

様式 7

アドバイス・レポート

令和6年3月21日

令和5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 京都市下京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

特に良かった点とその理由(※)	<p>1. 労働環境への配慮 有給休暇を申請すれば希望どおり取得ができていることを職員ヒアリングで確認しました。人事異動調査表の提出や施設長のヒアリングで職員の就業状況や意向を聞き取り、法人介護事業部で分析・検討していました。法人の相談窓口（ハラスメント相談窓口も兼務）を総務部に設置していました。育児・介護休業の規程を整備し、男性の育児休業の取得や小学生進級まで時間短縮勤務を認めてワーク・ライフ・バランスにも取り組んでいました。職員の負担軽減として、リフト浴・リフト車やパソコンによる記録・情報共有ソフトの導入をしました。</p> <p>2. 個別援助計画等の見直し 利用者の利用時の様子や状況の変化については、個別の記載のほか日々のミーティングにて確認・共有を行う仕組みがありました。通所介護計画書を見直す時期と手順については、業務マニュアル内の「サービス提供の進め方」の項目に明文化し必要に応じて変更していました。</p> <p>3. 第三者への相談機会の確保 第三者の相談窓口を設置し、利用契約時に説明していました。重要事項説明書に公的機関の相談窓口と電話番号を記載していました。地域のボランティアグループを受け入れ、利用者からの意見の聞き取りをしてもらい毎月1回報告を受けていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. サービス移行時の連携・相談対応 利用者の状況変化等により、他のサービスへ移行する際の手順・手続きについては文書の定めがありましたが、サービス終了後に利用者または家族等からの相談窓口の記載がありませんでした。</p> <p>2. 災害発生時の対応 災害発生時のマニュアルを作成し、年2回の防災訓練を実施していましたが、地域との連携を意識したマニュアルおよび地域の行政・関係団体等と連携した体制・訓練の実施がありませんでした。</p>

	<p>3. 利用者の権利擁護 ツールを活用して虐待の早期発見に努めていましたが、不適切なケアが生じた場合の組織としての対応方法を定めていませんでした。</p> <p>4. 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 苦情があった場合、施設内で共有し、ミーティングで検討していましたが、改善状況などについては公開していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. サービス移行時の連携・相談対応 利用者の状態の変化は、急に起こることもあり対応が困難となるケースも少なくありません。やむなく他施設等へ移る場合、施設間の連携は必要不可欠ですが、新しい施設に対する不安を和らげるためには、今まで利用していた施設職員のかかわりが大事ではないでしょうか。その際の相談窓口を周知することで、利用者・家族等の安心に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 災害発生時の対応 昨今、今まで経験のない災害により多くの被害が発生しています。その際、地域内での連携が重要な要素となります。万が一の場合を想定し、地域との連携を意識した訓練を行うためにも、地域等との災害発生時に関する協定を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 利用者の権利擁護 実際に取り組みされている不適切ケアチェック表や虐待の芽チェックリストを活用し、不適切なケアが生じた場合に組織としての対応方法を決めておくことで、早期発見と改善につながるのではないのでしょうか。毎夕のミーティングや職員会議で不適切な介護が行われていないか振り返りと改善への検討をされてはいかがでしょうか。</p> <p>4. 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 アンケートの結果を受けて職員会議で検討し、利用者の意見を取り入れ、改善されている実績がありましたので、この取り組みを他者が知ることができれば、事業所の理解や信頼度がさらに高まるのではないのでしょうか。事業所内に掲示することを検討されてはいかがでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670400106
事業所名	京都市下京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)	介護予防通所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	令和6年2月20日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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. 理念や運営方針を明文化し、玄関やホールに掲示していました。職員会議で理念についての研修を実施し周知と理解に努めていました。また、利用者や家族には契約時の説明や機関紙「下京デイサービスセンターだより」に掲載して周知していました。 2. 理事会は定期的他必要に応じて適宜開催していました。法人の施設長会議や事業所の職種別・運営・職員会議・各種委員会を開催し、案件別の意思決定の仕組みがありました。「専決規程」や「人事考課マニュアル」に各職種の業務や権限を明記していました。		
(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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		3. 下京デイ通年事業目標を策定し、中長期計画（令和5～7年、令和5～9年）やサービス提供・節約・稼働率における目標を設定して取り組んでいました。しかし、利用者や家族から事業計画について理解を得るための機会を設けていませんでした。 4. 事業計画に基づいて、各職種で「目標管理シート」に業務レベルの課題を明示して取り組み、年2回振り返りを行っていました。		
(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。	A	B
		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. 施設長は、施設長会議でハラスメント対策指導を受けるほか、安全運転研修に参加していました。事業を実施するうえで必要な法令に関してパソコン内にリストがあり、そこからすぐに閲覧できるようにしていました。また、コンプライアンス研修を実施していました。</p> <p>6. 施設長は、職種別会議・職員会議・各種委員会に出席し、職員と意見交換していました。年1回職員とヒアリングをして意見や要望等を聞き取って事業所の運営方針に反映していましたが、自らの行動が職員から信頼を得ているか把握・評価するための方法がありませんでした。</p> <p>7. 施設長は事業所で勤務し、職場を離れるときは携帯電話を所持して常に連絡がとれる体制となっていました。事業の実施状況は、随時の連絡や報告のほか、業務日誌で把握していました。緊急時連絡網を整備し、緊急時にはすみやかに報告と指示が出せる体制がありました。</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

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。	A	A
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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>8. 「社協職員信条」や「職員倫理」に法人の求める職員像を明記していました。詳しく評価基準を明記した「職務評価チェックシート」を用いて職務の評価をしていました。また、法人のキャリアパスの仕組みを明示し、詳しく解説した文書を整備していました。</p> <p>9. 法人介護事業部で人員配置の分析・検討を行い、職員採用や法令に基づいた適切な人員配置に取り組んでいました。ホームページの採用情報の掲載や就職フェアへの参加などの取り組みをしていました。</p> <p>10. 法人で段階的な研修体制（新任・中堅・リーダー・管理者）を整備し、職員の研修計画に基づいて受講していました。また、外部の研修案内を回覧し、受講希望者には受講料等を補助していました。さらに、介護福祉士・介護支援専門員の受験対策講座に受講料の補助や職務免除の支援をしていました。個人の取り組み目標やキャリアアップの希望を記載した「目標管理シート」に基づき、研修受講の配慮をしていました。</p> <p>11. 実習受け入れのマニュアルを整備し、受け入れの基本姿勢や受け入れの手順等を明示していました。社会福祉士の実習を受け入れていましたが、実習指導者の研修を実施していませんでした。</p>		

(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。	A	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。	A	A

	(評価機関コメント)	12. 有給休暇を申請すれば希望どおり取得ができていたことを職員ヒアリングで確認しました。人事異動調査表の提出や施設長のヒアリングで職員の就業状況や意向を聞き取り、法人介護事業部で分析・検討していました。法人の相談窓口（ハラスメント相談窓口も兼務）を総務部に設置していました。育児・介護休業の規程を整備し、男性の育児休業の取得や小学生進級まで時間短縮勤務を認めてワーク・ライフ・バランスにも取り組んでいました。職員の負担軽減として、リフト浴・リフト車やパソコンによる記録・情報共有ソフトの導入をしていました。 13. 職員のメンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当し、外部の相談窓口も紹介していました。組織や上司に対する要望や不満は、年2回の人事考課面接や施設長のヒアリングで集約し、法人で対応していました。福利厚生として、会員制の旅行の割引サービスが利用できたり、有給休暇以外に夏休み（5日）・永年勤続休暇が取得できました。また、職員給食を低価格で提供していました。休憩室は職員が適切に休憩できる広さと設備がありました。ハラスメントの規程を整備し、法人総務部に相談窓口を設置していました。			
(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。	A	A
	地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	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。	A	A
	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. 法人の基本理念に、「だれもが安心して暮らせる福祉の町づくり」ということを明文化していました。法人の機関誌「福祉のまちづくり」（年2回発行）や「下京老人デイサービスセンターだより」（毎月発行）で地域に役立つ情報発信をしていました。下京社会福祉協議会や併設のケアプランセンターと連携し、地域の介護ニーズの情報収集し、活用できる地域の情報を利用者に提供していました。 15. ボランティア受け入れマニュアルに、受け入れの基本姿勢や受け入れの手順を明記していました。事業所では常時ボランティアの受け入れ、外出支援などのサービス提供に役立っていました。 16. 地域のサロンに職員が出向いて、介護相談や福祉機器の講習をしていました。地域住民や併設の老人福祉センターの利用者向けに事業所の浴室で足湯を行い、外出する機会作りにも貢献していました。		

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。	A	A
		(評価機関コメント)		17. ホームページ・事業所パンフレット・法人や事業所の機関誌の発行によりサービスの内容を詳しく利用者等へ提供していました。また、利用料金は重要事項説明書にその詳細を記載し、変更があった際はすみやかに改定を行い利用者等へ知らせていました。また、見学、体験利用希望者があった場合、「新規依頼申込書」に記録するとともに、その様子を写真に収め、家族・介護支援専門員等へ報告していました。		
(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・重要事項説明書の内容とパンフレットによる保険外の料金について説明を行っていました。利用者本人が十分に理解できない場合は家族や代理人が署名を行っていました。また、認知症等で判断能力に支障がある場合は、後見人等と契約を結ぶ仕組みがありました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	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)		<p>19. 所定のアセスメント様式を用いて、利用開始時に関わった職員全員が利用者の状況について記録し、補足情報を含めミーティングを通して追加・修正していました。利用者のニーズ・課題等を明らかにする手続きについては、業務マニュアル内の「援助計画について」の中に、明文化していました。アセスメントの見直しは6ヶ月ごとまたは状況の変化に応じて随時実施していました。</p> <p>20. 通所介護計画書は、居宅サービス計画に沿った目標設定や利用者・家族等の希望を反映して作成し、同意を得ていました。また、サービス担当者会議へは家族等も参加していました。</p> <p>21. 通所介護計画書は、必要に応じて主治医や専門家・担当介護支援専門員の意見を聞き、サービス担当者会議で合議の上で策定していました。</p> <p>22. 利用者の利用時の様子や状況の変化については、個別の記載のほか日々のミーティングにて確認・共有を行う仕組みがありました。通所介護計画書を見直す時期と手順については、業務マニュアル内の「サービス提供の進め方」の項目に明文化し必要に応じて変更していました。</p>		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>23. 必要に応じて利用者の主治医と連絡を取り、血圧の薬について相談・問い合わせをしている事例がありました。また、入退院時においても病院と情報交換・カンファレンスを行い連携していました。利用者個々の関係機関・団体等のリストは、パソコン内に専用ホルダーを作成し職員間で共有を図っていました。地元スーパーの閉店により買い物が困難となった地域の利用者支援のために、地域の関係機関・団体と連携し、利用者居住地域の買い物支援に取り組んでいました。</p> <p>24. 他のサービスへの移行に関し、業務マニュアルにて手順・手続きを文書で定めていましたが、サービス終了後の相談窓口の記載がありませんでした。</p>		
(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。	A	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)		<p>25. 業務マニュアルを整備し、日常業務及び新人職員指導にも役立てていました。業務マニュアルは、年に1回、職員会議で内容の確認を行い見直しを実施していましたが、見直しの基準を定めた文書がありませんでした。</p> <p>26. 利用者の状況・サービスの提供状況は、パソコンの記録ソフトにより記入していました。個人情報の保護・利用者の記録保管・保存・持ち出し・廃棄に関しては、「個人情報保護・情報セキュリティーハンドブック」に記載していました。個人情報の取り扱いについて、利用者や家族に契約時に書面で説明していました。</p> <p>27. パソコンによる個別記録一覧や日々の申し送りにより、利用者の状況を職員間で情報共有していました。</p> <p>28. 日々の送迎・サービス担当者会議の機会を利用し、情報交換を行っていました。レクリエーションの写真など連絡帳に同封し、利用者の様子が伝わるよう工夫をしていました。また、災害発生時や新型コロナウイルスが発生時等直接の面談が困難な場合は、電話を活用し情報の交換を行っていました。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)	29. 感染症対応のマニュアルや感染症発生時のBCP（事業継続計画）を作成し、その中で管理体制を明確にするとともに、職員会議の中でも全職員へ徹底を図っていました。 30. 事業所内の備品等は、整理整頓し保管していました。デイサービスフロアには、空気清浄機・消臭器を設置し、臭気対策を実施していました。			
(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。	A	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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)	31. 事故緊急時対応マニュアルを作成し、その中でヒヤリハットの内容（定義）についても明文化していました。また、事故・緊急時の対応・緊急連絡網は事務所内に掲示していました。事故の予防・対応方法については、職員会議の中で緊急時対応研修を実施していました。 32. 事故緊急時対応マニュアルにそって、事故等の発生時には家族や関係者へ説明をしていました。行政への事故の報告もマニュアルを策定し対応していました。事故防止委員会を開催し、事故の事例から再発防止のためにマニュアルの変更の有無を確認していました。 33. 災害対応マニュアルに従い、年2回の防災訓練を実施していましたが、地域との連携を意識したマニュアルの策定がなく、訓練の実施もありませんでした。 34. 自然災害・感染症まん延等が発生した場合は、職員が適切に動けるようBCPを作成し体制整備していました。また、BCPに基づく訓練は職員会議の場を利用し、机上訓練からスタートして職員の意識向上を図っていました。			

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。	A	B
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	A
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)	<p>35. サービス向上委員会を毎月実施し、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を検討していました。「やさしい日本語、やさしくない日本語資料」をもとに、利用者への言葉掛けをチェックしていました。理念・運営方針に基づき人権・プライバシー研修を実施していました。</p> <p>36. 虐待防止に関する指針、身体拘束マニュアルを整備していました。「不適切ケアチェック表」「虐待の芽チェックリスト」を活用していましたが、不適切なケアが起こった時の組織としての対応方法を定めていませんでした。</p> <p>37. 業務マニュアルにプライバシー保護について記載していました。トイレや入浴時、カーテンやパーテーションを使用してプライバシーに配慮していました。また、広報紙の写真掲載については家族・利用者に許可を得ていました。</p> <p>38. 利用の受け入れ基準を設け、それに準じて対応していました。受け入れ困難なケース（看護師が対応できない処置等が必要な場合など）は他の事業所を紹介していました。また、事業所から遠い方は同法人のデイサービスを紹介していました。虐待のケースは地域包括支援センターに相談する体制がありました。</p>
------------	---

(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	B
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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>39. 年1回ユーザーアンケートを実施し、サービス向上委員会で分析、検討していました。日々の要望・意見については連絡帳に記載を求め、回答をもらっていました。自らの意思を明確に表明されない利用者にも、その日のレクリエーションの参加の意向を丁寧に聞き取っていましたが、利用者懇談会などは定期的には実施していませんでした。</p> <p>40. 「苦情解決実務マニュアル」があり、職員がいつでも閲覧できるようにしていました。利用者に「苦情申出窓口の設置について」「苦情の受付・解決の方法について」を配布していました。実際に苦情があった場合、施設内で共有し、ミーティングで検討していましたが、改善状況などについては公開していませんでした。</p> <p>41. 第三者の相談窓口を設置し、利用契約時に説明していました。重要事項説明書に公的機関の相談窓口と電話番号を記載していました。地域のボランティアグループを受け入れ、利用者からの意見の聞き取りをしてもらい、毎月1回報告を受けていました。</p>		

(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っている	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。	A	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	A	A
(評価機関コメント)		<p>42. 年1回ユーザーアンケートを実施し、サービス向上委員会や職員会議で検討していました。アンケートの意見を受け、「外出レク」を実施していました。</p> <p>43. サービス向上委員会の議事録を回覧し、全職員が情報共有していました。法人内の他事業所との交流や地域の事業所連絡会に参加し、他事業所の取り組みについて情報収集していました。その情報を職員会議で共有していました。</p> <p>44. 法人内で各事業所の内部監査を実施し、施設長会議で監査結果に基づいてサービス内容の改善に取り組んでいました。第三者評価を3年ごとに受診していました。</p>		