

アドバイス・レポート

令和 5 年 12 月 17 日

令和5年11月13日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（事業所名）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

特に良かった点とその理由 (※)	●組織の透明性の確保 法人は、地域の高齢者の生活支援を診療所・通所介護・サテライト通所介護・認知症対応型生活介護・訪問介護・サービス付高齢者住宅等で運営しています。週1回、全体会議（各部署の管理者等）でサービスに関する検討会議を代表出席のもとで行っています。通所介護ではサービス終了後にアフター会議で1分間スピーチを行う等、組織的に職員の声を吸い上げる仕組みを構築されています。理念運営方針に基づく「期待する職員像」を基本方針に明記しています。勤続年数3年・5年・7年の節目に自己評価（評価シート）、振り返りレポート、実技試験総評等で理念の実践を通して職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みを構築しています。職員ヒアリングで確認できました。 ●広報誌の充実、利用者満足度の向上の取り組み デイサービスで職員とともに取り組まれている活動が隔月発行の広報誌「芳寿館新聞」に掲載しています。利用者が理学療法で理学療法士（指導）・看護および介護職等とともに制作した大小の壁画（折り紙・切り紙等）、また、利用者の作品作りに取り組む様子をうかがうことができました。毎年、「満足度アンケート」を実施し、結果を利用者・家族等に分かりやすく円グラフにして事業所内に掲示しています。質問項目は理念「人としての尊厳を大切に・・・」、デイサービスの方針「人に優しく限りなく優しく」の実現を追求した内容でした。今回の第三者評価時の「利用者アンケート」の結果もサービスに対して満足度の高い評価でした。サービスの向上を目指した取り組みを日常的に法人代表者とともにしています。 ●利用者の個別状況に応じた計画作成 独自のアセスメント様式を活用し、主治医・看護介護職・理学療法士・栄養士が共同でアセスメントを実施しています。送迎時の対話や「安心手帳」を介して利用者本人・家族等の望む暮らしを把握し、個別援助計画に反映させています。専門職が必要に応じて意見交換を行い、それぞれの個別援助計画を見直しています。毎月職員会議でモニタリングを実施しています。 ●利用者の人権擁護への取り組み 利用前の面接時に本人の人柄や提供サービスで配慮する事柄（情報）等について職員間で共通理解を図る為、利用者のこれまでの暮らしの内容・暮らし方等を聴き取っています。介護の実践課題の一つにスピーチロックをしないことをあげ、利用者の行動変容を望む際のアプローチとして「説得より納得」に努めています。例年実施の「利用者アンケート」の回答では概ね全員の方が職員の態度や言葉遣い、礼儀作法等について満足されていました。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	●単年度の事業計画の策定 業務レベルにおける課題の把握と目標の達成 理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にした中長期計画および単年度の事業計画が策定されていませんでした。 ●職員の個別研修計画の作成 就任時からの職員の個別研修計画が策定されていませんでした。 ●プライバシー等の保護 「プライバシー保護の取り扱いマニュアル」を策定し、職員に研修で周知しているが、マニュアルは個人情報保護とプライバシー保護との違いを明確にされていませんでした。 ●第三者の相談機会の確保 相談窓口に第三者を設置されていませんでした。

具体的なアドバイス

●単年度の行事計画・研修計画・レクリエーション企画を策定し、医師・看護介護職員・理学療法士・栄養士それぞれが役割を担い多角的な視点から課題を把握し実施されています。また、月例のアフター会議でPDCAサイクルに基づいて検討・確認されていますので、事業所の事業全体を法律の改正や利用者ニーズ等に基づきサービスの内容や組織体制・運営の現状分析を行い、課題や問題点などを明らかにするための事業計画を策定されることを望みます。

●職員の個別研修計画の策定

理念や基本方針の実現に向けて職員研修に力を入れておられます。職員一人ひとりが目標管理ができる仕組みとして勤続3年・5年・7年の節目で実施されていました。さらに、職員一人一人が自らの力量を実務と研修で年毎に積み上げていくツールとして就任時からの個別性を重視した研修にキャリアパス要件を取り入れてはいかがでしょう。

●プライバシー等の保護

常に職員がプライバシーや羞恥心に配慮したサービスを提供できるようにプライバシー等の保護（プライバシーや羞恥心）と個人情報保護との違いをマニュアルで明確に示し、職員研修も違いの認識を深める内容を望みます。

●第三者への相談機会の確保

公的機関等の窓口については重要事項説明書や事業所内掲示等で利用者等に周知されていますが、法人と利害関係の全く無い第三者を相談窓口を設置されることをおすすめいたします。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672000136
事業所名	デイサービス 芳寿館
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5年11月13日
評価機関名	特定非営利活動法人京都府認知症 グループホーム協議会

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思決定を行い、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. 運営理念に「人としての尊厳を大切に」を掲げ、ホームページやパンフレットに掲載している。デイサービスの方針に「人に優しく限りなく優しく」を掲げている。職員は利用者が笑顔で過ごされることを大切にしている。法人の各種サービス部署の新任職員にリーフレット「当社の運営理念について」を用いて、理念を念頭に日常業務に就くことを周知している。年度末に代表取締役と管理者が全職員対象に運営理念に関する学習会を実施している。 2. 毎月（第1木曜日）開催の事業報告会（代表取締役・取締役・栄養士と各部署の管理者が参画）で、各部署の運営状況や経営状況、課題等を協議している。デイサービスでは毎日、サービス提供終了後開催の「アフターミーティング」で当日の業務を振り返っている。職員全員の意見や提案を「1分間スピーチ」で聞き取り、その日のサービスが理念や方針に沿っているかを確認し合っている。				
(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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	B	B
		(評価機関コメント) 3. 単年度の事業計画として「行事計画」「研修計画」「レクリエーション企画」等を策定している。事業計画に基づいて、職員全員がサービスの質の向上を目標にサービスを提供している。利用者ニーズを利用者・家族との日々の会話や年1回の「芳寿館ご利用者様 満足度アンケート」等で把握し、運営計画・サービスの課題・問題点を明確にしている。中・長期の計画は明文化されていなかった。 4. 年度末(3月)に各部署(法人グループ)の目標について、看護師・介護職・理学療法士・栄養士等が目標の達成状況等を報告し合っている。各職種のサービス実施内容（取り組み）に対する分析・評価等を記録類で確認することができなかった。				

(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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)	5. 京都府主導の集団指導に参加している。マニュアルに関係する法令一覧を作成し、インターネットで、職員誰もが必要時に確認できるようにしている。介護保険や研修に関する資料を所定の棚に設置し、職員がいつでも確認できるようにしている。管理者は職員がいつでも相談がしやすい雰囲気づくりを心がけている。職員の意見要望を ストレスチェックを確認し、さらに終業時の「アフターミーティング」で職員の意見や要望を聞き取り「アフターノート」に記録している。サービス向上や経営の改善、業務の実効性を高めることに役立てている。 6. 職務規程・職務権限規程に管理者の役割と責任を明らかにしている。デイサービスフロア内のボードに「介護労働雇用管理者責任者の役割」を掲示している。産業医が行うストレスチェックの項目にあり、法人代表が確認している。 7. 携帯電話を管理者が常時所持し、緊急時に電話連絡が可能な体制となっている。また、管理者がサービスの提供現場に常駐し、利用者の状況や事業の実施状況を把握している。「緊急連絡網」を作成し、事故発生時には事故報告書作成や具体的な対応について指示を出している。			

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
Ⅱ 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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)		8. 職員に期待する職員像を文書化している。年度末に実施する運営理念の勉強会で職員に配布し周知している。勤続年数3年・5年・7年の職員に対して、自己評価・振り返りレポート提出、実技試験総評等で管理者が評価し、評価の結果を総合して給与の見直しに反映させている。 9. 有資格者を優先にホームページやハローワーク等を活用し、求人募集を実施している。また、職員紹介キャンペーンを内部で実施している。 10. 年間研修計画を立案し実施している。年2回は外部講師による勉強会を開催している。研修受講料の一部を負担する仕組みを設け、資格取得を奨励している。職員一人一人の研修計画は立案されていなかった。 11. 実習生受け入れマニュアルを作成し、受け入れ体制を整備している。以前は近隣小学校の「福祉体験」等の申し入れに応じていたが、ここ数年間はコロナ感染症の影響もあり、申し入れのない状況が続いている。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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。	B	A
		ストレス管理	13	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、職員が充分にくつろげ、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)		12. 会議や勉強会以外の残業はほとんどない。職員は就業規則に基づいた育児休暇や介護休暇を取得している。年2回（6月・12月）代表取締役が職員ヒアリングを実施し、職員一人一人の就業状況等を把握している。担当者や部署を設置し、分析・検討するところまでには至っていない。職員の負担軽減に関わる介護機器・ICTの活用、情報共有ツール等を導入している。 13. 取締役が産業医としてメンタルヘルスチェックを実施し、必要に応じてカウンセリングもしている。直属の上司に相談しにくい内容は外部の相談窓口を周知している。以前実施していた福利厚生事業（忘年会・魚釣り・日帰り旅行・ボーリング大会など）は、現在、コロナ感染症予防のため自粛している。今後、再開の予定はある。		

(3) 地域との交流

地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	B	A
地域との交流（入所系・通所系サービスのみのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		14. 隔月発行の「芳寿館新聞」を利用者・家族等や関係機関等に配布している。毎週（木曜日）認知症予防「なごみカフェ」を開催している。地域の住民が憩いの場として参加している。年に数回、地域包括支援センター等と協同で「キャラバンメイト養成講座」を開催している。また、地域の公民館で開催の文化祭にデイサービスで職員と利用者等の共同制作物（壁画等）を展示している。ボランティア活動受付の連絡先をパンフレットに掲載した結果、地域住民からお米の差し入れがあった。 15. ボランティア受け入れマニュアルを整備している。近隣住民から花や野菜の差し入れ等はあるが、コロナ感染症の影響から、現在はボランティア活動の申し入れが留まっている。ボランティア対象の研修や、ボランティアによる利用者への支援・交流等を再開する予定である。 16. 近隣の小・中学校で開催の「キャラバンメイト養成講座」に講師として協力している。地域の徘徊ネットワークに加入し、情報が入れば、職員に送迎中でも協力するよう周知している。また利用者からの介護の方法等の相談に応じている。		

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	17	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)		17. ホームページやパンフレット、「芳寿館新聞」重要事項説明書等に情報を載せて具体的に広く周知している。サービスの見学や体験には応じているが、問い合わせの記録や対応方法について記録により確認することができなかった。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	18	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)		18. 契約書、重要事項説明書を使用して管理者が契約時に説明し、同意（署名）を得ている。成年後見を利用している利用者に対しては後見人と共に説明と同意（署名）を得ている。サービス利用中に判断能力等に支障があると思われた場合は、家族や、ケアマネジャーに相談している。成年後見についてのパンフレットを準備している。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	19	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	20	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
	専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. 独自のアセスメント様式を使ってアセスメントを実施している。利用者、家族の望む暮らし等を聞き取り、主治医や看護・介護職員、理学療法士、と共にアセスメントを実施している。 20. サービス利用時には本人の意向を聞き取っている。送迎時の対応・電話での報告・「安心手帳」の確認によりできる限り家族の希望を聞き取っている。新規依頼時、認定更新、区分変更、退院前後等の担当者会議にはできる限り出席し、利用者、家族の希望を反映している。 21. 個別援助計画はサービス担当者会議にて得られた意見を基に、必要に応じて主治医、看護師、理学療法士、栄養士、介護士と意見交換を行って策定している。 22. 3か月毎に専門職で評価し、プラン継続か変更かを検討している。毎月職員全員で利用者の状況をモニタリングして個別援助計画の見直しを図っている。			

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	B	B
(評価機関コメント)		23. 契約時に緊急連絡先と主治医の連絡先を聞き取り、連携できる体制を構築している。利用者の入退院時には担当ケアマネジャーから情報提供を受け、退院時カンファレンスに参加している。地域包括支援センターともキャラバンメイトや徘徊ネットワークなどの情報交換をメール等で行っている。利用者や利用者家族からの近隣の虐待の疑いがあると思われるケース等の相談を受けている。毎月全職員で全利用者のモニタリング、アセスメントを実施し、各介護支援専門員に情報提供をしている。 24. 利用者の状況変化があった場合はすぐに家族や担当の介護支援専門員と連絡を取り合っている。入所施設への移行など他のサービスに移行される場合は、必要な情報提供をしている。サービスの継続性に配慮した手順と手続きが文書では明確に確認することができなかった。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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。	B	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25. 管理者が全てのマニュアルを定期的（毎年4月）に見直している。見直しにあたっては、毎年3月実施の「芳寿館ご利用者様満足度アンケート（以下満足度アンケート）」の結果や事故報告書等をもとに行っている。具体案が反映されるような仕組みを確認できなかった。 26. 個別援助計画書に基づいた介護実践をサービス提供記録に記載している。状態に変化がある場合は特記事項に記載し、家族等やケアマネジャーに連絡している。個人情報保護に関する職員研修を実施し、記録類は鍵付きの書庫に保管している。 27. サービス提供終了後の「アフターミーティング」で一日を振り返り、利用者の状態変化やそれに伴う注意事項、利用者の苦情・要望等の意向、事故報告、ヒヤリハット等を職員間で共有している。サービス担当者会議で利用者の状況を報告している。「アフターミーティング」の内容を「アフターノート」に記述し、職員に回覧し確認サインを義務付けている。「サービス担当者会議 議事録」で新規利用者の情報を確認し初期アセスメントとサービス提供時の留意点等を職員間で共有している。 28. 利用者持参の「安心手帳」で家族等と情報交換を行っている。利用時に特別な変化が生じた場合や報告等を要した場合は、送迎時や電話などで家族等に連絡している。契約時に緊急時連絡先を確認している。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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。	B	A
(評価機関コメント)		29. 看護師を中心に「感染症・食中毒の防止、蔓延防止に関する指針」、「新型コロナウイルス感染症の疑い、発生時の対応フロー」、「高齢者介護施設における新型コロナウイルス対策等の手引き」のマニュアルを策定している。感染症の研修では新たな情報を取り入れて、具体的な対応について学んでいる。 30. デイサービスフロア内に、複数の空気洗浄機と、大型の次亜塩素酸空気洗浄機を設置している。感染予防対策を徹底し、ドアノブ、手すり等の次亜塩素酸ナトリウムによる消毒や、定期的な換気などを実施し、利用者、職員の体調管理を徹底している。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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。	B	A
災害発生時の対応	33	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。	B	B
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	C	C
(評価機関コメント)		31. 「安全管理マニュアル」「事故発生再発防止マニュアル」(一般用・交通事故用)に基づいて、事故発生時の速やかな報告と対応により再発防止の対策を検討している。リスクマネジメントの勉強会の実施、防犯システム会社と契約を結ぶ等でリスクの回避に努めている。 32. 毎月開催の「全体会議」「合同会議」で、ヒヤリハット報告および事故発生報告の情報を各部署・職員等が共有し注意喚起している。怪我(骨折など)等の重大事故にとどまらず、本来業務として位置づけている事が実施されなかった場合も事故と定義することでサービスの向上を目指している。 33. 「自然災害発生マニュアル(非常災害対策計画)」「火災発生時の対応マニュアル」等をフローチャート式で制定し行動化しやすいように工夫している。備蓄にウォーターサーバーを設置している。火災発生時を想定した消防署への通報および避難訓練を行っている。自然災害を想定した実施訓練を行っていなかった。また、地域との連携を意識したマニュアルが整備されていなかった。 34. B C Pは現在作成中である。		

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	35	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	
	利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を行っている。	B	A	
	プライバシー等の保護	37	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	B	
	利用者の決定方法	38	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)	35. 運営理念「人としての尊厳を大切に」を基盤にサービスを提供することを職員に対して「アフターミーティング」や職員研修等で周知している。介護実践で相手への声かけは説得でなく納得であること等、スピーチロックが不適切なケアであることを職員間で共有している。組織として不適切なケアを虐待に至らない早い段階で確認し対応している。 36. 「身体拘束に関するマニュアル」に基づき「身体拘束防止委員会」を設置し、職員研修を実施している。不適切なケア（大小不問）が虐待や重大事故に繋がることを認識し「アフターミーティング」等で注意喚起を行っている。マニュアルに組織として講じる対応策を文書化していない。外部講師を招聘し、高齢者疑似体験教材（腕・手首・膝プロテクター、聴力低下体験ヘッドホン、白内障・視野狭窄体験ゴーグルを装着等）を用いた体験学習を実施している。 37. 「プライバシー保護の取り扱いマニュアル」を策定している。マニュアルは個人情報保護とプライバシー保護との違いを明確にしていない。職員研修も違いの認識を深める内容には至っていない。 38. 利用申し込みは、人員基準に反しない限り全て受け入れている。支援困難な医療依存の高いケースでも経営責任者が医師であり事業所敷地内のクリニックで対応している。				
	(2) 意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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。	B	B	
	(評価機関コメント)	39. 毎年「満足度アンケート」を実施している。集計結果の円グラフを事業所内に掲示している。概ねサービスに満足という結果であった。また、今回の第三者評価で実施した「利用者アンケート」の結果からも提供サービスに対する満足度の高さがうかがえた。送迎時の対話や連絡帳「安心手帳」等から聴き取った本人・家族等の意向を「アフターノート」に記載し「アフターミーティング」で職員間で共有している。 40. 職員がケア現場で聞き取った利用者の意向を「苦情・要望シート」に記載し、その日の「アフターミーティング」で検討の上、迅速な対応に努めている。利用者の意向把握と対応までの経緯を個人情報保護に配慮の上、広報誌等に掲載する等で公開するまでには至っていない。 41. 事業所および公的機関の窓口（市町村・国保連・府社協福祉サービス運営適正化委員会等）の連絡方法等を重要事項説明書に明記し、事業所内に掲示している。外部の人材（行政の介護サービス相談員派遣制度）を活用していたが、現在はコロナの関係で休止中であり、事業所関係者以外の第三者を相談窓口を設置していない。				

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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)	42. 毎年、利用者に対する「満足度アンケート」を実施している。結果をグラフ化し、利用者・家族等に配布し事業所内に掲示している。アンケートの内容は、入浴やリハビリメニュー、館内の設備等、サービスの質に関するものであり、サービスの改善に結び付けている。 43. 代表取締役自らが週3回「アフターミーティング」に出席している。「アフターノート」で協議の内容を確認することができる。ここ数年間、地域の介護事業所連絡会等の会合は開催されていない。業界の情報はインターネットや居宅支援事業所から入手している。同業の事業所等と比べ、自事業所サービスの強みや弱み等を確認し、サービスの質の向上に役立てている。 44. 4年前（2019年年度）に外部の第三者評価を受診している。定期的に受診し、サービスの改善に向けて取り組んでいる。自己評価については第三者評価時（3年毎）に実施しているが毎年は行っていない。			