

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 3 年 5 月 1 2 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

2020 年 12 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「社会福祉法人 長岡京市社会福祉協議会 きりしま苑」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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 利用者一人ひとりを大切にするサービスが提供されています</b></p> <p>○ 「利用者一人ひとりを大切に」の理念に基づき、利用者の日常生活や心身の状況を丁寧に聞き取り、本人や家族の意向を尊重した個別援助計画を策定し、自立支援のためのサービスが提供されています。</p> <p>○ 利用者が椅子に座りやすいよう身長に応じた足置きの設置やお風呂の順番を待ちたい利用者のための椅子の配置、独居や認知症等で清潔保持が難しい利用者の洗濯の支援など、快適に一日が過ごせるよう利用者の様々な願いや思いに寄り添ったサービス提供をされています。</p> <p>○ 他の事業所で受入れが困難な医療ニーズが高い利用者やターミナルケアが必要な利用者を積極的に受入れています。また、就労系事業所に通所していた障がい者が、高齢のために障害者支援法から介護保険法に移行することで「居場所が無くなる」ことのないよう、制度を積極的に活用して受け入れる取り組みをされています。</p> <p>○ 日々の申し送りについては、時差出勤の職員とできる限り情報が共有できるように、文章だけでなく図や写真を用い、利用者一人ひとりのきめ細やかな状況を伝えることで、適切なサービス提供に努めています。</p> <p><b>2. 快適で安全・安心な施設環境が保持されています</b></p> <p>○ 勤続年数の長い経験豊富な職員が多く、経験の浅い職員に業務のノウハウ等を積極的に伝えています。新型コロナウイルス感染者（職員）が発生した時も、感染対策の経験者を中心に、経験の浅い職員も参加して対応策を検討したことで、その後の施設内の感染予防の取組みが徹底され、衛生管理が行き届いています。</p> <p>○ 事故防止の観点から、反省文と捉えがちなヒヤリハット報告を出しやすくするために、報告内容について、リーダーが提出者の注意力を積極的に評</p>
-----------------------------	---

	<p>価するコメントをするようにしています。また、ヒヤリハットの報告後は全員で共有して再発を予防し、安全安心な環境を作られています。</p> <p>○ デイルームに隣接している調理室は、陰圧により調理臭が漏れないようになっています。トイレの臭気も全くありません。年間を通して2台の業務用空気清浄機が常時稼働しており、利用者にとって過ごしやすい快適な環境となっています。</p> <p><b>3. ICT等機器の導入で働きやすい環境ができています</b></p> <p>○ 平成4年から介護ソフトを導入し、平成12年から書面記録での保管を電子記録の保管に切り替えるなど、ICT活用を推進されていて、仕事の効率化が進められています。</p> <p>○業務用SNS（ラインワークス）やりハビリテーションを管理指導する介護予防プログラムソフト（MOFF）を導入することで、職員の業務負担の軽減が図られています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p><b>1. 中長期計画と事業計画について</b></p> <p>○ 理念・目標の実現にむけた中長期計画が策定されていません。毎年、事業目標を立てていますが、単年度の事業計画としては、不十分さがあります。</p> <p><b>2. 業務マニュアルについて</b></p> <p>○ 各種業務マニュアルは作成されていますが、見直し基準がなく、最低年1回の定期的な見直しができませんでした。</p> <p><b>3. 利用者満足度調査について</b></p> <p>○ 利用者や家族の要望や思いを把握し、サービスの質の向上に役立てるための利用者満足度調査が実施されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p><b>1. 中長期計画と事業計画について</b></p> <p>事業所の理念や目標を達成するために3年・5年先の達成期間を定め、事業の課題や問題点を明らかにした中・長期計画を策定する必要があります。また、単年度事業計画については、現在、毎年事業目標を策定されていますが、中・長期計画を基に見直しをされることで、事業計画としての位置付けができるのではないのでしょうか。</p> <p><b>2. 業務マニュアルについて</b></p> <p>各種業務マニュアルが整理されていて、職員がいつでも閲覧することが出来</p>

るようになっていますが、見直した日が入っていないために新しい情報かどうか分かりません。誤った情報が伝わることも考えられるため、見直し基準を明確にして、定期的に見直しを行うとともに、見直した日を記載することが必要と考えます。

### 3. 利用者満足度調査の実施について

利用者の苦情や要望等については、日常の業務の中で利用者や家族との会話を通して聞かれています。提供するサービスを体系的に統一した調査項目で調査を行うことは、サービスの質の向上やマニュアルの見直し等にも繋がることから、是非利用者満足度調査の実施をお願いいたします。利用者満足度調査は、利用者の自己決定にもつながるものであり、ケアの質における重要な指標になるものと考えます。

#### <所感>

(福) 長岡京市社会福祉協議会きりしま苑は、共通評価項目の内容を丁寧に読み込み大変厳しい姿勢で自己評価に臨まれていました。第三者評価で訪問した際も、対比シートの聞き取り時に「できていないことはできていないので」とのご発言もあり、A評価に近いものもありましたがB評価といたしました。

事業所の名称としての中・長期計画ありませんでしたが、「デイサービス5ヵ年アクションプラン」を作成しており、進捗状況の把握も行い、理念である「利用者一人ひとりを大切に」するサービスにつながっています。

3年後の第三者評価の受診が楽しみな事業所です。

※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

事業所番号	2673000028
事業所名	社会福祉法人長岡京市社会福祉協議会 きりしま苑
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3年3月29日
評価機関名	NPO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
<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。	B	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		1. 法人事務所に理念を掲示しています。事務局長から毎月、「理念に沿ったサービス提供について」文書が出ており、各職場で職員に周知しています。利用者・家族に対して広報紙等の配布を行っていますが、特段、理念等は周知していません。 2. 事務局規則に組織体制、部署ごとの事務取扱が規定されていますが、職務権限が明確ではありませんでした。理事会・評議員会・法人運営会議等に管理者が出席しており、各会議で、現場の状況や課題が報告・説明されています。			
<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。	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)		3. 利用者への聞き取りからニーズや課題を分析・検討し、サービスの向上に繋げています。スタッフ会議（常勤職員会議）での意見を、サービスの見直しに繋げていますが、中長期計画が策定されていませんでした。毎年の介護サービス事業の計画は作られていますが、事業所全体の「事業計画」としては、不十分でした。 4. 毎年度「事業目標」を策定し、目標を達成するため、スタッフ会議で担当ごとに、課題解決に向けた協議・検討を行い、年度末には、達成状況を点検したうえで、次年度の「事業目標」を作成しています。しかしながら、事業計画が策定されていないために、事業所全体としての課題達成状況を管理する仕組みはありませんでした。			

(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。	B	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. 管理者は、法令に関する外部研修に参加しています。関係省庁等のホームページ等でも情報収集を行っています。関係法令のリストを職員に配布し、PCでいつでも確認できる状態になっています。全体会議（2か月に1回）で法令順守等の研修を実施し、サービスの根拠となる法律・倫理規定等を説明しています。</p> <p>6. 組織図、事務局規則に管理者の役割が示されています。毎年、ヒアリングを全職員（非常勤含む）に1回以上実施し、職員の意見を聞く機会を設けています。意見をいつでも気軽に言える雰囲気があり、職員との関係性がよく、職員ヒアリングからも、職員が管理者を信頼していることが確認できました。</p> <p>7. 管理者は常時現場で、事業の状況を把握しています。事業所を離れる場合には、携帯電話等で常に連絡が取れる体制があります。組織図に基づく報告・連絡・相談体制が整備され、随時状況が把握できるようになっています。事故等の緊急事態にすぐに対応できるよう、BCPに基づいて、責任の所在や判断支持を明記したマニュアルを作成しています。（※BCP：災害発生等を想定した事業継続計画）</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	B
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. 職員採用は法人の方針に基づいて本部が行っています。有資格者の採用を積極的に行うと共に、資格取得のための事業所独自の補助金や休暇制度を整備しています。外部研修参加への勤務調整や参加費用の負担、非常勤職員への処遇改善交付金の支給等も行っていきます。また、離職者に離職原因の聞き取りを行い、人材確保に繋げていきます。</p> <p>9. 研修担当職員が配置され年間研修計画に基づき研修を実施していますが、階層別等体系的な計画は策定されていませんでした。外部研修は、職員が参加しやすいよう勤務調整を行い、研修費・交通費を支給しています。職員が時間外に行う勉強会には、時間外手当を支給するとともに、業務等に配慮する等積極的な支援をしています。キャリアパス制度も導入しています。</p> <p>10. 大学生や介護関係の実習生受け入れ、地域の中学校が実施する介護体験学生の受け入れを毎年行っていますが、実習受け入れマニュアル等、実習指導等に関して明確に定めたものはありませんでした。</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。	B	B
(評価機関コメント)	11. 法人本部（総務課）で職員の労務管理を行っています。管理データは管理者も把握し、一般事業主行動計画の内容に基づき、就労時間や子育てに配慮し、有給休暇の取得の推進や時間外労働の軽減に取り組んでいます。毎年、職員から意見要望を聞くなかで、移乗用リフトの設置を行うなど労働環境や事務の改善を行っています。 12. 毎年、ストレスチェックを全職員対象に実施し、産業医に相談できる体制ができています。法人が社会福祉関係の共済制度に加入し、職員の福利厚生が充実しています。定期的な開催されるスタッフ会議、全体会議のなかで、職員が相談・要望等を発言する機会が設けられ、管理者も意見が出しやすいよう配慮しています。ハラスメントに関する規定はありますが、苦情や相談に関する窓口が周知できていませんでした。			
<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。	A	A
(評価機関コメント)	13. ホームページ、社協季刊誌で市域全体に事業所情報を開示するとともに、デイサービスだよりを毎月発行しています。また、施設近くにある小学校や保育所との交流では、職員やボランティアが利用者と一緒に参加し、地域の人々と良好な関係ができるよう配慮しています。 14. 行政や地域包括支援センターと協力し、地域の自治会が開催する行事でレクリエーション等を実施しています。また、月2回施設内で開催される自治会サロンに参加し、一般利用者に向けた体操教室を実施しています。毎年度末に事業結果について自治会と意見交換を行い、地域の介護ニーズ等の把握に努めています。			

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. ホームページやパンフレットで情報提供するとともに、ケアマネジャー向けにサービスの詳細を説明したパンフレットを作成し、各地域の事業所に配布しています。利用者の問合せや見学希望に対して随時対応するとともに、具体的サービス内容が分かりやすいように、無料のお試し利用を実施しています。				
<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. 利用契約時に、サービス内容や利用者負担、保険外サービス等について、重要事項説明書等を用いて説明し、同意を得ています。また、成年後見制度や権利擁護事業の活用も推進しています。利用者アンケート結果からも、サービス利用について必要な説明がされていることが確認できました。				

(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。	B	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。	B	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. アセスメントは利用者一人ひとりの心身の状態や生活状況を、所定の様式に記録し、朝夕のミーティングや全体会議で介護職・看護職が共同で利用者の状況を確認し、必要に応じて見直しを行っています。令和2年度から状況に応じバーセル・インデックス（BI：日常生活能力改善度評価）を採用し、評価の均一化を図っています。非常勤職員にも連絡事項を書面で伝えて、日々利用者の状況把握に努めています。</p> <p>18. 個別援助計画の策定に当たっては、利用者の希望を取り入れています。本人の判断能力に支障がある場合は、家族に聞き取りを行い、計画の決定には本人、家族の同意を得ています。サービス計画には、本人の目標や家族の要望、家庭の状況等が反映されています。</p> <p>19. 個別援助計画の策定は、介護職・看護職・相談員等の関係職員及び利用者が参加したサービス担当者会議で、多角的な視点で検討が行われています。また主治医をはじめ各種専門職に意見照会を行っています。</p> <p>20. 毎朝のミーティング、スタッフ会議で利用者の状況を確認し、利用者の状態に変化があった時やサービス計画の期間内に必要な見直しを行っています。また必要に応じて医師・看護師等の専門家に意見照会を行っています。しかし定期的な見直しや変更基準を定めたものではありませんでした。</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)		<p>21. 入退院時のカンファレンスや看護サマリーで、利用者の事前情報を取得し、ターミナルケア等医療ニーズが高い場合は、主治医・訪問看護師との意見交換等を行っています。また、社会福祉協議会の組織を活用し、行政や地域包括支援センター等の関係機関との連携も確保されています。</p>		

(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	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>22. 接遇、介護、感染症、事故・緊急時等各マニュアルが整備され、職員が何時でも確認できる状態になっています。SNSや介護向けリハビリ支援サービス（Moff）のマニュアルもあり、業務改善や利用者の自立支援に繋げています。業務手順等について職員から疑問が出た場合は、全体会議で随時内容の改善を行っています。苦情や利用者アンケート調査に基づく見直しやマニュアルの定期的な見直しは、行われていませんでした。</p> <p>23. 平成4年から介護ソフトを導入し、サービス実施計画に基づく実施内容の記録・管理を行っています。利用者の状態の推移についても、計画の修正等を行い、内容を具体的に記録しています。利用者記録等の保管、保存、持出し、廃棄は規定に従い、鍵付きの専用ロッカーを使用し、担当者を決め適切に管理しています。</p> <p>24. 利用者情報は、朝夕のミーティングで確認し、参加できなかった職員には書面で申し送りを行っています。書面は画像を添付するなど、同じ情報が共有されるよう工夫されています。スタッフ会議、全体会議で定期的に利用者のカンファレンスを行い、職員間で情報を共有しています。</p> <p>25. 送迎時に家族と情報交換を行い、サービス提供時の内容を伝えるとともに、在宅療養手帳（乙訓医師会作成）や電話でも常時家族等との連絡を取っています。また毎月1回「おたより」を発行し、利用者の日常の様子や事業所の現状を伝えています。</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>26. 令和2年12月に保健所の指導の下、新型コロナウイルス感染症対策を含む感染症マニュアルの改定を行い、全職員に研修を実施し、感染症対策の知識を周知しています。日常業務の中での感染予防については、看護師が中心となって施設内の確認を行うと共に、感染対策の手順を施設内に掲示して予防の徹底を図っています。一般感染症の利用者の受入れ体制はできています。</p> <p>27. 週5日外部に清掃委託し、管理記録があります。土曜日は職員で清掃を行っています。施設内は臭気、換気、保湿対策として、2台の業務用空気清浄機を通年で常時稼働しています。トイレは、出入りがしやすいようにカーテンが架けてありますが、臭気対策が十分にされていました。また、調理の臭気が施設内に漏れないよう、厨房は陰圧になっていて、デイルーム内に臭気は一切ありませんでした。動線に配慮して備品が整頓され、リクリエーションの備品やおむつ等の在庫は、隣接するクローク内に、見出しを付けてわかりやすく収納されています。</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>28. 緊急時対応マニュアルがあり、緊急時の指揮命令系統が周知されています。緊急時は、会館の受付と連携し、救急車の要請を行っています。全体会議の中で緊急時研修を行い、技術や知識不足を補うために別途勉強会も開催しています。</p> <p>29. 事故が発生した場合は、本人、家族に説明するとともに、事故報告書を作成し、ミーティングや全体会議で情報共有を行い、対応策を協議・検討し、記録をいつでも職員が閲覧できるようファイルにしています。ヒヤリハットは、報告書を提出しやすくするために「ヒヤリハットは反省文ではない」ことを伝えたり、コメント欄で報告内容を積極的に評価する等の配慮をしています。保険者に報告するような事故はありませんでした。</p> <p>30. 災害発生時のマニュアルがあり、警報が出た時のサービス提供についても規定で明確にされています。また年2回の避難訓練を行い、法人として災害などの緊急事態における事業継続計画（BCP）も作成しています。</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。	B	B		
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。	B	B		
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. 利用者の人権や意思を尊重してサービス提供を行うことが「利用者一人ひとりを大切に」の理念において示されています。身体拘束禁止・虐待防止について契約書に明記し、研修等を行っていますが、入浴介助時の配慮が足りない等の報告があることから、日常業務の振り返りを行い、職員に意識が浸透する仕組みを検討されています。</p> <p>32. プライバシー保護や羞恥心への配慮について、法人として勉強会や研修会を実施すると共に、管理者が業務の中で確認・指導を行っています。更に、サービス提供についての意識が全ての職員に確実に浸透するよう、研修体系の整備を検討されています。</p> <p>33. 圏域全体としてデイサービスの供給量が多く、定員に達していませんが、他の事業所で受入れが出来なかった医療やターミナルケアが必要な利用希望者等に積極的に対応しています。また、地域ニーズを踏まえ、高齢化に伴い就労系事業所に通えなくなった障がい者の受け入れも行っています。</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。	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。	A	A		
(評価機関コメント)		<p>34. 苦情や要望等はサービスの現状を変える機会と考え、利用者や家族の意向を送迎時に聞けるよう良好な関係づくりに努めていますが、利用者への個別相談や懇談会は開催していませんでした。拾い上げたニーズは、改善に結びつけられるようスタッフ会議等で検討を行っています。苦情解決の第三者委員全員の連絡先を事業所内に掲示し、毎年1回は委員会からアドバイスを受けています。</p> <p>35. 利用者からの意見・要望・苦情については、朝夕のミーティングやスタッフ会議で情報共有し改善策の検討を行っています。対処内容や改善状況を記録し、報告を行っていますが、公開はされていませんでした。今後は、個人情報に配慮しながら、広報紙などで改善報告されてはどうか。</p> <p>36. 第三者委員及び公的機関等の相談窓口の電話番号や受付時間は、契約書に記載すると共に施設内に掲示されています。介護相談員は、行政からの紹介で受け入れが行なわれています。「みなさまの声はがき」のお知らせと投書箱が、複数個所に置かれています。</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。	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. サービス担当者会議の場で、本人・家族からデイサービスへの満足度の聞き取りを行っていますが、利用者満足度調査は実施していません。また、聞き取りから得た利用者の意向は、会議等で検討していますが、内容のデータ化やサービスの改善内容を確認する仕組みづくりについては、今後の検討課題となっています。</p> <p>38. サービスの質の向上を図るため、全体会議やチャットワークを活用して、職員全員が参加し検討を行っています。また、年3回開催される法人内の通所介護事業所連絡会に管理者が出席し、他事業所の取組み事例やハラスメント等の情報収集を行い、自事業所の取組みと比較検討して全体会議で報告しています。</p> <p>39. 法人内各部署の職員で構成された「サービス向上検討委員会」を月1回開催し、デイサービス自身の評価だけでなく、他部署からの評価も受けて課題を抽出し、事業に反映させています。また、デイサービス5カ年アクションプランの作成や年度ごとの各担当事業の進捗管理を行っていますが、事業計画を策定し、年度（事業）計画とリンクしたプランにすることが必要と思われます。定期的な第三者評価の受診がありませんでした。</p>		