

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 31 年 3 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

平成 31 年 1 月 29 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【ハナマダン東九条】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><b>1. 地域との交流を図り、事業所が有する機能を還元しています</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 毎月エルファ市を開催したり、オレンジカフェ、手話カフェ、フリーマーケット、相談会等様々なイベントを開催しています。また、近隣のホールを借りて、毎年エルファ祭りを盛大に行い、地域との交流を図っています。</li> <li>○ 近隣の医療機関、特別養護老人ホーム等との連携が取れています。自治会や民生委員、消防団等との協力体制も整っており、年 2 回合同で防災訓練を行っています。</li> <li>○ 実習生の受け入れを積極的に行っています。福祉系の実習だけではなく、中学生のチャレンジ体験やまちづくりを勉強している大学生、看護学生、韓国や朝鮮学校の学生等、幅広く実習を受け入れています。</li> </ul> <p><b>2. 職員間でしっかりと情報共有が図れ、利用者の意向に沿ったサービスの提供を行っています</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 所定のアセスメント様式を活用し、利用者の心身状況や生活状況を記録し、必要に応じて主治医や専門家とも連携しながらアセスメントを行っています。</li> <li>○ サービス担当者会議時やデイサービス利用時に話を聞く等、利用者の希望を踏まえた上で個別援助計画を策定しています。非常勤職員も含む全員が参加する通所会議で職員からの意見も聞くと共に、情報の共有を行っています。</li> <li>○ 毎日朝と夕方にミーティングを行い、利用者の小さな変化や訴えについても職員間で情報共有を図っています。</li> </ul> <p><b>3. 職員の労働環境に配慮されています</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 職員が、休憩時間にゆったりとくつろげるように休憩室を完備していま</li> </ul>
-----------------------------	--

	<p>す。また、大型のマッサージチェアを設置し、職員の疲労が蓄積しないよう配慮しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 先輩や上司は相談しやすく、休暇の希望もとりやすい雰囲気です。決められた時間に退社するよう促し、ライフワークバランスを大切にしています。また、育児休業等適切に取得することができています。</li> <li>○ 毎年様々なレクリエーションを企画して職員の交流を図ると共に、法人負担で忘年会を開催し親睦を深めるほか、悩みやストレスを解消するための仕組みもあります。</li> </ul>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1. 情報の発信に一層の工夫が必要です</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 事業所情報はホームページでも提供していますが、長らく更新が来ていません。</li> <li>○ 重要事項説明書に料金等についての記載はありますが、十分理解が得られていない利用者もいるようです。</li> </ul> <p><b>2. 中・長期計画の内容の具体化や業務マニュアルの見直しが望まれます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 中・長期計画や単年度の事業計画を定め、毎年発表会を行っていますが、中・長期計画については漠然としすぎていて理解にくいところがあるようです。</li> <li>○ 業務マニュアルは見直しの基準が定められておらず、いつ更新したのかわからないものがあります。</li> <li>○ 法令のリスト化として URL の一覧表作成に留まっています。それだけでは迅速に必要な情報を調べることが困難な状況です。</li> </ul> <p><b>3. フロア環境の改善が望まれます</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 浴室の出入り口はカーテンを二重にする等、プライバシーに配慮されていますが、静養スペースはカーテンやパーテーション等の仕切りがありません。ゆっくり休んで頂くためにも、仕切りの設置が望まれます。</li> <li>○ トイレは、使用中かどうか判断しにくいこともあるようです。利用者が見た時に、空いているかどうか一目で分かるような工夫が望まれます。</li> <li>○ 過去のケース記録等が利用者も日常使用するフロアに、段ボールに入れて積まれていました。</li> </ul>

具体的なアドバイス

### 1. 情報の発信について

○ ホームページでは最新の情報を分かりやすく提供することが望まれます。現在は長らく更新できていないようですが、担当者を定めると共に、ブログの更新日を固定する等、毎月、忘れずに更新する仕組みづくりをされてはいかがでしょうか。

○ 重要事項説明等は「分かりやすく説明を受けた」と感じていない人もいます。日本語表現が分かりにくい可能性もあることから、文字を大きくしたり、ハングル文字での重要事項説明書を作成する等の工夫をされてはいかがでしょうか。

### 2. 中・長期計画の内容の具体化や業務マニュアルの見直しについて

○ 中・長期計画内容については、漠然としすぎていて理解しにくいところがあるようです。数値目標を定めるとかにより、誰が見ても分かる計画を策定すると、達成状況を客観的に評価し、見直すことも可能になると考えます。

○ 見直しが出来ていない業務マニュアルがあります。制度の改定や現場の実情に応じて変化することもあるため、毎年の見直しをお願いします。一度に全てのマニュアルの見直しが難しい場合には、チームを構成して担当を振り分けたり、各種マニュアルの更新月をずらす等、負担が少なくなるようにされてはいかがでしょうか。

○ 法令のリスト化はされていますが、実際にそのリストを活用して必要な情報を調べることは困難な状況です。例えば、共有で使用するパソコンのデスクトップにリンクを貼っておき、知りたい事柄についてクリックするだけで、誰でも必要な情報を簡単かつ迅速に入手できるように設定されてはいかがでしょうか。

### 3. フロア環境の改善について

○ 静養のためのベッドはフロア内にあり、休んでいると他利用者全員に見えてしまう環境です。落ち着いて休んで頂くためにもカーテンを設置したり、パーテーションを設置する等、プライバシーへの配慮をご検討下さい。

○ トイレ使用中の札はありますが、2ヶ所のトイレの間にあり、どちらのトイレが使用中か分かりにくい状況です。札は各トイレのドア付近に変更する等、利用者が見やすい場所に設置されてはいかがでしょうか。

○ 過去のケース記録も重要な個人情報を含むものであるため、鍵付きの書庫等での保管が望まれます。スペースがない等やむを得ない場合は、目隠しをする等、利用者に分からないよう工夫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)

※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	2670500251
事業所名	ハナマダン東九条
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)	訪問介護
訪問調査実施日	平成31年2月13日
評価機関名	特定非営利活動法人 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
<b>I 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. 理念は常に確認ができるようフロアや事務所内に掲示し、意識を高めています。毎年事業計画発表会を開催し、法人理念に沿った目標や方針でサービス提供を行うことができているかを非常勤職員も含む全員で確認し、共有しています。 2. 法人の方針は年4回の理事会で討議し、毎月開催の事務局会議で具体化し、各部署の会議で実状に応じた実施方法の検討や結果の検証を行っています。管理者は法人事務局会議にも出席し、現場の意見が法人の意思決定にも反映される仕組みとなっています。また、職務権限規程で役割を明らかにすると共に、職務に応じた権限を委譲し、各職務の責任を明確に規定しています。		
<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. 事業計画は、非常勤職員も含む全員が出席する通所会議で課題を話し合って策定し、職員の意向が反映される仕組みとなっています。また、利用者のニーズを事前に聞き取り、その意見を尊重しています。今後は、中・長期計画も単年度計画同様にもう少し具体的な内容を盛り込むことに期待します。 4. 法人の目標を基に、事業所、部門別及び個人ごとの目標を設定し、5月に発表会、秋には中間振り返りを行い下半期の課題を検討する等、達成に向けて取り組んでいます。日常起こり得る課題については毎月の通所会議で検討し、課題の達成に取り組んでいます。		

(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組みを行っている。	A	B
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. 管理者が法令遵守に関する研修会に参加し、事務局と情報共有を行うと共に、通所会議で職員全員に伝達しています。しかし、把握すべき法令のリスト化については課題が多く、法令等をすぐに調べられる体制が整っているとは言えません。使いやすい法令リストを作成することで、調べ易い環境を整備することが望まれます。</p> <p>6. 職務規程が定められ、管理者は会議や日常業務の中で職員の意見を聞く機会を持ち、リーダーシップを発揮しています。また、法人事務局によるヒアリングを年2回実施し、管理者に対する意見も聞き取り、職員の意見が反映される仕組みとなっています。</p> <p>7. 管理者は常に携帯電話を所持し、事業の実施状況を随時確認できるようにしています。管理者不在時には、事務局や相談員が報告を受け、指示できる体制が整っています。緊急時には迅速に対応できるように連絡網を整備しています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 必要な人材や人員体制など人事管理に関する方針が定められています。常勤職員と非常勤職員の比率、有資格者の配置等は定期的に見直しを行い、有資格者や実務経験者の採用を優先しています。新たな資格取得を希望する職員には費用を無利子で貸与したり、試験前に特別休暇を支給する等、資格の取得を支援する仕組みがあります。</p> <p>9. 職責毎にキャリアパスが体系的に定められ、計画に基づき研修を実施しています。各事業所での研修だけではなく、年2回法人内研修を開催し、職員が互いに学び合う機会を設けています。また、外部研修の希望がある場合には勤務調整を行い、参加できるよう配慮しています。</p> <p>10. 実習生の受け入れに関するマニュアルに則って体制が整えられています。実習指導者研修に参加した職員が窓口となり、中学生のチャレンジ体験や大学生、看護学生、韓国や朝鮮学校生等、非常に多くの実習生を毎年受け入れています。</p>		

<b>(2) 労働環境の整備</b>				
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、スタッフが充分に休ませ、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)	11. 年次有給休暇消化率や時間外労働はデータ化して管理しています。各職員にも取得状況が分かるよう表にまとめたり、管理者が声掛けを行う等、取得促進の工夫をしています。育児休業や介護休業については適切に取得できています。また、電動アシスト自転車や新型のリフト車を導入したり、送迎時に使用する両具を支給する等、職員の負担軽減に配慮しています。 12. 事業所内にはゆったりくつろげる休憩室を整備し、大型のマッサージチェアを導入する等、心身に疲労が蓄積しないよう配慮しています。また、毎年全事業所の職員が参加しリフレッシュできるよう様々なイベントを企画しています。職員がストレスを溜めないように、意見を言いやすい環境を作ると共に、必要な職員には精神科医のカウンセリングを受けられる仕組みがあります。			

<b>(3) 地域との交流</b>				
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. 毎年数回エルファ通信やモア通信を発行し、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、地域住民等に配布して事業所の理念や事業内容を地域に開示しています。ホームページ等でも情報の公開を行っています。また、地域と連携して様々なイベントを開催したり、地域行事に参加する等、関わりを大切にしています。 14. 毎月エルファ市を開催している他、定期的におレンジカフェ、手話カフェ、フリーマーケット、相談会等様々なイベントを企画したり、手話講座を開く等、事業所の有する機能を地域に還元しています。年1回近隣のホールを借りて大きなイベント（エルファ祭り）を開催し、地域との交流を図ると共に、相談しやすい環境を作り、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めています。			

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

### Ⅲ 適切な介護サービスの実施

<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	B
(評価機関コメント)	15. 事業所の概要や取り組みは、年2回発行しているエルファ通信やホームページで情報提供しています。エルファ通信は2年前よりカラー版に変更する等見やすくする工夫をしています。しかし、ホームページの更新がしばらくされておらず、料金等利用者が知りたい情報が掲示されていません。また、パンフレットが日本語のみのため伝わりにくい可能性も考えられることから、情報の提供についてはより一層の工夫が望まれます。			

<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. サービス内容や料金等についてはパンフレットや重要事項説明書に記載し、契約時に説明しています。言語理解が困難な利用者に対しては、家族の同席をお願いしたり、外国人高齢者・障害者生活支援ネットワークに協力を依頼する等、より丁寧な説明を心掛けています。さらに、文字を大きくしたり、ハングル文字で記載された重要事項説明書を用意する等の工夫もご検討ください。身寄りのない利用者については、成年後見制度を活用したケースもあります。			

(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)		<p>17. アセスメントは、所定の様式により利用者の心身状況や生活状況を把握し記録すると共に、適宜見直しを実施しています。必要に応じて主治医や専門職と連携しながらアセスメントを行い、その内容についてもしっかりと記録を残しています。デイサービスでは、在宅生活の時間が長いことから、生活環境についてより細かなアセスメントを行うことで、サービスの質の向上に繋がると考えます。</p> <p>18. 可能な限りサービス担当者会議には出席し、利用者本人にも参加をお願いしています。その際に利用者本人及び家族の希望を聞き取り、毎月の通所会議で職員からも意見を聞き、利用者の希望を尊重した上で個別援助計画を策定しています。</p> <p>19. 個別援助計画はサービス担当者会議や退院前カンファレンス、報告書等で他職種から得られた情報を活用して策定しています。特に訪問看護とはよく連携していますが、今後は理学療法士等看護師以外の専門職とも積極的に意見交換されることに期待します。</p> <p>20. 個別援助計画は、3ヵ月毎に見直しを行い、その内容をケアマネジャーにも報告しています。計画通りサービス提供が行えているか毎月モニタリングを実施しています。状態の変化があった際には随時計画の見直しを行い、その際には専門家等への意見照会を行っています。</p>		

(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. 関係機関や団体のリストが作成されており、各主治医とは意見照会や情報交換ができています。近隣の病院や特別養護老人ホームとの連携は良好で、カンファレンス等にも参加しています。南区事業所連絡調整会議にも必ず出席する等、他事業所との連携が取れています。		

### (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。	B	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	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、利用者の家族等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、手順書を作成し、作業の標準化を図っています。接遇マニュアルや送迎マニュアルは特に実用的な内容となっています。しかし、見直しの基準が定められておらず、いつ更新したか不明なものもあります。また、マニュアル通りに実行できていることを確認する仕組みもないため、業務マニュアルの見直し基準を定める必要があります。 23. 定められた規定に則って利用者毎に記録が保存され、サービスの提供状況や様子について確認しやすく記載されています。文書管理規程が策定されていますが、表現が分かりにくかったり、しばらく更新されていない等の課題があります。 記録の管理や情報の保護についての研修は毎年行っていますが、過去の書類の保管方法については再度検討する必要性があると考えます。 24. サービス計画の内容については検討会議を開催した後、全職員が参加する通所会議にて意見交換、情報共有を行っています。毎日朝と夕の2回ミーティングを行い、小さなことでも利用者に変化があった場合には、職員間で確実に情報共有できるように努めています。 25. デイサービスの送迎は職員が行い、送迎時に家族と情報交換を行っています。送迎時に家族が不在の場合は、連絡帳を活用して日常の様子や事業所の現状を家族に伝える等情報交換を行っています。また、必要に応じて電話連絡を行い、確実に情報を伝えると共に、情報交換を行うようにしています。		

### (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、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	A
(評価機関コメント)		26. 感染症に関するマニュアル及び手順書が整備され、毎年研修を行うと共にマニュアルの見直しも行っています。二次感染を防ぐために利用者には毎日食事前に手洗いをお願いしたり、感染症予防についての話をするなど、啓蒙に努めています。感染症や食中毒の研修は流行の時期直前に研修を行うと効果的なため、研修時期を再度検討ください。 27. 事業所は毎日職員が清掃し、清潔保持に努めるとともに整理整頓ができています。臭気はなく、設備や備品は衛生的に保たれています。フロアと事務スペース、ストックルーム等の境が曖昧なため、カーテンやパーテーション、簡易的なドア等で仕切るとさらに良くなると考えます。		

### (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)		28. 事故や緊急時の対応マニュアルを整備し、事務所には指揮命令系統や連絡網が整備されています。毎年の防災訓練実施時には近隣にも声掛けを行い、消防署指導の下、確実に実施しています。 29. 事故報告書やヒヤリハットはファイルにて保管しています。報告書を見ながら検討会議を行い、職員全員で情報共有を図ると共に再発防止に努めています。事故発生時には、管理者、経営責任者への報告と共に、家族、関係各所への報告を迅速に行うことが出来る仕組みがあります。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、誰でも見られる場所に保管すると共に、災害発生時における責任者及び指揮命令系統を明らかにしています。自治会や民生委員、消防団との協力連携体制は良好で、年2回の防災訓練は本番を想定して合同で実施しています。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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. 全職員に倫理規定や利用者保護について記載されたハンドブックを配布すると共に、毎年利用者の人権や意思の尊重、身体拘束禁止、高齢者虐待防止等について研修を行っています。</p> <p>32. プライバシー保護については毎年研修を行い、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を心掛けています。入浴時には同性介助を基本とし、処置がある利用者にはタオルをかける等配慮しています。利用者の排泄に関わる話は職員間であってもフロアではしないようにしています。浴室のカーテンは二重にする等配慮されていますが、静養スペースにもカーテンやパーテーションの設置が望まれます。</p> <p>33. サービス利用者の決定は公平・公正に行い、重度等の理由で断ることがないようにしています。医療行為が必要な場合も、利用者に不利益にならないよう最大限調整を行い、受け入れるように努めています。どうしても利用者の希望に添えない場合にはその理由を丁寧に説明し、必要があれば他事業所を適切に紹介しています。</p>			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	意見・要望・苦情の受付	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	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. 個別援助計画作成検討会議の前には利用者の希望を聞き取り、可能な限り意向に沿えるようにしています。利用者と管理者や相談員とは、常に相談しやすい関係性が構築できています。さらにカフェを活用して、利用者懇親会を定期的開催されてはいかがでしょうか。</p> <p>35. デイサービス玄関には意見箱を設置し、利用者の意向を随時受け付ける体制ができています。記録はしっかりと保管すると共に、通所会議で報告し職員間で情報共有を図っています。しかし、利用者からの意向に対する改善状況については公開できていません。今後は個人情報保護に配慮しながら公開されることが望まれます。</p> <p>36. 利用者からの公的機関を通じての苦情に対しては、迅速に対応する仕組みが出来ています。重要事項説明書に公的な苦情受付機関や第三者の相談窓口を記載すると共に、フロア内には大きく苦情相談窓口の電話番号を掲示しています。また、外部人材を受け入れ、利用者の相談機会の確保を行っています。</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	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。	A	A	

		(評価機関コメント)	<p>37. 毎年利用者満足度調査を実施し、サービスの質の向上に努めています。結果はグラフで見やすく整理して職員間で情報共有すると共に、エルファ通信を使って利用者には結果を公表しています。また、サービス向上委員を設置し、対策を検討すると共に、調査前後でどのようにサービスが改善されたかを確認しています。</p> <p>38. 毎月の事務局会議、全員が参加する通所会議でサービスの質の向上について検討しています。また、他事業所とは各々独自の発行誌を交換し、自事業所の取り組みとの比較検討を行っています。</p> <p>39. 介護事業部が中心となって事業所毎の自己評価を行っています。また、3年に1回第三者評価を受診し、課題を明らかにしています。明らかになった課題については分析・検討を行ない、次年度の事業計画に反映させています。</p>
--	--	------------	--