

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 7 月 5 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 29 年 2 月 3 日付けで 1 第三者評価の実施をお申込みいただいた **ケアプランセンターさが灯路** 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>京都市内の嵯峨野学区、旧市街の住宅地にあるこの事業所は、2 人の主任ケアマネジャーの「地域に根差した支援を」の熱意のもとで立ち上げ、「路を照らす灯りでありたい」と、「さが灯路」と命名し、開設後 5 年になろうとしています。地域に根差し、地域の福祉ネットワークの一拠点として機能し「頼れるケアマネジャーのいる事業所！」との評価のもとに地域に浸透していています。</p> <p>○音楽療法による地域貢献</p> <p>「介護保険の枠を超えて、地域に貢献していきたい」との強い思いから、主任ケアマネジャーが持っている音楽療法士の資格を活かし、ボランティアとして、地域のディサービスや老人会の集まりなどに出向き、歌と体操で身体や心をほぐすレクリエーションや勉強会を行っています。住民や利用者が楽しそうに参加されている様子が広報紙の写真から読み取れました。音楽療法は高齢者に大好評で、地域から期待されています。</p> <p>○専門性の高い介護支援専門員の配置</p> <p>4 名の介護支援専門員中 3 名が主任介護支援専門員であり、難しい事例にも対応する能力を備えています。場合により包括支援センターをはじめ他の医療や公的機関とも連携し、高い専門性と細やかな配慮で行き届いた支援が提供されています。依頼のあったケースは全て受け、利用者からも信頼を得ています。</p> <p>○組織体制</p> <p>管理者と会社の代表者が参加する「経営会議」、職員全員が参加する「毎朝のミーティング」や「毎週のカンファレンス」「毎月のカンファレンス」などの各種会議を通して意思決定方法が明確であり、職員の意見が反映されています。職員からも、「提案したことは『先ずしてみたら』と実行させて貰える」との声を聞きました。管理者は利用者の担当職員を決め、責任を明確にした運営で、職員のやる気を育てています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○ 中・長期計画の策定</p> <p>会社代表や管理者の中には、中・長期を見通してのたくさんの思いがありますが、紙面での計画には至っていません。将来のビジョンを明確にし、職員に書面で示され、運営に臨まれることで、仕事への見通しが得られて、さらに職員の意欲が向上するのではないのでしょうか。</p> <p>○ パンフレットやホームページの充実</p> <p>開設時に作ったパンフレットや広報紙を地域や希望者に配布しているが情報量は多くなく、広報紙も不定期発行で、アピール性が乏しいものとなっています。内容を見直し、さらに紙面を充実されては如何でしょうか。ホームページも検討中との事、前向きな対応が期待されます。</p> <p>○ 利用満足度の把握</p> <p>最低月一度利用者宅を訪問して面談の上満足度やケアプランの達成度を確認し、聞き取った結果はモニタリング票に記入し内容により職員会議で情報を共有し、満足度や質を高める方法等を日頃から検討されています。しかし利用者全体を対象とした事業所アンケートは実施されていませんでした。利用者満足度を知ることで、一人ひとりの利用者の思いに添い、事業所の傾向や反省点を見出す契機となります。その為にも、利用者アンケートを実施し今後の事業運営に役立てられることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「さが灯路」の音楽療法は出向いた先々で喜ばれ、その好感度が窺えます。このようなユニークな取り組みを継続される一方で以下の点に配慮し今後一層の発展を期待します。</p> <p>○ 年度計画は「年度目標実行計画書」に掲げられ、実施状況を月ごとに振り返っています。しかし中・長期の達成目標の策定がなされていません。組織運営もケアプラン同様、望む姿の将来像を描き、目標に向かって実践し、折々に振り返るといふ繰り返しの中で向上を実感できるのではないのでしょうか？ぜひ中・長期計画の策定をご検討願います。</p> <p>○ 不定期発刊の広報紙は、今後紙面の充実を図りたいとのご意向です。利用者に親しまれる紙面づくりに期待します。またホームページ作成も検討されていますが、ぜひ実現され、より多くの方々に情報を発信されるよう望みます。</p> <p>○ 利用者アンケートは利用者等の満足度を測る有効な方法の一つと考えられます。日頃面と向かって言えない利用者や家族の思いをしっかりと汲み取り、今後の支援に活かして行かれるようお勧めします。また結果を開示し、利用者や家族の反応を見ながら共により良い事業所を作りあげて行かれることを期待します。</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)

※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	2670701222
事業所名	ケアプランセンターさが灯路
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	なし
訪問調査実施日	2017年5月30日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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	B	
	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・運営方針は、開設時に策定し、地域への貢献や利用者寄り添った介護を目指している。玄関に掲げ、職員は毎朝ミーティングで読み合わせ、机上で常時目に触れるようにしている。利用者や家族には重要事項説明書で運営方針について説明しているが、理念は提示できていないので、今後利用者・家族にも理念を示し説明される事を期待する。 2. 毎朝のミーティングや毎週のカンファレンス。毎月のカンファレンスが職員の会議で、管理者と会社の代表者は経営会議で協議したことを各々の会議で検討するなど意思決定方法が明確にされ、職員の意見が反映されている。管理者は利用者を担当する職員を決め、それぞれに責任を委譲し各責任を明確にしている。			
(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. 単年度計画は「年度目標実行計画書」をもとに事業部長と事業部の品質目標「地域に貢献する」「週1回の会議開催」等を定め、さらに1ヶ月毎に全員で振り返り、サービス向上に取り組んでいる。また「アクションプラン」として経営面の目標を掲げ月ごとに振り返っている。中長期を見通しての思いはたくさん聞かせて貰うが、計画としては作成されていなかった。 4. 本業のケアマネジメント業務は「ケアプラン管理表」や「プロセス活動監視表」により課題の達成状況を把握し週1度の会議で、サービスの質の向上を図っている。その他各職員に教育・人事、音楽療法・地域交流、環境整備、車両管理・物品管理などの役割が付与され、定期的に達成状況の確認、報告をしている			

(3) 管理者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	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. 管理者は京都市の集団指導に参加したり、インターネットで最新の情報を入手し伝達研修で各職員への周知を図っている。また、各種法令に関しては顧問の行政書士のアドバイスを受けるとともに資料を纏めていつでも職員が閲覧できたり、各自1台パソコンがあるのですぐ調べられる環境を用意している。</p> <p>6. 管理者の職務は重要事項説明書や運営規程に明記し表明している。運営方針については管理者と会社責任者の2人が経営会議で話し合い、毎朝のミーティング、週1度のカンファレンス、毎月のカンファレンス、年1度の全体会議で職員意見を集約し、再度経営会議にかけ運営方針に反映させている。管理者や経営責任者が職員から信頼を得ているかは常に個別面接をおこなっているが、自らの行動を振り返る方法は持っていない。</p> <p>7. 管理者は常に、他の職員と同じ場所で業務をおこない、実施状況を確認している。職員は全員携帯電話を所持し、連絡がつく体制がとれている。朝のミーティングでその日の職員の予定を把握し、業務日誌でも随時状況を把握している。職員の連絡を受けいつでも指示できる体制にあり、対応マニュアルに沿って緊急連絡網を活用している。</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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>8. 人材体制の基本的な考え方はハローワークの求人票で介護支援専門員資格必須、経験者、定年なし、常勤などと示している。介護支援専門員としての更新研修や主任の資格取得については勤務として経済的な支援もしている。有資格者のうち3名が主任介護支援専門員資格を有し経験豊富な職員集団である。</p> <p>9. 職員の研修は運営規程に研修体系を記載し各々職員の力量や希望に合わせて体系的な年間研修計画を立案し実施している。外部研修の案内は職員誰でもが閲覧でき、希望者には勤務調整や参加費の支援をしている。受講後は伝達研修をおこない互いに高め合っている。週1回のカンファレンスで事例検討をして気づきや学びの場になっている。</p> <p>10. 実習生を受け入れるに当たり、京都府社会福祉協議会主催の「介護支援専門員実務研修の全体像及び実習について」を担当者が受講している。介護支援専門員試験に合格した実習生を受け入れ、研修カリキュラムを作成しているが、実習生受け入れに関するマニュアルが作成されていないので、整備が望まれる。</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、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. 会社責任者は顧問の社会保険労務士と共に、職員の労働環境を担当している。有給休暇取得は職員の希望を優先し、残業もなく働き易いと職員はヒアリングで答えている。育児休業や介護休業は該当者が無く、今後は就業規則を作成していく予定である。職員の負担軽減のためにパソコンのタイプを変えたり、移動式のパーテーションを用意する等、環境の整備をしている。</p> <p>12. 管理者が定期的に職員と面談をおこない職員の意向を尊重している。休憩室は相談室を兼ねているが、電子レンジやポットを用意し相談室が空いている時には職員の寛ぎの場としている。福利厚生は、地域のケアマネジャー懇親会への参加、職員の慶弔費など会社が負担する。ハラスメントに関する規定は無かった。今後は就業規則を作成し載せていく予定である。</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	B
		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. 事業所理念は事業所内に掲示し、広報紙やパンフレットを地域に配布しているが、理念や運営方針は掲載されていなかった。音楽療法士（管理者）によるボランティア活動を通して地域のデイサービスや老人会と定期的にかかわり事業所の紹介もしている。情報の公表制度はパソコン上に公表し開示している。今後は、ファイル化し周知させる取り組みが望まれる。</p> <p>14. 地域包括センター主催の地域ケア会議での事例発表会、認知症の研修や寸劇などでナレーター、配役を引き受けるなどして地域活動に積極的に参加している。年6回ずつ嵯峨、嵐山地域両方の地域ケア会議に参加して地域のネットワークとの協力体制を築いている。</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
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	B	
	(評価機関コメント)		15. 開設時に作ったパンフレットや広報紙を地域や希望者に配布しているが情報量は多くなく、広報誌も不定期発行である。今後、ホームページやパンフレットの更なる充実を予定しているため、様々な手段により広く事業所の周知を図る事が望まれる。来訪による相談や問い合わせは事業所内に理念や重要事項説明書を掲示し、公共の配布物「すこやか進行中」「エリアマップ」も使い説明している。事業所の見学などは希望に応じて同行をしている。			
(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. サービス開始にあたり料金や保険外のサービス料金が明記されている重要事項説明書で説明し利用者の同意を得ている。必要に応じて成年後見制度等の提案・説明を導入をしている。活用をしている人は現在1人で、契約内容を説明し署名捺印を貰っている。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	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)		17. 利用者個々の心身の状況や生活状況を把握しアセスメント表を作成して、ケアプランを導く根拠としている。ケアプランの新規作成、更新、変更の都度アセスメント票を作成し、各事業所や主治医から貰う細かな情報をアセスメントに反映させている。 18. アセスメント票及び居宅サービス計画書(ケアプラン) 1表には訪問時に収集した本人や家族の意向を書き留め、2表には短期・長期目標が記載されている。またサービス担当者会議にて参加者全員の合意を得た上で本人や家族等から居宅サービス計画書への同意と署名捺印を貰っている。 19. サービス担当者会議にて医師やサービス事業所間の連携を図り結果を記録している。当日出席できない医師や事業所には前以て照会しコメントを貰いケアプランに反映している。 20. 「ケアプラン管理票」を作成して、ケアプランを新規、更新、区分変更、状態変化時に作成する事を明記し、基準に沿って再作成している。毎月訪問によるモニタリングをおこなって記録をしている。			
(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. 主治医とはカンファレンスへの参加や連絡票のやり取りを通じて連絡を取っている。利用者の退院前のカンファレンスや医師説明に参加し医療との連携を図り在宅復帰に向け調整をしている。又必要に応じて包括支援センターや民生委員、保健所などの一覧表を作成し、連携を図っている。利用者に異変や事故があった時に関係者が集まって対策を立てた例もある。			

(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。	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。	B	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)		<p>22. 業務に必要なマニュアルは整備され職員がいつでも閲覧できるようにしている。マニュアルは年度当初に確認し苦情やヒヤリハット事例などを反映して、見直し来歴記録として明記している。 社会保険労務士とも相談しながら必要なものを整えている。</p> <p>23. アセスメント票・ケアプラン・利用票・サービス担当者会議録・経過記録等必要な書類は整えられ、夜間は専用キャビネットに収納し施錠している。記録を持ち出す機会もあるが、持ち出し、廃棄に関する規定がないので作成が望まれる。職員には個人情報や記録管理に関して会議の度に注意喚起している。</p> <p>24. 業務日誌、連絡ノートの活用や各職員のパソコン内の記録内容を共有し、担当者が休みでも利用者に迷惑がかからないようにしている。毎朝のミーティングや週1度のカンファレンスにおいてもケース検討や利用者情報を共有している。必要であれば、同行訪問も行いケースの把握をしている。</p> <p>25. 利用者のうち約1/3は独居であり、日中独居の方を加えるともっと多くの家族と月1度の訪問の時に会えない現状であり、訪問時に会えない家族等には電話やFAX、連絡ノートで情報を伝えている。家族の希望によりラインなどで連絡をとり情報交換をしている。担当者会議や認定調査などの時は立ち合って貰うように依頼している。</p>		

(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	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>26. 感染症のマニュアルがあり、座学での伝達や研修を行っている。最新の情報を入手してマニュアルを見直し来歴記録に残している。しかし、実際に感染者に接した時の準備や経験が乏しく、マニュアルが即実践に役立つように、実情に合わせた実地訓練で、流行時の対応能力を高められることをお勧めする。</p> <p>27. 職員全員で土曜日に一斉清掃をする他、環境整備係の尽力もあり事業所内や水回りは整理整頓され臭気は無く衛生管理が徹底されている。</p>		

(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	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		28. 事故発生・緊急時対応マニュアルを作成し、定例会議で読み合わせをしている。事故の中には職員の業務中の交通事故なども想定されるので順次マニュアルの追加更新が望まれる。緊急連絡網を作成し指揮命令系統を明確にしている。 29. 事故発生・緊急時対応マニュアルを作成し、職員間で啓発している。起こった事故やヒヤリハットは記録に残し会議で十分検討し再発防止を図っている。 30. 町内会に入り配布されたハザードマップを事業所に貼りだし、訪問時に利用者の必要な情報を伝えるようにしている。特に独居利用者向けにリストを作り、避難場所の確認をするなど防災対策に力を入れている。地域ケア会議でも災害対策が取り上げられ、数年前水害のあった桂川の拡幅工事の見学などに出向く機会を持った。嵯峨野小学校で行われた防災訓練には地域住民と共に参加している。		

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
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	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. 高齢者の尊厳保持は会社を立ち上げた動機の根底をなすものであり、重要事項説明書の運営方針2にも明記している。常時カンファレンスで事例をもとに話し合っている。昨年5月に右京区サービス事業所連絡会で高齢者の尊厳の研修に参加し事業所に持ち帰り伝達研修をしている。虐待ケースは包括支援センターと協働で取り組んでいる。</p> <p>32. サービス担当者会議で本人や家族の前で「失禁」「認知症」「虐待」など本人がプライドを損なう言葉は使わない。利用者が家族や事業所に言えない事があればショートステイ先に出向き、本音を聞き出す工夫をしている。また、本人の前では言えない事は本人のいない時に話すようにしている。プライバシーの研修は法令順守と接遇と絡めて実施している。</p> <p>33. サービス利用希望者は公平に受け入れ医療上あるいは虐待などの問題があれば各機関と連携して解決にあたっている。今までに依頼者を断った例は無く困難なケースを受け入れられる体制をとっている。</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。	B	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 各事業所やヘルパーから情報を貰うようにし、月1度モニタリング訪問で利用者の意見要望などを吸い上げている。特にケアプランに関する要望はプラン作成の前に再度意向確認をしている。必要な時は家族から別室で直接意向を聞く時もある。意向は記録しミーティングやカンファレンスで検討している。</p> <p>35. 月1度の自宅訪問での情報収集が制度上義務付けられているものの月1度で終わることはあまりない。電話等では誤解が生じ易いので重要な事はできるだけ速やかに直接合って話すようにしている。利用者からの苦情は改善の契機として丁寧に対応している。苦情報告書を通じて事業所で話し合う機会を持ち事後に生かすよう取り組んでいるが、公開については媒体を何にするのか検討中である。</p> <p>36. 公的機関の連絡先は重要事項説明書に明記し、契約時に説明している。これ迄に公的機関を経由しての苦情は無いが直接寄せられた苦情には迅速・誠実に対応し解決を図っている。苦情相談窓口で苦情解決責任者の明記と第三者の相談窓口の設置が望まれる。</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てている。	C	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>37. ケアマネジャーの必須業務として最低月一度利用者宅を訪問して面談の上満足度やケアプランの達成度を確認している。聞き取った結果はモニタリング票に記入し必要に応じて職員会議で情報共有するようし、満足度や質を高める方法を日頃から検討している。利用者全体を対象としたアンケートは今年度実施する予定である。</p> <p>38. サービスの質の向上に関しては週1回のカンファレンスでサービスの質の向上について職員全員で話し合い情報共有している。定期的に対人援助技術やケアマネジメント技術の向上を図る取り組みがなされている。積極的に地域ケア会議や認知症サポーター講座に係わり、他事業所の取り組みなども参考にしながら研鑽している。</p> <p>39. この度初めての第三者評価受診にあたり、委員会を設置し第三者評価の準備に取り組んだ。今までに自主点検以外の自己評価は行っていない。今後、評価結果を活かした業務の改善を望まれている。</p>		