

アドバイス・レポート

平成28年8月26日

平成28年3月31日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 特別養護老人ホーム第2松寿苑につきましては、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。

| | |
|-------------------------|--|
| <p>記特に良かった点とその理由(※)</p> | <p>(通番9 継続的な研修・OJTの実施) 各事業所管理者で構成されるスタッフ育成チームを設置し、体系的に研修計画が策定されていました。新人研修や4年目以降の研修など階層別研修に加え、テーマ別研修、個別課題プログラム、自主勉強会などがきめ細かく実施されていました。また、DO-CAP、OFF-JTなど人事トータルシステムが整備されていました。</p> <p>(通番17～20 個別状況に応じた計画策定) 個別援助計画作成とその評価に至るまでの流れをしっかりと整備し、きめ細やかに実施されています。アセスメントでは、利用者の状態に応じ、看護師や管理栄養士、診療所の医師と連携を取り、入所後3ヶ月目の担当者会議にはご家族の参加を必ず促し、施設での生活がより良いものとなるよう情報収集を丁寧に行われています。さらに、個別援助計画の重点目標を介護職が理解したうえで、わかりやすい様式を用いて記録を行うなど、計画と日々の記録が連動されていました。このようにケアプランのPDCAサイクルをきちんと整備し、実行していることで多職種連携を図り、チームでご利用者のケアにあたっていることは高く評価できます。</p> <p>(通番34 意見・要望・苦情の受付) 利用者やその家族から、積極的に意見・要望・苦情を収集しようとする姿勢が確認できました。「サービスの質に関するアンケート」は、サービスの質検討委員会が中心となって、年一回利用者とその家族に向けて行われます。その際利用者自身が自らアンケートに記入することが難しい場合には、職員が聞き取りをして記入しますが、公正を期するために同法人内他事業所職員が行います。また、家族会を主とする懇談会は、利用者も参加されることから意見・要望の収集の機会として活用されています。利用者の重度化が進む中で、何とかして一人でも多くの利用者の声を聴きとるべく工夫を凝らし取り組んでおられる姿勢は、真にサービスの質の向上を目指すものとして評価できます。</p> |
|-------------------------|--|

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(通番 6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 職務分掌規程を整備して、施設長をはじめ役職者の職務権限等が明文化され周知されていきました。しかし、年2回の面談等を通じて職員の意見は把握しているが、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みは確認できませんでした。</p> <p>(通番 32 プライバシー等の保護) プライバシー保護について明文化し、HPや施設内各所に掲示して周知徹底を図ると共に、現場では廊下に面した脱衣場に戸とカーテンを併用したり、個別の相談援助の個室を用意する等配慮されていきました。一方でプライバシー等の保護に特化した勉強会や研修は実施されていませんでした。プライバシーの保護は個人情報保護規定と重なる部分もありますが、それだけではまかなうことができないところもあります。実際の現場で常に問題意識を持ち続け、気づき、考え、見極めるためにきめ細かく研修や勉強会を設けることが大切です。プライバシー保護の観点からの内容に特化した研修や勉強会を是非実施されるようお勧めします。</p> <p>(通番39 評価の実施と課題の明確化) 事業所が提供しているサービスそのものに対する定期的な自己評価（自主点検を除く）の実施について確認できませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>社会福祉法人松寿苑は、昭和42年4月に綾部市より経営移譲された後、「人類愛善」～ひとりひとりを大切に～という開設以来続く理念の下、「“いま”困っている人に、“いま”何ができるのか」を考え、綾部市の住民ニーズに応える形で幅広いサービスの提供を行い、綾部市において高齢者福祉の推進役として役割を担ってこられました。また、きょうと福祉人材認証、は一とふる企業認証、ワークライフバランス認証企業、きょうと健康づくり実践企業等を取得し、職員が働きやすい職場づくりを目指しておられます。</p> <p>特別養護老人ホーム第2松寿苑は、平成2年に開設され、利用者の状況に応じて、きめ細かいサービスを提供するために平成17年より40室の個室・ユニット棟を増築して、現在は入所定員70名、短期入所20名の全室個室の施設となっています。</p> <p>理念にある「一人ひとりの利用者を大切にすること」とあわせて、「家族と共に考える」ことを日常的に意識して取り組んでおられました。「家族の面会時には必ず声かけする」「利用者に変化のあったとき等必要のある場合は、家族に電話連絡して状況を伝達する」「必要のある場合は、面談の要請を行って連絡を密にする」など、あらゆる機会や手段を活用して家族からの情報収集が行われていました。また、広報紙「あやべ松寿苑」を家族会の会報と合わせて発送したり、苑のイベントや行事を利用して、家族と積極的に接していこうとする姿勢がありました。こうした取り組みは利用者、家族の信頼感につながると考えられます。</p> |

個別援助計画の策定については、アセスメントの際、利用者・家族の参加を位置づけるとともに多職種の意見を大切にして、参加できない場合は文書でもらうなど仕組みが構築されていました。また、個別援助計画の重点項目を生活記録表に書き出し、それに沿って日々の記録をするようになっており、ひとりひとりに対して専門性の高い支援が行われていることが伺えました。

地域との交流については、施設内にある多目的ホールで様々なイベントを開催したり、併設されているパン厨房で作られたパンの販売、敷地内に居酒屋を開店して日常的に地域の方々との交流を行っていました。地域に外出する際には職員や家族会によるプチサポーターが同行して、地域の盆踊りや産業まつりに参加されていました。また、綾部市の市街地に開設した「ふくしのえき広小路（介護予防拠点）」を活用した、介護相談や料理教室など綾部市における高齢者福祉の拠点としての役割も果たされていました。

訪問調査においては、評価項目についてあえてBにされている項目もあり、質の向上に向けた姿勢をうかがうことができました。

今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。

上記「特に改善が望まれる点とその理由」以外として具体的なアドバイスは下記のとおりです。

- ・組織体制について現場のフロア会議での職員の意見の反映及び意識の共有がどのような形で法人の調整会議とつながるのかについて課題があるように思われます。委員会含め仕組みの見直しをされてはいかがでしょうか。
- ・前年度の課題をふまえた事業計画が策定されていました。年度末の振り返りは行われていましたが、年度途中の見直しができませんでした。年度途中の進捗状況確認をされてはいかがでしょうか。
- ・サービス提供にかかる記録は工夫がなされしっかりと行われていました。しかし、記録と情報の保護にかかる研修の確認ができませんでした。マイナンバーも加え記録の管理に関する研修をされてはいかがでしょうか

※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 | 2671800031 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム 第2松寿苑 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 介護老人福祉 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 短期入所生活介護事業 介護予防短期入所生活介護事業 |
| 訪問調査実施日 | 平成28年7月1日 |
| 評価機関名 | きょうと福祉ネットワーク一期一会 |

| 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。 | B | B |
| | (評価機関コメント) | | | 1)法人理念「人類愛善 ひとりひとりを大切に」及び運営方針を定め、全職員が参加する年度初めの職員会議や、家族会で周知している。ホームページに記載され、施設内にも掲示されていた。また、運営方針を踏まえ、事業所においてスローガンを掲げ実践につなげていた。 2)職務規程や職務分掌規程、組織図が整備されていた。係長以上で構成される調整会議、各種委員会、各部署フロア会議があったが、調整会議と各部署フロア会議のつながりに課題があった。 | | |
| (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 | B |
| | (評価機関コメント) | | | 3)法人において、4つの視点(人財の視点、業務プロセスの視点、ご利用者の視点、財務の視点)のもと、法人の中長期計画が策定され、それをもとに委員会や各フロアの職員から意見を集約して事業所の事業計画が策定されていた。 4)前年度の課題をふまえた事業計画になっており、フロアごとでサービス状況の点検は行っているが年度途中の見直しができなかった。 | | |
| (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、事業運営をリードしている。 | B | 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) | | | 5)管理者は法令順守等の研修に参加し、職員に対し伝達研修等を実施している。毎朝、総合施設長より各事業所に対して必要な情報がメールで発信されている。法令等についてはリスト化され、パソコンを通じていつでも閲覧できるようになっている。 6)職務分掌規程を整備して、施設長をはじめ役職者の職務権限等が明文化され周知されていた。年2回の面談等を通じて職員の見解は把握しているが、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みがなかった。 7)日々の状況については日誌や報告書などにより把握している。施設長は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあり、必要に応じて適切な指示を出せるようになっている。 | | |

| 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 | | | | | | |
| | | 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) | 8)法人に人事委員会を設置し、人材確保に努めている。行動規範が明文化されている。また、入職後に介護福祉士等資格取得を推奨しており、費用の負担や手当など支援体制を整えていた。非常勤から正規職員への登用の道もある。 9)各事業所管理者で構成されるスタッフ育成チームを設置し、プログラムの検討を重ね、体系的に研修計画が策定されていた。階層別研修と合わせ、テーマ別研修、自主勉強会や人事トータルシステムなどきめ細かいプログラムが実施されていた。 10)法人として実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れ窓口を設置していた。実習指導者に対する研修も実施されていた。 | | | |
| (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 | A |
| | | (評価機関コメント) | 11)有給取得や時間外労働のデータ把握は法人で行われている。育児休業・介護休業法に基づく規程が整備され適切に対応されていた。職員の負担軽減については介護機器活用委員会で検討されていた。 12)産業医を配置して、職員の希望に応じて専門家によるカウンセリング等が行える体制を整えていた。また、ソウエルクラブ(福利厚生センター)への加入、クラブ活動、海の家の設置や親睦会を組織して、職員のストレス解消への取り組みがされていた。 | | | |
| (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) | 13)月刊「あやべ松寿苑」を毎月発行して、各自治会に回覧しており、施設内での取り組みを分かりやすく伝えていた。敷地内に居酒屋を開店して地域の方々との交流を行っている。家族会等によるプチサポーター(ボランティア)が同行して地域の盆踊りや産業まつりに参加している。 14)綾部市の市街地に開設した「ふくしのえき広小路(介護予防拠点)」を活用した、介護相談や料理教室、健康体操の取り組みや、施設での介護技術指導など、施設機能を充分に活かした取組がされていた。 | | | |

| 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 | 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、ホームページ、フェイスブックを通じて施設の紹介や説明されていた。特にパンフレットは、文字の大きさや写真を多く使用するなど、利用者が理解しやすいように工夫されていた。また、見学等の要望に適宜対応を行っている。 | | | |
| (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)入所時に重要事項説明書の内容を説明し、利用者、家族の同意を得ている。また、看取りに関する説明も行っている。認知症等により判断能力に支障のある利用者については、必要に応じて、成年後見人制度等の活用を推進している。成年後見人選任手続き中のご利用者がある。 | | | |

(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 | 定期的又は必要に応じて、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シートを用いて実施されていた、看護師や管理栄養士などから書面等で意見集約し、反映をしていた。 18) 個別援助計画は、アセスメントに基づき策定されていた。策定にあたっては、必ず家族の参加または意見の聞き取りを行い、利用者及びその家族の意向が尊重されていた。 19) 個別援助計画は、在宅から入所された場合は主治医(かかりつけ医)、施設入所者の場合は法人内診療所医師の意見書を資料されていた。また必要に応じて理学療法士や管理栄養士から意見を聴取するなど、多職種が協働して策定していた。 20) モニタリングは3か月毎及び必要に応じて行われている。現場スタッフが個別支援計画に基づいて利用者の様子を記録できる様式を活用するなど工夫が見られた。 | | |

(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) 診療所との連携が密に行われていた。ショートステイに関しては、他の在宅サービスの利用時の様子を照会するなどして、利用者の様子を把握するようにしていた。認知症介護実践指導者のネットワークを作り、有機的な連携を図っている。利用者が退所する際には、在宅介護支援センターと連携体制の整備ができていた。 | | |

(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 | B |
| 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) 援助マニュアルや緊急時対応マニュアルなど、業務マニュアルが整備されており、その見直し基準も定まっていた。マニュアル検討委員会を定期的に開催し、マニュアルの見直しやマニュアルの浸透度調査を実施している。また、利用者アンケートや各委員会から出た意見をマニュアル検討委員会でマニュアルに反映させるか検討をする仕組みが構築されている。 23) 個別援助計画の重点項目を生活記録表に書き出し、それに沿った記録をするようになっており、工夫がなされていた。しかし、記録の管理等についての研修の確認ができなかった。 24) 入所者の記録やケアプランについては、職員が出勤時に確認するようにしている。また、申し送りについては、ユニット連絡ファイルにより、重要な部分を赤字にして伝えるようになっていた。 25) サービス担当者会議や家族会の開催時に情報交換を行っている。また、面会時には必ず、職員より声掛けをして利用者の状況を報告するようにしている。また、年4回発行される家族会会報に担当職員からのメッセージを同封するようにしている。 | | |

(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) 感染症対策委員会を設置し、感染症に関する研修を年3回開催している。感染症である利用者がある場合は、個室で対応している。 27) 物品等整理整頓され、オゾン脱臭等により臭気対策を行っていた。清掃は各居室は職員、共用部分は環境整備担当者が実施、日報に記録されている。 | | |

| | | | | |
|------------|---|---|---|---|
| (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 |
| 災害発生の対応 | 30 | 災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。 | B | A |
| (評価機関コメント) | <p>28)きめ細かく事故、緊急時を設定し、個々についてその対応をフローチャート式に見やすく記載した対応マニュアルを作成し、各ユニットに設置している。AED取扱いを含め救急救命講習を受講するほか、毎年ノロウイルス、インフルエンザ等の感染症に関する研修を流行時期に合わせて行っている。</p> <p>29)事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成し、介護事故防止委員会で検討、分析を行っている。さらに原因を特定し解決策を考え、再発防止に努めていることが議事録で確認できた。</p> <p>30)地域との連携を盛り込んだ災害時マニュアル、土砂災害防災マニュアルを設置し、定期的に避難訓練を実施している。特に火災については、避難誘導の際の具体的な協力体制を消防署と協議の上確認している。2年に一度の綾部市防災訓練に参加、福祉避難所開設訓練を行っている。</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 | B | | |
| 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)利用者の人権尊重を理念、運営方針、行動規範に置いて明文化すると共に、勉強会、研修を実施して周知徹底を図っている。身体拘束ゼロ推進委員会を設け、身体拘束ゼロスキルアップ講座等勉強会、研修を行って、何が身体拘束にあたるのか常に問題意識を持って検討する仕組みがある。</p> <p>32)プライバシー等の保護について明文化したものをHPに掲載すると共に施設内にも掲示し、周知徹底を図っている。共用廊下に面した浴室脱衣場入口は戸とカーテンが併用され、相談援助には完全個室となる部屋を設置する等配慮がなされている。苑内研修でプライバシー保護について触れることはあるが、特化した勉強会や研修は行われていない。</p> <p>33)嘱託医、運動機能訓練士、歯科衛生士等の外部専門職を含む入所検討委員会において入所判定を公平公正に行っている。実際に断った例はない。</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。 | 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)サービスの質検討委員会が中心となり利用者、家族にサービスの質に関するアンケートを年一回実施するほか、家族会を主とした懇談会を実施して意見・要望・苦情の収集を図っている。ご意見箱を設置している。</p> <p>35)あがってきた苦情は苦情対応マニュアルに沿って対応、苦情解決委員会に報告し、改善状況について結果を広報誌「あやべ松寿苑」に掲載するほか、家族会総会や懇談会で報告している。</p> <p>36)第三者委員として民生委員等三名設置し、他の苦情相談窓口と共に施設内にポスター掲示、重要事項説明書にも公的相談窓口と共に記載、契約時に説明している。綾部市介護相談員を受け入れている。</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スタッフが積極的に参加している。 | A | B | | |
| 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)年1回実施するサービスの質に関するアンケートを、サービスの質検討委員会で集計、分析、検討し、報告書を提出している。前年度と翌年度の結果を常に比較検討し、改善状況の確認を行っている。更に結果を部門ごとにフィードバックしている。</p> <p>38)サービスの質検討委員会を月一回開催し、検討結果を施設内研修、委員会報告によって順次伝達し、最終的に全職員が情報を共有する仕組みがある。他の事業所の評価や取り組みについて、情報収集、比較検討は十分でない認識している。</p> <p>39)事業所が提供しているサービスそのものに対する定期的な自己評価の実施について確認できなかった。</p> | | | | | |