

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 23 年 12 月 28 日

平成 23 年 5 月 11 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「社協の家つどい」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<br/>その理由( )</p> | <p><b>(1) 組織運営体制の整備</b><br/>法人母体である綾部市社会福祉協議会の「人間の尊厳をもって生きていけるよう、支え合いの心」を理念に、法人の中長期事業計画に基づいた、つどい独自の運営理念「大勢とのかかわりの中で集う、アットファミリー」を具現化した介護サービスの実践に努められています。又、毎月の定例研修会や各種委員会・部会等の実施、マニュアルの活用や定期的見直しにより理念の周知を図り、職員が一丸となってサービス向上に取り組む体制が整えられています。</p> <p><b>(2) 地域との連携と交流</b><br/>広報誌「あやべの社協」や「つどいだより」等を地域に配布し、「なごみ」との相互交流、地元老人会との交流などを通して地域への情報公開・連携に努めています。FMラジオを活用した介護知識の啓蒙活動は地域への情報発信として有効であり、今後も継続されることを期待します。</p> <p><b>(3) 家族との情報交換</b><br/>日々の「連絡ノート」の活用、送迎時の職員・家族間の対話を重要視され、中身の深い情報交換が行われています。又、季節イベントに家族参加を呼びかけ、必要時には電話で連絡する等、家族との情報交換と共有がきめ細やかに図られています。</p> <p><b>(4) 職員の研修体制</b><br/>年間研修計画に基づいて、職員個々の「私の目標」を年初に設定し、業種別・年数別の細やかな研修体制を設けています。内部研修・外部研修後の伝達研修では、再度「私の目標」を再評価し、職員個々の段階的な人材育成が図られています。<br/>また、実習生に関しては、教師の「現場体験実習」や中学生の「職場体験」、社会福祉士の「相談実習」など、多くの実習を積極的に受け入れています。実習生を受け入れることで職員及びケアの質の向上に繋がっていると考えます。</p> |
|-----------------------------|--|

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由( )</p> | <p><b>(1) 職員間の情報の共有</b><br/>         所定の様式を用いてアセスメントを実施し、利用者の情報やニーズの収集・把握に努めていますが、記録（文書ファイル）上からは個別の情報が関連付けて把握し難い状況でした。個人情報パソコン内で管理されていましたが、職員すべてが確実に情報を共有できる紙ベースでの個人ファイルを整備されることが、職員間の情報共有には効果的だと考えます。</p> <p><b>(2) 個別状況に応じた計画策定</b><br/>         利用者個々のケアマネジメントは取り組まれていましたが、アセスメントや個別援助計画書等からは、利用者一人ひとりの心身や生活状況・生活歴・嗜好等の情報やニーズ等は読み取りにくく、第三者には利用者の全体像が把握できませんでした。</p> <p><b>(3) 相談・苦情等への対応</b><br/>         利用者満足度調査を実施されていますが、調査結果の分析・評価をサービスに反映される仕組みが不十分のように見受けられます。又、家族の意見を収集する機会をイベント時に設けていますが、より幅広い意見・苦情等を把握する工夫が必要と考えます。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>                    | <p>法人理念をベースにした年間事業計画、事業所独自の運営目標である「1人ひとりの思いを大切に」に基づいたサービス提供がされていました。生活リハビリを大切にして、個別機能訓練・口腔機能向上訓練等の機能強化に向けたサービスを重点的に取り組むことで、利用者の表情も生き生きとされ、地域と関係深い介護サービスが提供されていました。</p> <p>つどい独自の「音楽を取り入れたレクリエーション」や「義務的でなく楽しく生活に役立つリハビリ」などのプログラムに、家事作業や外出などを継続的に取り入れ、利用者の主体性の尊重、利用者の持てる力の発揮に繋がるケアの実践に期待します。</p> <p>今年度の事業重点計画のなかで「日課をなくす（1日の流れをなくす）」、具体的には午前、午後の入浴を分け目なく提供できる体制作り、「連絡ノートの充実化によるご家族との情報の共有」等の取組みは、介護保険制度における基本理念「利用者の自立支援」、「自己決定」を引き出す支援に繋がっていると考えます。今後も更なるサービスの質向上に取り組まれ、地域に信頼される施設として、ますます発展していかれるよう期待します。</p> <p>以下、今回の評価で気が付いた事を記載します。</p> <p><b>アセスメントについて</b><br/>         一連のケアマネジメントプロセスである、初回面接時の情報収集 アセスメントの実施 個別援助計画策定 サービス実施 再アセスメントの実施という流れのなかで、より個別のニーズを収集できる利用者本位の生活支援に重点を置いた「センター方式」等のアセスメントツールを試用されてはいかがでしょうか。「楽しく生活に役立つリハビリ」を実践される上でも、より個別の対応に活用していただくと考えます。</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>また、情報の共有に向けて、利用者ファイル内の個人情報を整理され、全職員が閲覧すると一目でマネジメント過程が時系列で把握できるよう工夫されることをお勧めします。</p> <p><b>利用者・家族の意向収集について</b></p> <p>利用者満足度アンケートを単年度で終わらず、継続的調査により次年度事業計画に反映することで、サービスの質向上に繋がっていくと考えます。又、利用者の意向を拾い上げるために他のイベントに併せて開催するなど、定期的な利用者・家族懇談会を開催されてはいかがでしょうか。</p> <p>アンケート結果から、契約時の重要事項説明書の苦情・相談窓口を忘れている方が確認できました。広報誌等に掲載したり、イベントや送迎時などに苦情・相談窓口があることを伝えてはいかかでしょうか。又、相談窓口等のお知らせは、大きな文字、利用者の目に留まりやすい場所に掲示されることをお勧めします。</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                    | 2671800056                    |
| 事業所名                     | 通所介護事業「社協の家つどい」               |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所介護                          |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 介護予防通所介護                      |
| 訪問調査実施日                  | 平成23年9月22日                    |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>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 |
| <b>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）及び事業所のスタッフ全員が、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) 運営母体「綾部市社会福祉協議会(以下法人)」の理念や事業所独自の運営方針を朝礼時職員全員で唱和・周知することで、理念に沿ったサービスの実践が行われています。また、職員個々が理念に沿って「私の目標」を掲げ、カードとして携帯し、常に法人の理念の確認に努めています。<br>2) 月1回の事務局連絡調整会議での決定事項を、定例研修会、「つどい連絡ノート」、朝礼、終礼時等において、スタッフ全員に周知しています。<br>また、12月に、全職員を対象とした個人面談を行い、職員一人ひとりの声を定例研修会や局長に返す等、組織としての透明性を図る一連のプロセスが構築されています。 |      |       |
| <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。  | 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) 法人策定の事業計画をもとに、年度当初に全職員で事業所の運営方針を定め、理事会に図っています。また、定例研修会や介護保険等経営委員会において、運営状況の報告・見直しが行われています。「サービス向上部会」を3か月に1度開催し、課題や計画の見直し等に取り組まれています。<br>4) 年度初めの職員別年間目標・事業所の年間重点目標・重点実施目標【今年度は午後の入浴・連絡ノートの充実など】を、毎月定例研修会をベースに協議・検討しながら、課題の修正を図っています。  |      |       |
| <b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |    |  |      |       |
|                           | 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、いつでもスタッフ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) 毎年度始めに改正した「社協の令規集」を各部署に配布し、事務局連絡会議や社協会長出席による定例研修会を通じて事業運営に必要な介護保険法に纏わる法令の遵守に努めています。更に介護保険法令以外の関係法令の理解が深まる様、研修等の開催をお勧めします。</p> <p>6) 職務権限表を業務マニュアルに記載、各役職、職員の責任を明確にした上、会長・局長・管理者等が各種定例研修会に出席することで現場の意見を集約しています。年1回の全職員との面談において、職員からのさまざまな意見を聴取しています。</p> <p>7) 管理者等は携帯電話を有効に使い、緊急時に適切な対応が為せる体制にあります。また、社協の全職員が緊急連絡網を携帯(カード形態)し、緊急時にマニュアルに沿った行動がとれるよう体制が整っています。非常事態を想定した実地訓練を反復的に行われてはいかがでしょうか。</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 |

## 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  | 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) 職員採用に有資格者を優先する、外部研修の公務扱い、資格取得奨励金規定を定める等、法人レベルで、人事管理マニュアルに基づいた人員配置や人材育成の基本方針を明文化しています。今年度は離職者がいないという事実から、職員の意向を尊重している運営が確認できました。</p> <p>9) 年初の研修計画を基に、職員ごとの介護経験、勤務年数を反映した研修計画が設定されています。勉強会「こつこつ」を職員主導で企画運営したり、伝達研修では年初の「私の目標」と関連づけた研修後の新たな目標として見直すことで、職員個々の段階的、計画的な人材育成を保障していました。</p> <p>10) 実習の受け入れに際しては、実習指導者がいる社協が中心となって受け入れ態勢が整っています。中学生の「職場体験」や中・高生のサマーボランティアの受け入れなど、社協全体として取り組んでいます。</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、スタッフの労働環境に配慮している。   | A | A |
| ストレス管理     | 12 | スタッフ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。   | B | B |
| (評価機関コメント) |    | <p>11) 社協例規集に記載された労働関係法令に基づいた就業規定・育児休業・介護休業等の保障や、職員用休憩室の設置・介助補助機器の整備など組織として労働環境の向上に努められています。</p> <p>12) 職員の悩みやストレスをサポートする専門職は置いていないが、ストレスマネジメント等の研修には参加しています。互助会「むつみ会」を設け、年1回の職員旅行・歓送迎会などを実施し、職員間の親睦や交流を深めています。職員のメンタルサポートに法人レベルでカウンセリング専門職を確保されることをお勧めします。</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) 法人広報誌「あやべの社協」やホームページへの掲載、「つどいだより」等を地域に配布し、法人理念や事業所の活動情報を地域に広く公開しています。同法人が運営する通所介護なごみ「いばしょ喫茶」へ相互交流を求めて訪問したり、「つどい夏祭り」で地元老人会との交流を深めたり等、法人仲間や地域の人々との良好な関係づくりに努めています。</p> <p>14) 事業所がラジオ番組「FMいかる」や「介護者教室」「ふれあい介護教室」等に参画することで、地域住民へ介護の専門知識や技術・工夫等の啓蒙活動に積極的に努めています。「つどいだより」を活用して、健康チェック方法や料理レシピ企画なども提供しています。</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 |
| <b>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)パンフレットやホームページを通じて事業所の情報を分かりやすく説明しています。問い合わせや見学も随時受け付け、サービス内容等の必要な情報を提供しています。  |      |       |
| <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) 契約締結には、サービス内容や料金などを分かりやすく記載した重要事項説明書の説明と同意に努めています。長期間の継続利用になるとご本人、家族とも契約当初の重要事項等(苦情受付担当者・窓口など)を忘れてしまいがちです。定期的に確認されることをお勧めします。<br>成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用に関しては、自らが法人後見機関として事業に取り組んでいます。  |      |       |
| <b>(3)個別状況に応じた計画策定</b> |     |              |    |  |      |       |
|                        |     | 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    | 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    | B     |
|                        |     | 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。   | B    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)   |    | 17) 所定のアセスメント様式を使用し、利用者の情報やニーズの収集・把握に努め、記録も整備されていましたが、利用者一人ひとりの心身や生活状況、その変化に応じた一連のケアマネジメントプロセスの内容が、個人ファイルからは十分に把握できませんでした。個人ファイルはパソコン内で管理されていますが、職員間の「情報の共有」という観点から、紙ベースでファイル化されることも必要かと思われます。<br>18) 個別援助計画の策定、定期的なモニタリングや見直しの際には、利用者や家族の希望を聴取されていますが、個人ファイルの未整備(記録)により情報の共有化が不十分と思われます。<br>19) 他職種(主治医・訪問看護師・介護支援専門員・理学療法士など)の要望やアドバイスを個別援助計画に反映しています。また、サービス担当者会議で聴取した、他職種からの要望やアドバイスを計画に活かしています。<br>20) 個別援助計画は居宅サービス計画に沿って原則3か月ごとに見直しを行い、利用者の状態変化に合わせてその都度計画の変更を行っています。 |      |       |

|                   |    |   |   |   |
|-------------------|----|---|---|---|
| (4)関係者との連携        |    |   |   |   |
| 多職種協働             | 21 | 利用者の主治医をはじめ、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) 利用者の新規利用時や入院・退院時の主治医、協力医療機関との連携体制が確保されています。各利用者に関する医療・緊急時連絡先等の情報は個人ファイルに保管され、随時対応できる体制が整っています。  |   |   |
| (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、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 | 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、利用者の家族との情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22) 業務マニュアルを整備し、年1回、全職員によって見直しを行っています。日々の提供サービスは各種マニュアルに沿って行っており、事業所独自の運営方針「1日の日課をなくす」、「生活リハビリを中心としたサービス展開」に基づいた利用者個々に合わせた個別ケアを取り入れられています。<br>23) 10年間保管されている各利用者のケース記録等は、事業所外への持ち出し禁止、保管庫(ロッカー)の施錠、個人情報保護に関する研修参加等により、個人情報保護に努めています。<br>24) 朝礼と終礼時の情報伝達、定例研修会の実施、つどい連絡ノート等の活用等により、職員間で情報を共有しています。<br>25) 連絡ノートの活用、送迎時の対話により家族との情報交換を行っています。また、広報誌を介して利用者の様子を家族に知らせたり、施設のイベントに家族の参加を呼びかけたり、必要時に職員から家族へ電話連絡を行うなど、家族との絆を深めています。 |   |   |
| (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、スタッフ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)        |    | 26)27) 感染症予防マニュアルに沿って、日常の予防対策(塩素消毒、職員・利用者のうがい、手洗いなど)の周知徹底に努めています。職員は研修会で習得した感染症対策の知識を現場にフィードバックする等、感染予防の体制を整えています。感染症のある利用者への対応も受け入れ体制を整え適切に対応しています。  |   |   |
| (7)危機管理           |    |   |   |   |
| 事故・緊急時等の対応        | 28 | 事故や緊急時、災害発生時等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   | 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 |
| (評価機関コメント)        |    | 28)29) カード形態にした緊急連絡網を全職員が携帯し、事故対応マニュアル・緊急時対応マニュアルなどの整備をはじめ、行政と連携した法人全体の「綾部市社会福祉協議会消防計画」や「非常災害計画書」を策定しています。3日分の災害時用の備蓄を行い、災害対応訓練の実施を11月に予定しています。事故・ヒヤリハット事例の記録に努め、リスク管理委員会、サービス向上部会、朝礼、第三者委員会等で報告・検討し、事業所全体で事故の予防・再発防止に取り組んでいます。   |   |   |

| 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>利用者保護の観点</b>        |     |                       |    |  |      |       |
| <b>(1)利用者保護</b>        |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 人権等の尊重                | 30 | 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            | 31 | 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              | 32 | 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>30)31) 法人の理念に掲げられた[人間の尊厳をもって生きていける]に沿って、利用者の尊厳を保ち、自己決定を尊重したサービスが実践されています。職員等は人権擁護やプライバシー保護、身体拘束防止、虐待防止等の研修会に参加し、利用者本位のサービスに努めています。</p> <p>32) 生活リハビリを中心とした個別機能訓練を重視している為、身体機能のレベルが一定時間の座位保持が可能な人を主な利用対象としています。認知症を抱える人については受け入れています。サービス利用の条件について、利用者・家族に丁寧に説明し、納得の上、希望に可能なかぎり応えた形で受け入れています。</p>  |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 意見・要望・苦情の受付           | 33 | 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 | 34 | 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    | A     |
|                        |     | 第三者への相談機会の確保          | 35 | 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>33) 利用者の満足度把握のためのアンケート調査を実施し、利用者の意見や要望・苦情などの集約に取り組みられていますが、調査結果の分析・検討を行い、サービスの改善に結びつける仕組みが確認できませんでした。1年を通して行う様々なイベントに懇談会を抱き合わせることで、家族懇談会の定例化が計れると思われます。</p> <p>34) 苦情への受付は、マニュアルに基づいて適切に対応されていました。利用者・家族からの意見・苦情等は、連絡調整会議やリスク管理委員会に於いて検討後、改善策を連絡ノート等を活用して職員間で共有しています。</p> <p>35) 契約時の重要事項説明書に公的機関の相談・苦情窓口を明記し、利用者・家族に周知を図っていますが、今回のアンケートの結果では、時間の経過とともにその内容を忘れている利用者・家族が居られることが判りました。</p> |      |       |
| <b>(3)質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |  |      |       |
|                        |     | 利用者満足度の向上の取組み         | 36 | 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          | 37 | 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スタッフ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          | 38 | 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>36)37)38) 利用者満足度調査や定期的な第三者評価の受診、それに伴う自己評価、月1回の介護相談員の受け入れ等によって、利用者・家族・職員・第三者等の意見や提案を事業所運営に積極的に活かしています。連絡調整会議等で質の向上を目指して検討されているが、具体的な改善策や取り組みに至っていないように思われます。</p>   |      |       |