</p>		