

様式 7

アドバイス・レポート

令和4年1月12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 3 年 11 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた京都市吉祥院老人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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 利用者・家族の思いを尊重したサービスが提供されています</p> <p>○利用者・家族の意見を尊重し、外出リクリエーションでは、利用者の心身の機能向上やリフレッシュのために、多くの選択肢を設けて実施しています。他府県への遠方外出に行けない重度の方、車酔いをする方などにも可能な範囲で外出できるように対策を講じています。また、家族にも案内し、希望する家族は同行できます。個別選択外出では、昼食外出、喫茶外出など、利用者の希望に応じられるように企画し実施しています。</p> <p>○利用者満足度調査の実施に加え、利用者を担当するケアマネジャーにもデイサービス利用の満足度調査を行い、それらの調査結果を比較検討することで利用者ニーズや課題を抽出し、サービスの質の向上を図っています。コロナ禍での休業時においては利用者宅に出向き、入浴介助と食事提供を実現させることができました。</p> <p>○機能訓練カンファレンスを毎月行い、利用者の ADL 把握や課題の明確化を図っています。中重度の利用者については、外出機会の確保や支援、集団生活への参加など、一人ひとりの状況に寄り添った支援ができています。</p> <p>2. 働く環境が整備され、職員の仕事に対する意欲が醸成されています</p> <p>○職員は年 2 回の職員ヒアリングを通して、業務上の意見や要望を運営管理者にあげることができます。また、ミーティング等により職場内コミュニケーションの円滑化が図られ意見を出しやすい環境づくりをしています。職員の気付きを基にヒヤリハットの様式を工夫するなど、積極的に改善を行い、実際に事故件数が減少することで業務の負担軽減に繋がっています。</p> <p>○職員満足度調査や離職状況の把握により、事業運営上の課題を把握し、解決する仕組みが作られています。また、職員の希望に添った人事異動を行う</p>
-----------------------------	--

	<p>ことで、仕事に対して職員が意欲的に臨めるように配慮しています。</p> <p>○年間研修計画を基に、階層別研修・実務研修等が実施され、外部研修は最低年 1 回の受講が推奨されています。キャリアアップの仕組みがあり、事務所内にはキャリアアップのイメージ図が掲示され、職員の資格取得を促しています。</p> <p>3. 地域との交流・地域への貢献に取り組まれています</p> <p>○地域社会と長年に渡って関り、住民との信頼関係を築いてきた地域貢献事業（いきいきシニア教室・フラワー教室等）を、年間事業計画に位置づけ、自治連合会や民生委員とも連携し、毎年継続して実施しています。</p> <p>○4学区での毎月の介護予防教室や地域のお寺での健康教室に参加するとともに、地域の行事等に協力し、介護事業者として地域との架け橋になっています。</p> <p>○事業所の2階の児童館を借りて、健康体操や血圧測定などの介護予防教室とフラワーアレンジメント教室を毎月交互に開催し、同時にデイサービスセンターの見学会を実施するなど、事業所情報を公開しています。隣接する地域交流活動センターの夏祭りにも毎年参加し交流を深めています。</p> <p>○地域の防災訓練に利用者と一緒に参加し、車いすの使い方など、障がい者・高齢者の避難方法を助言しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 事務所内の掲示物について</p> <p>事務所内の掲示物は種類、点数も多く、伝えたい内容が一見して分かりづらいため、【急・不急】【重い・軽い】などが分かりやすくなるような工夫と整理が必要です。</p> <p>2. 利用者・家族等に対するサービス内容の説明について</p> <p>利用者アンケートのサービスについての項目で「サービスをキャンセルしたいとき、あるいは契約を解除する方法について、職員から分かりやすく説明を受けましたか」の問いに対して「わからない」との回答が多くありました。周知方法の工夫と利用中の利用者・家族に、再度説明する機会が必要です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事務所内の掲示物について</p> <p>利用者向けの掲示板は整理して掲示されていますが、事務所内の職員用掲示板については整理して貼る必要があります。掲示板に張る用紙に日付を記載することやサービス・食事・設備等事項別にグループ分けすることで、責任者が【急・不急】重要度を、速やかに選別することができると思われます。また、事務所内に掲示されている運営方針やサービス目標、啓発物等についても、性質別に集めて掲示することで整理整頓ができ、職員にも見やすく確実に伝達できると思います。</p>

	<p>2. 利用者・家族等に対するサービス利用等の説明について</p> <p>重要事項説明書については、契約時に適切に説明されていると思いますが、時間が経ち忘れている方も多いことと思います。機会を見て利用者家族等への再度の説明が必要です。説明方法や内容をわかりやすく周知する方法をご検討ください。</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	2670500152
事業所名	京都市吉祥院老人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)	介護予防型デイサービス・居宅介護支援事業
訪問調査実施日	令和3年11月25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
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)			1. 運営理念と事業方針を事業所内に掲示し、毎朝職員で唱和しています。毎月開催される処遇改善委員会の中で、理念に則したサービス提供が行われているかを確認しています。利用者・家族等との理解が深まるように、懇親会やリクリエーションを定期的に行い、理念の浸透を図っています。 2. 法人の意思決定を行う各種会議が、組織規程に定められた通り開催され、決定事項は職員会議等で報告されています。、運営管理者が出席する経営会議（理事会）も毎月開催され、年2回の職員ヒアリングやビジネスチャット（ICTツール）で聞き取った意見を事業運営に反映する機会にもなっています。職務分掌表にて職務権限を明文化し、責任と権限を明確にしています。		
(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)			3. 法人が、介護サービス向上に向けた中長期計画を策定し、事業所はこれをもとに単年度事業計画を立案しています。顧客満足度調査等から利用者ニーズを確認し、リスクマネジメント会議等で、業務の問題点を明確にし、半年ごとに事業評価も行っています。 4. 事業計画に応じた個別項目計画書を作成し、担当部門ごとの目標を明確にしています。定期的に行われるデイサービス会議等で、職員から課題の達成状況を確認しています。半年ごとに評価を行い、必要に応じて見直しを行っています。		

(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	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. 運営管理者等は、京都市府集団指導に参加し、順守すべき法令や事業運営の課題等については、職員会議及び研修会で職員全員に周知しています。関連法令等は、リストとともに事務所内に配備され、誰もがすぐに調べられるようになっています。法人理念に基づく職員倫理や法令遵守研修を継続的に実施し、デイサービス会議等においても周知しています。</p> <p>6. 運営管理者は、施設方針を事務所内に掲示し職員に浸透を図っています。匿名の職員満足度調査が実施され、管理者の評価についての項目も設定されており、自らの行動が職員から信頼を得ているか否か確認する機会としています。運営管理者等は、デイサービス会議等各種会議で意見を述べるとともに、職員の意見を聞き事業所の組織運営に役立っています。</p> <p>7. 運営管理者は、事業所内で執務し事業の実施状況を把握して随時指示しています。また、業務日誌等でも毎日の業務を確認しています。運営管理者を含む3人の役職者が輪番で、緊急時に対応できる体制があります。送迎車に携帯電話を配備し、送迎中の事故等にもすぐに対応できる体制を整えています。</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. 職員採用は、法人本部が行っており、転職者、中高年齢者等、経験、有資格者にこだわらない幅広い採用の仕組みがあります。離職理由を事業所で分析し、法人本部に報告して、今後の採用に役立てています。有資格者の比率は、業務日誌のデータで毎月確認しています。採用後の資格取得支援などキャリアアップの支援があり、キャリア面談や定期的な相談の機会が確保されています。</p> <p>9. 事業所の年間研修計画を策定し、接遇、専門知識・技術研修等を実施しています。階層別研修は法人本部で行い、外部研修を年1回は受講することを推奨しています。研修参加費を事業所が負担する仕組みがあり、実務者研修や専門性の高い介護技術取得等の受講支援をしています。職員の日常業務での気づきが事務所内に掲示され、業務の改善に繋がっています。職員が自主的に行う勉強会には、時間外手当が支給されています。</p> <p>10. 実習生受入れマニュアルがあり、毎年、教員免許取得のための大学生や京都府介護体験、中学生のチャレンジ体験等の実習を受入れています。実習指導者は、実習指導者研修に参加しています。利用者には事前に同意を得てから、実習を開始しています。</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. 法人本部で把握した職員全員の有給休暇や時間外労働のデータが、毎月各事業所ごとに通知され、有給未消化の職員に取得を促すなど労働環境に配慮しています。運営管理者は、年2回の職員ヒアリングの中で、仕事の内容等についても聞き取りするなど、職員の意向の把握に努めています。育児休業・介護休業を就業規則に規定し、職員が利用しています。職員の疲労が軽減できるよう、週1回鍼灸師が職員に無料で施術を行っています。</p> <p>12. 職員のストレスチェックを毎年実施し、産業医2名を本部に配置しています。また、年2回の職員ヒアリングの中で、業務上の悩みを相談できる仕組みがあり、職員満足度調査も昨年から実施しています。福利厚生制度があり、男女別の休憩室は、完全に事務所から隔離され、リラックスできる環境になっています。各ハラスメント規定が整備され、事務所内にも掲示しています。</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. ホームページ・Instagram、毎月発行の広報誌「院デイだより」を、利用者、家族、居宅介護支援事業所に配布しています。また、施設パンフレットを、適宜関係事業所に配布するとともに、施設見学や利用契約時に、利用者・家族にも渡しています。隣接する地域交流活動センターでのイベントに参加し、地域との関りを大切にしています。</p> <p>14. 地域の行事に参画した際には、自治連合会や民生委員と連携し、事業所の事業内容を周知しています。地域の防災訓練に参加し、障がい者、高齢者の避難方法について、助言等をしています。4つの小学校区で介護予防教室を実施し、地域の幼稚園、保育園、併設の児童館との交流も、行っています。また、認知症サポートネットワークに加盟し、研修等にも参画しています。</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
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. 事業所概要やサービス内容は、ホームページ・パンフレット、重要事項説明書等で分かりやすく説明しています。デイサービスの1日のスケジュールや食事メニュー、デイサービス情報等が、利用者にわかりやすく掲示されています。デイサービス利用の希望者には、見学や半日、1日体験利用等の対応をしています。			
(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. 利用者・家族（利用者の判断能力に支障のある場合は、その代理人）に、利用契約書・重要事項説明書を提示し、サービス内容、利用料金等（保険外のサービス内容や料金についても）を説明し、同意を得ています。			
(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)		17. 利用者、家族と面接を行い、生活状況等を踏まえたうえで、アセスメントを行っています。利用者・家族の希望やニーズを把握し、相談員・看護師・介護職員等、多職種の見点から課題の抽出を行い、ケアプラン会議で通所介護計画書を作成しています。3か月ごとに評価を行い、6か月ごとにアセスメントを行っています。 18. 通所介護計画の策定には、本人や家族が参加し希望を尊重して、目標を設定しています。サービス担当者会議では、ニーズの把握に努めています。中重度の利用者については、外出機会の確保や集団生活等、社会参加ができるよう、個別の介護計画を作成しています。機能訓練カンファレンスを毎月行い、現状のADLを把握し課題の明確化を図っています。 19. ケアプラン会議では、ケアマネジャー作成の居宅サービス計画書に基づき、管理者、相談員、看護職員、介護職員の意見を参考に、通所介護計画の作成をしています。主治医・OT/PT・介護支援専門員から得られた情報や意見も、計画に反映しています。 20. 通所介護計画は、3か月毎にモニタリングを実施し、6か月毎に見直しをしています。また、適切なモニタリングが行えるよう定期的に担当職員を変更し、二人のリーダーが相互にチェックしています。利用者の状態に変化がある時には、随時計画の見直しを行っています。			
(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)		21. 退院前のカンファレンスには、生活相談員が参加しています。看護サマリーや利用者の服薬情報等、医療情報を収集して状態を把握し、利用者がサービスを利用する際に、安心・安全にサービス提供ができるように努めています。			

(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>22. 業務マニュアル・手順書を整備し、毎年見直しています。職員の意見は、責任者が取りまとめ会議等で検討し、マニュアルに反映しています。新型コロナウイルス感染症対応マニュアルは、常に最新情報を入手し、行政とも協議して見直し利用者の安全に配慮しています。</p> <p>23. ケース記録に利用状況を記載し、サービス計画に基づき援助が行われているかをチェック表で確認しています。ケース記録は、鍵付きのキャビネットに保管し、記録の保管・保存、持ち出し、廃棄等の手続きは、規則で定めた通りに実施されています。毎年、個人情報保護研修を実施し職員全員が参加しています。</p> <p>24. 利用者の状況や確認事項の記録を職員に回覧して、情報の共有をしています。毎朝のミーティングやライン・チャットワークも活用して、一層の情報共有を図り、申し送りや引継ぎでは「相談員日誌」も使用しています。ケアプラン会議や機能訓練カンファレンス等を定期的に開催し、利用者の状況把握を行っています。参加できなかった職員には、回覧やメール等で内容を伝えています。</p> <p>25. 利用者の家族等とは、サービス担当者会議やケアプラン会議、送迎時に、情報交換をしています。利用者の状況報告は、デイサービス連絡帳、電話、メール等、いくつかの媒体を活用し、利用者家族の生活状況に配慮した方法で行っています。</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. 感染症対応マニュアルを作成し、定期的に更新を行っています。感染症対策の内部研修を毎年実施し、流行時期には朝礼等でも注意喚起しています。新型コロナでの休業時には、行政と協議を行い、安全確認が必要な利用者に代替サービスを行うなどの取り組みを行っています。</p> <p>27. 職員が持ち回りで物品担当者となり、管理及び整理を行っています。日常の換気を業務に位置づけ、空気清浄器も導入しています。トイレ掃除は職員が1日2回行い、臭気対策に努めています。</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. 事故・緊急時対応マニュアルがあり、毎年見直しています。職員研修では、車いすの扱い方やリフト送迎時の安全確認など、具体的な場面を想定しながら、事故防止に取り組んでいます。緊急時連絡体制ができており、事務所内に掲示しています。</p> <p>29. 事故発生時には、家族・関係機関等へ連絡を速やかに行い、事故報告書を作成しています。処遇改善委員会で事故を分析して、事故防止の取組みを進め、事故の減少が図られています。(ヒヤリハット・事故の統計を、再発防止に役立てています)ヒヤリハットの様式を見直し「ヒヤリハットが書けるよう」工夫がされています。</p> <p>30. 災害発生時対応マニュアルがあり、災害発生時の指揮命令系統が定められています。年2回、併設の児童館と合同の消防・災害訓練や吉祥院地区の防災訓練に参加しています。ハザードマップで、水害危険地域となっており、今年度は、水害訓練を実施しています。</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>31. 利用者の意思を尊重した理念・運営方針のもと、利用者に寄り添うサービスが提供されていることがアンケートから確認できました。身体拘束禁止に関する規定をマニュアルに記載し、会議では事例を交え尊厳の保持について常に確認を行い、権利擁護や高齢者虐待についての研修も実施しています。利用者家族からミトン着用の要望があった場合も、家族に「身体拘束禁止」の説明や医師の指示書から理解を得て、ミトンを使用しなかった事例も確認できました。また、利用者の意見・要望を尊重し、多くの選択できるリクリエーションを提供しています。</p> <p>32. プライバシー保護・個人情報保護についての研修を、毎年実施し、職員に徹底しています。おむつ交換は、別室でパーテーションを設置し、周囲に見えない、気づかれない配慮をしています。また、自立支援を心掛け、声掛けや介助でも、自尊心に配慮したサービスの提供をしています。</p> <p>33. 利用者の決定は、規定に則し公平・公正に行っており、全ての利用申し込みを原則受け入れています。定員を超える場合は、理由や見通しを申込者に説明し、他の曜日や他施設の利用を紹介しています。</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てている。	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>34. 利用者等からの意見・要望等を、業務の中で職員が収集し、カードにして事務所内のボードに貼り出しています。また、利用者満足度調査を毎年実施しています。利用者からの意見・要望等は、全体会議や処遇改善委員会で職員が共有しています。アンケート調査結果で高い満足度評価を得ています。</p> <p>35. 利用者の意見・要望・苦情については、マニュアルに基づき迅速に対応しています。苦情等の内容は、事務所掲示板に貼付して情報共有を図るとともに、各種会議で確認し記録しています。苦情等の内容と対応結果は、ホール内に満足度調査結果や第三者評価結果と共に掲示しています。</p> <p>36. 第三者委員による相談窓口・連絡先等を、重要事項説明書に記載するとともに、事業所内にも掲示し、利用者・家族に周知しています。寄せられた苦情等には、マニュアルに基づき速やかに対応しています。傾聴ボランティア等、外部の人材の受け入れについては、コロナ禍で制限しているものの受け入れる体制を整えています。</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。	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)		<p>37. 利用者満足度調査を、年1回行っています。満足度調査の調査項目や調査結果は、処遇改善委員会において検討・分析を行いサービスの改善に取り組んでいます。</p> <p>38. デイ会議・ケアプラン会議・処遇改善委員会等を毎月開催し、議事録は職員に回覧して会議内容を共有しています。処遇改善委員会のメンバーを随時入れ替え、委員会の活性化を図り、サービス改善に取り組んでいます。また、認知症サポートネットワーク研修会（オンライン）や地域包括支援センターの勉強会等から、他事業所の情報等を収集しています。</p> <p>39. 法人が毎年監査を実施し、法人本部や法人他施設の責任者が、事業所の運営を評価しています。評価結果については、内部会議で報告され、協議・検討して明らかになった業務課題は、次年度の事業計画に反映しています。第三者評価は、3年に1回受診しています。</p>		