

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5年 1月 13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 4年 10月 18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「ハーモニーこはた様」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>施設概要</p> <p>1995年に開所。介護サービスを通して、地元の学区福祉委員会等とともに、福祉のまちづくりに取り組んでいる。定員30名のデイサービス事業所。運営法人は、24時間ヘルパー派遣、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所も開設（併設）。</p> <p>1. 利用者一人ひとりの状況に応じたサービス提供に努めています</p> <p>○一か月間のモニタリング内容をまとめ、毎月の担当者会議や利用曜日ごとの会議等で利用者のニーズや課題を明らかにし、利用者の思いに沿った計画になっているか、計画通りの支援ができていくかを、確認しています。</p> <p>○利用者自身が、自分の目標を持ち、楽しく、自信を持って活動できるように、10種類を超える多様なプログラムを準備しています。体操やちぎり絵、編み物、絵画、囲碁、カラオケ等、地域のボランティアの協力も得て、個別の取組み絵を実施し、地域とのつながりにも力を入れています。</p> <p>○自宅の風呂にも入れるように、デイサービスで入浴するときに安全性が確認できれば、機械浴を使わずに、足の運びや浴槽を跨ぐ際の注意点等を伝え、自力での入浴を指導・援助しています。</p> <p>2. 地域との交流、連携が開所以来継続しており、地域に根ざした活動ができています</p> <p>○学区の福祉委員活動に協力し、年2回の広報紙発行作業だけでなく、日々の活動場所として施設の一部を無償で提供しています。</p> <p>○福祉委員との意見交換のなかで、地域住民の介護・医療・福祉に関するニーズを聞き取り、利用者が選べる多様なプログラムを準備するなどの事業所活動に繋げています。</p> <p>○職員が地域の集会所、福祉センター、公民館(約15,6カ所)に出向き、認</p>
-----------------------------	---

	<p>知症予防の体操教室や講演をしています。</p> <p>○神社の祭りなど地域の行事に参加し、学生ボランティアの協力を得て、利用者が制作した手芸品等を出展・販売しています。</p> <p>3. 職員の労働環境に配慮し、働きやすい職場です</p> <p>○職員間の良好なコミュニケーションが確保できるように、風通しの良い職場環境づくりを、実践されています。職員ヒアリングでも、職員間の雰囲気がい職場との意見がありました。</p> <p>○専門のカウンセラーによる相談体制やQRコードを利用した無記名のストレスチェックシートの導入、各種ハラスメント規定の整備等、職員のメンタルヘルス維持のための体制が確保されています。</p> <p>○管理者等は、職員との年2回の面談だけでなく、日常の業務の中でも様子を見て、必要と感じた時には声掛けをするなど、執務状況把握に務めています。(雰囲気づくりに配慮しています。)業務改善アンケートを毎年実施することで、普段の会議等で発言しにくい内容や発言の苦手な職員の意見を汲み取る機会を作っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>1. 利用者の要望・意見等の公開について</p> <p>利用者満足度調査の結果や利用時の意見・苦情等には、速やかに対応し、調査結果はダイルーム内に掲示していますが、利用者・家族や地域の方には、対応内容や結果が公開されていませんでした。熱心に、サービスの質の向上に取り組んでおられることを、利用者・家族に、具体的に伝えることも必要と思われまます。</p> <p>2. 業務マニュアルの実用性について</p> <p>各種業務マニュアルが策定されており、変更や問題点があれば管理者が内容をまとめ、職員に回覧して、見直しをされていますが、車両マニュアルや感染症マニュアル等で、具体的事項の検討や業務内容の記載に不十分なところがありました。</p> <p>3. デイルームの環境整備について</p> <p>デイルーム全体は、利用者が使いやすいように配置されていますが、入口から直接見えるベッドの位置や階段踊り場に設置されたカーテン、また、会議室内の荷物の整理整頓等について、検討することが必要かと思われまます。</p>

具体的なアドバイス

1. 利用者の要望・意見等の公開について

満足度調査アンケートの分析結果や対処結果を、個人情報に配慮して公開することで、利用者・家族等の視点からも、事業所の提供するサービスについて評価する仕組みづくりができ、事業の透明性とサービスの信頼性が、より担保されるものと考えます。今後は、家族・地域等へ公開するよう検討されてはでしょうか。

2. 業務マニュアルの実用性について

業務マニュアルに沿ったサービスが実行されることで、利用者にとって安全・安心な介護サービスが、提供できるものと考えます。(サービスがマニュアルに沿ったものであるかどうかを確認するために、例えば、マニュアル確認日を設定し、職員で分担を決めて、年間を通して、計画的に確認をさせてはいかがでしょうか。) サービス提供方法について、具体性の欠けるマニュアルは、早期に点検し、改善する必要があります。

3. デイルームの環境整備について

デイルームのベッドの配置については、利用者の思いを生かした対応と伺いました。また、階段踊り場のカーテン設置は、外部との空気の遮断に有効とのお話でした。実際に有効的な対応の方法(それぞれ、理由があつてのことですが)と思われませんが、やはり外部から見ると違和感があります。透明のカーテン設置も考えられますが、緊急時の避難等も考えると、かなり事故のリスクが高いものと思われます。ベッドの位置は、プライバシー保護の観点から、踊り場のカーテンは、緊急時のリスクの観点から再検討されるべきではないでしょうか。今一度、消防との協議も含め、再検討されてはでしょうか。

今後の改善を期待いたします。

※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。

(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	2671200174
事業所名	デイサービスセンターハーモニーこはた
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)	通所介護相当サービス 居宅支援事業所
訪問調査実施日	令和 4年 11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
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. 組織の理念及び運営方針は、ホームページ、パンフレット等に明示され、毎年度の法人研修会で全職員に周知しています。理念や運営方針が、業務で実践できる人材育成を目標に、事業計画をたて事業所全体で取り組んでいます。利用者・家族等には、運営方針に沿ったサービス提供を行っていることを、年2回の家族会や広報紙で紹介しています。 2. 理事会、評議会及び各種会議が定期的開催され、案件別の意思決定方法が、明確になっています。法人全体の管理職が出席する企画管理会議、業務レベルで主任以上が出席する業務会議、常勤職員が出席する常勤会議、非常勤を含めた全体会議や個人面談で、職員の意見を組織運営に反映させています。キャリアパス制度があり、等級、職務の権限が明示され、各職務の責任を規定しています。		
(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	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。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 理念の実現に向け法人が達成したい姿を明確にした中期計画を策定し、それに基づき事業所の単年度事業計画を策定していますが、長期計画はありませんでした。利用者ニーズや日常業務の内容、職種ごとの会議等での意見を基に、提供したサービスの分析・評価を行い、課題や問題点を明確にしています。3年間の中期経営計画は策定されていましたが、法人として長期としての計画の策定も必要と思われる。 4. 日常の業務や常勤職員での会議、曜日ごとに開催する多職種での全体会議の課題をもとに、現在のサービスについての課題の分析・評価を行い、目標達成に取り組んでいます。半年目に中間総括を行い、1年単位で確認し、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、法人内で実施する法令研修に毎年参加し、職員に対する勉強会も行っています。倫理規定や運営規程を事務所内に掲示し、本棚に法令集、集団指導説明会資料を配架しています。職員はPCで新たな情報を検索でき、必要な情報は閲覧しています。職員に対しては法令遵守研修を継続的に実施し、自主点検時に法令遵守意識の確認を行っています。</p> <p>6. 組織図や業務分担表で管理者等の役割と責任を明示しています。各事業責任者が出席して、事業計画、運営方針を決定する企画管理会議では、管理者も出席し意見を述べています。管理者は毎朝のミーティングに参加し、職員の意見を聞いています。本部の人事研修担当が、管理者評価の内容を含む人事アンケートを実施し、その結果を企画管理会議で報告しています。</p> <p>7. 管理者は毎朝のミーティングに参加し、事業の実施状況を直接把握し、日報と口頭報告でも随時状況を把握しています。管理者不在の場合や緊急時、非常時においては、緊急連絡網等マニュアルの定めに従って指示を受けるようにしています。</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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 法人の人員体制・管理に関する方針があり、職員配置は基準を上回る人数を配置しています。常勤職員には、介護福祉士、社会福祉士等の有資格者を採用しています。また、非常勤職員も有資格者の採用を優先していますが、採用後の資格の取得についても、勉強会の開催、受講料の一部補助や休暇取得の配慮等を行っています。</p> <p>9. 法人全体の年間研修計画があり、年度初めの全職員を対象とした法人研修や接遇・専門研修等を研修計画に基づき、階層別・エリア別を実施しています。外部研修は、回覧等で職員に情報提供し、職員が希望する研修には、勤務調整や参加費の支給を行っています。常勤会議や業務終了後のミーティングの中で日常業務を振り返り、必要な助言を管理者等が行っています。曜日別ミーティングの中でケース会議（事例検討）や外部研修の伝達研修を勉強会として実施しています。</p> <p>10. 実習生受入れマニュアルがあり、法人本部が実習生受入れの窓口になっています。本部職員が、マニュアルに基づき実習指導を行っています。法人内の実習指導者連絡会の研修に参加していますが、現在事業所には指導者がいないため、今後、指導者研修の受講を検討しています。</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. 職員全員の有給休暇や時間外労働のデータは、法人本部で把握しています。毎月、各事業所ごとに本部から就業状況の通知があり、管理者が確認して就業状況に配慮しています。年2回のヒアリングの中で、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ています。職員の負担軽減のために、入浴リフトやシャワーチェア等の介護機器を導入しています。</p> <p>12. 職員の悩み等解消のために、主任介護支援専門員や法人理事の弁護士・医師等、専門職による相談体制が確保されています。また、外部の産業医に相談できる旨を、休憩室に案内の掲示をしています。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ます。法人の福利厚生制度があり、休憩室は事務所と別の階にソファ等が設置され、リラックスできる環境になっています。各種ハラスメント規定が運営規程に掲載されています。</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. 3～4ヶ月ごとに広報誌を発行し、居宅介護支援事業所、学区福祉委員にも配布しています。ホームページ・SNSもあります。事業所情報も開示しています。地域の資源をまとめた「地域資源ファイル」を事務所横に配架し、誰もが閲覧できるようにしています。地域の祭り等にデイサービス利用者が制作した手芸用品等を出展し、ボランティアの協力を得て販売をしています。</p> <p>14. 職員が地域の集会所、福祉センター、公民館(約15,6カ所)に出向き、認知症予防の体操教室を開催しています。また、学区福祉委員会活動(年2回の広報紙発行)に協力し、福祉委員を通じて地域の介護・医療・福祉に関する情報からニーズの把握にも努めています。</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. サービス内容や事業所概要は、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。見学希望者や利用申し込みなどには、ていねいに対応し、体験利用を無料で受け付け、実際に過ごした上で利用者が利用の判断材料にする機会をつくっています。利用者が楽しめ、利用者自らが選べる多様なプログラムを用意しています。			
(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. 重要事項説明書や料金を記載したしおりを用意し、利用者に説明しています。訪問理美容等の介護保険外のサービスを明示しています。契約書に、本人(判断能力に支障のある方は代理人)の同意を得ています。後見人が必要な場合や権利擁護のために必要な事項は、包括支援センターに相談する仕組みがあります。			
(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. 所定のアセスメント様式を使用しています。毎月のモニタリングや担当者会議で利用者のニーズ・課題を明らかにして記録しています。更新月や状態の変化による居宅サービス計画書の変更時には、アセスメントを行っています。 18. 通所介護計画書は、本人・家族からニーズを聞き取り通所介護計画を立て、同意を得ています。離れて住む家族には電話で説明しています。サービス担当者会議は、利用者宅で開催して、本人及び家族が参加しやすいようにしています。 19. 通所介護計画の策定にあたり、サービス担当者会議に出席し、主治医や専門職等と意見交換を行っています。施設内で介護職・看護師・機能訓練士でカンファレンスを行い、これらの意見を参考に個別援助計画・LIFE（個別機能訓練加算）に反映させています。 20. 毎月モニタリングを実施し、担当スタッフを中心にケア記録を入力、他のスタッフも閲覧して相互に確認をしています。利用者の状態に変化があった場合には、医師や機能訓練士等と連携し、福祉用具の提案をする等しています。通所介護計画の見直しは、介護認定更新月と利用者の状態が変化した場合等に行っています。			
(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. 利用者の主治医を把握し、必要時には直接相談するようにしています。連絡先のリスト化（訪問看護・訪問リハビリ・居宅介護支援事業等）をしており、関係機関との連携を図っています。居宅介護支援事業所、地域包括支援センターとは常に連携が取れています（虐待ネグレクトケース等の情報共有を図っています）。利用者の退所・退院時の医療情報は、ケアマネジャーを通じて退院サマリー・投薬リストの情報を把握しています。			

(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	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。	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. 業務マニュアルは、職員間の共通理解を得て分かりやすい言葉で作成・整備されています。業務内容が具体的に記載されていない「車両マニュアル」「感染症マニュアル」があります。変更や問題点があれば作成委員会で見直しを行い、その後、主任が確認して職員に周知しています。見直しにあたっては、見直し基準をより明確にすることや事故防止策等の具体案を反映する仕組みを検討される必要があります。</p> <p>23. 計画に基づくサービス実施状況は、利用者ごと、サービス別、必要な事項をPCに記録しいつでも確認することができるようにしています。状態の変化や特記事項など、個別の援助内容を具体的に記録しています。利用者記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が定められていて（持ち出しは禁止）、管理者が毎日書庫の施錠確認を行っています。全職員に対して、個人情報保護等の研修を毎年行っており、守秘義務厳守の誓約書もあります。</p> <p>24. サービス計画書や個人記録を業務日誌にファイルし、非常勤を含む全職員が内容を確認しています。毎朝ミーティングを行い、曜日別の担当リーダーが利用者情報等を口頭と書面で申し送りし、全職員が共有しています。定期的ケアカンファレンスだけでなく、利用者状況に変化があった時にもカンファレンスを実施し、情報共有を行っています。非常勤職員も含めより確実性を高めるための方策検討が必要と思われます。</p> <p>25. 利用者の家族等とは、サービス担当者会議や家族会を年2回開催し、情報交換を行っています。現状は会合を開くことが困難なため、アンケート方式で、ニーズを把握しています。家族とは、連絡帳で血圧・体温・脈拍、サービス内容、利用時の表情、体調等を伝えています。また、送迎時にも積極的に情報交換をしています。</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	B
(評価機関コメント)		<p>26. 感染症対策等に関するマニュアルを作成し、最近では新型コロナウイルスに関する研修を行っています。また、インフルエンザ等の流行時期の前に職員に予防や対策について周知し、職員の体調管理を促しています。送迎時の座席の位置やアルコール消毒等で、感染対策を講じた上で受入れています。</p> <p>27. 事業所内の整理整頓を心掛け、担当を決め職員が毎日清掃を行い衛生チェックリストで点検を行っています。段ボール箱の積み上げ等があり収納場所の検討が必要かと思われます。絨毯、フロア、ガラス窓清掃等は業者に委託し、作業表で内容を確認しています。空気清浄機を使用して換気も行い、ダイルーム、トイレ等の臭気対策を行っています。</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には、提携医療機関やかかりつけ医等の緊急連絡先が記載されており、毎年マニュアルの見直しを行っています。救急訓練は年1回、防災訓練を年2回行っています。防火責任者や指揮命令系統を明示しています。</p> <p>29. 事故発生時には家族等関係者への連絡を速やかに行い、事故報告書を作成しています。ヒヤリハット報告書や事故報告書に、対応経過を記録しています。事故が発生した場合は、保険者等に報告しています。ミーティングや各種会議などで、事故報告書・ヒヤリハット報告書をもとに、事故の分析、原因の特定、解決策について検討し、情報を共有しています。</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、防災訓練を行っています。自衛消防組織表を作成し、事務所内に掲示しています。自然災害発生時に備え、米等の備蓄を行い、防災訓練には地域のボランティアの参加をおたより等で呼び掛けています。</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. 利用者の人権や意思を尊重した理念・運営方針のもと、利用曜日別ミーティングで利用者に寄り添うサービスが提供されているかを確認し、OJTなどで課題に対応しています。身体拘束や高齢者虐待防止を人権研修の中で行い、周知徹底しています。</p> <p>32. プライバシー保護についての研修を毎年行い、職員に周知しています。利用者等との面談は、内容が漏れないように相談室で行っています。排泄・入浴等に当たっては、常に問題意識を持ち、おむつ交換では、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、『声掛け』でも自立支援を心掛け、手を出しすぎること自尊心を傷つけないよう配慮しています</p> <p>33. 利用者の決定は、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、他の曜日や法人内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. 利用者アンケートで、意見・要望等を把握し、結果について、デイルーム内に掲示していますが、利用者や家族さらに地域の支援者に、取組みの具体例や工夫を知ってもらい、信頼関係を築いていくことも必要かと考えます。デイサービス利用時には、利用者が相談しやすい職員が対応するように、配慮しています。苦情があったときに開く会議では、全職員が苦情や意見等は、サービス改善の機会として捉え、課題・解決策を検討しています。定期的な担当者会議で、利用者の思いを聞くほか、利用中にも意見、要望等があれば、個室で面談を行っています。</p> <p>35. 利用者の意見・要望・苦情等については、日々の利用者との関りの中で聞き取りを行い、個人記録に記載しています。利用曜日ごとのミーティングで上がった要望を、責任者・管理者に報告しています。記録した苦情や意見は、毎日のミーティングや会議等で検討され、サービスの提供に役立っていますが、改善状況について、公開できていませんでした。引き続き個人情報保護に配慮した公開の方法等について、検討されることを期待いたします。</p> <p>36. 公的機関の相談窓口は、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。第三者を相談窓口としたものは設置していません。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するとともに、記録しています。相談員を受け入れ、透明性を確保するために、地域の福祉委員会や大学との連携を活用することも一つの方法かと考えます。</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. 毎年、利用者に対する満足度調査を行っています。満足度調査の結果は、利用者・家族に配布しています。調査結果の分析・検討を常勤会議や全体会議で行うだけでなく、他事業所の相談員等と検討する機会も持っています。分析結果に基づいて、各担当レベルの会議で検討し、改善結果を職員間で共有しています。</p> <p>38. 全職員に会議録の内容（企画会議、エリア会議、常勤会議、曜日ミーティング）を伝達し、情報を共有しています。サービス向上のため、業務改善アンケートを行い、各職種の立場から、意見を汲み上げる取り組みをしています。エリア会議等では、他の事業所の情報を共有しています。</p> <p>39. 第三者評価委員会を設けて、三評を受けたときには「評価結果」について検討し、課題の解決策を事業計画に反映しています。毎年「自己点検」を行っていますが、「自己評価」まではできていないという認識です。サービスの質の向上を図るためには、毎年自己評価を行うようにする必要があります。また、第三者評価は引き続き3年に1回の受診が望まれます。</p>		