

アドバイス・レポート

2023年 8月 29日

令和 5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（事業所名）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>(通番9) 質の高い人材の確保 「専修学校香南学園」を高知県香南市に開校し、専門知識と介護技術の習得に向けて全面的なサポートに取り組んではいます。現在、安寿の里で就業している特定技能生は他県にある日本語学校の教育課程を修了し、実務につきながら資格取得を目指しており、そのサポートをしています。また、職員心得にて「期待する職員像等」を明確にし、人事考課制度により、人材育成、活用、処遇などの評価等が総合的に実施される仕組みがあることが確認でき、高く評価できます。</p> <p>(通番30) 事業所内の衛生管理等 事業所内の衛生管理については、事業所内が清潔に保たれていることを施設見学時に確認しました。清掃などは外部の業者に委託され、清掃の状況を適切に記録されています。特に臭気対策については、施設特有の臭気が気になることもなくしっかりと対応がなされていました。また、施設内にて衛生管理委員会によるパトロールも取り組まれており、その結果は委員会でも報告され検証されている状況を聞き取ることができました。</p> <p>(通番32) 事故の再発防止等 事故の再発防止等については、「事故報告書」が整備され、事故の対応やその経過記録が記載されています。また、「ひやり・はっと報告書」には記録者と状況・原因が記載されていることが確認できます。事業所としては、法人内に事故対策室を設け、事故防止委員会を実施されており、しっかりとした対策の状況を確認することができます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>(通番22) 個別援助計画等の見直し 個別支援計画等は、定期的に計画書を見直し、必要に応じて内容の見直しや変更に取り組まれている状況をうかがうことができます。しかし、その見直しについて適切かつ十分なモニタリングに取り組まれているものの、見直しを行う時期や手順に基づいた取り組みとなっていません。今後、職員等実践現場での状況や意向を確認しながらマニュアル（手順）策定の検討に取り組まれますことを期待しています。</p> <p>(通番42) 利用者満足度の向上の取り組み 例年、家族会の開催や満足度アンケート調査の取り組みが行われていたことが、コロナ禍により開催が不可となり、アンケート調査実施も取り組めてないことに課題認識を持たれています。利用者及び家族においては、その年々においてもニーズや意向は変わるものであり、特にコロナ禍において事業所とのコミュニケーション不足でストレスを抱えられている状況を本第三者評価利用者アンケートからも見受けることができます。アンケートと調査を有効なコミュニケーション手段のひとつとして、再度、早期の実施を検討ください。</p> |

| | |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>人材不足による介護の質の低下を防ぐため、外国人留学生を本格的に受け入れる介護福祉士養成学校とした「専修学校香南学園」を開校し、専門知識と介護技術の習得に向けて全面的なサポートに取り組まれるなど、人材育成と確保にむけて先進的な取り組みが見受けられ、当該事業所においてもその成果を享受した人材活用の状況が確認できます。</p> <p>しかし、当該事業所においては、入居者数（利用者数）と職員数のバランスの均衡が取れたある程度余裕のある支援環境の構築に向けた取り組みがより求められる状況にあるようにも見受けられます。人材不足による、事業所が有する機能や特性を活かした地域貢献活動の展開に関しても課題意識を持たれています。</p> <p>今一度、中長期的な視点で利用者状況変遷の見通し、職員のスキルアップと専門性の向上、潜在的利用者の動向等の検証と見直しをいただき、当該事業所に特化した中長期計画の策定をいただき、最適な経営環境を目指されますことを期待しています。</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 | 2672100175 |
| 事業所名 | ユニット型特別養護老人ホーム安寿の里 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 介護老人福祉施設 |
| 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 介護予防短期入所生活介護 |
| 訪問調査実施日 | 2023. 7. 25 |
| 評価機関名 | 一般財団法人社会的認証開発推進機構 |

| 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。 | B | 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) | | 組織の理念及び基本方針を明確化・周知しているかについては、法人のホームページに理念と基本方針が掲載され、施設の玄関にも掲示されている。職員に対しては年度初めに職員研修を実施し周知を図っているが、利用者の家族に対しては契約時に知らせるだけで理解が深まるような取組みになっているとまでは言えない。経営責任者は組織として適切な意思決定を行い透明性の確保を図っているかについて、2022年度は理事会を11回開催されていること、毎月三役会（理事長・施設長・部長）、施設長会、部長調整会、主任幹部会が開催され経営状況なども的確に把握されていることを聞き取った。「安寿の里サービス運営委員会会議録」に運営状況や苦情相談、事故発生状況等についての記載があり、職員の意見が反映されていることを確認した。「職務権限表」において、職務に応じて権限を委譲し、各責任を明確にしていることを確認した。 | | |
| | | 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。 | B | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 事業計画等の策定については、中長期計画は策定状況は確認できない。単年度計画は「安寿の里年度目標」として策定され、職員の質の向上や安定した経営基盤の策定などが計画・記載されていることを確認した。しかし、利用者や家族などに説明・周知する機会などは設けられていない。業務レベルにおける課題の把握と目標の設定について、各種委員会で現状の課題の把握や計画の中で位置づける目標の設定に取り組んでいることは聞き取ったが、課題の具体的な解決策を盛り込んだ計画までは策定されていない。 | | |
| (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。 | B | 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、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。 | 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>法令遵守の取組みについては、施設長は研修や勉強会に参加し、法人内の情報共有システム「ガルーン」にて法令等のリスト化取組みがなされていることは確認できたが、職員に対して遵守するための具体的な取組みは行われていない。</p> <p>施設長によるリーダーシップの発揮については、「階層別人材育成計画」の中に自らの責任と役割について記載されており、ロビーにも掲示されている。また、施設長は、三役会（理事長・施設長・部長）に参画し、経営環境を共有していることを聞き取った。しかし管理職の行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをするための仕組みは設けられていない。</p> <p>施設長による状況把握については、リモートアクセスサービスMoconaviによっていつでも事業の実施状況が確認できるようになっていることをパソコンの画面上で確認した。また、「自然災害発生時における業務継続計画」が策定されており、緊急事態発生時に直ちに職員からの報告を受け、指示が行える体制となっていることを確認した。</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。 | B | 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。 | C | C |
| | | (評価機関コメント) | | 総合的な人事管理について、「職員心得」に期待する職員像が明記されていることを確認した。また、人事考課制度により、職員に対する業務成果や貢献度の評価などがなされていることを聞き取った。 質の高い人材の確保については、必要な人材や人員の体制について具体的方針や管理・体制を整えていることをホームページやチラシなどで確認した。外国人やシニア層など幅広い分野からの採用を行っており、法人として「専修学校 香南学園」を運営し、外国人の採用に積極的に取り組んでいることについてもホームページにて確認した。 計画的な人材育成等については、法人において研修体制が定められ、職員研修が計画的に実施されていること及び職員面談で各個人の目標管理を行い、個々が教育・研修に参加できるように配慮されていることが聞き取れたため、自己評価BをAとした。 実習の受け入れについては、現在受け入れの実績はない。受け入れに関する基本姿勢が明文化されておらず、またマニュアルも整備されていない。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 労働環境への配慮や把握について、職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータは法人本部の人事部で一括管理されている。また、職員の負担軽減のために「ノーリフティング（抱えない介護）」の取り組みを行っていることを施設見学の際に確認した。 ストレス管理については、職員に対して年に1回のストレスチェックを行っている。また職員が休憩する場所が確保されており、ハラスメント等の相談窓口が分かるよう掲示されていることを施設見学の際に確認した。組織や上司に対する要望・不満をくみ取り、対応・解決する体制は確認できなかった。 | | |
| (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 | ボランティアの受け入れ、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。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |

| | | |
|--|------------|---|
| | (評価機関コメント) | <p>地域との連携・情報発信については、「ANJUだより」にて施設の情報を月に1回発行しており、回覧板を利用して情報発信していることを聞き取った。地域の医師や民生委員、社会福祉協議会が参加している「宮津地域ケア会議」に参加して、情報収集に取り組まれている。また利用者のために、「とくし丸（スーパー移動販売車）」や「シーガル（パン屋）」が毎週施設で訪問販売を行い、利用されている状況を聞き取ることができた。</p> <p>地域との交流については、ボランティアを受け入れる際の申込書と誓約書などは確認できたが、コロナ以降はボランティアの受け入れを中止している。また、地域の行事の際には、職員とボランティアが援助し、利用者が参加していることも聞き取った。しかしボランティア受け入れに関する基本姿勢が明文化されておらず、受け入れのためのマニュアルも整備されていない。</p> <p>地域への貢献については、地域に向けての専門的な技術講習会や研修会などは開催されていない。コロナ禍前までは地域サロン「ゆらリングカフェ」を開催し、地域への貢献活動を行っており、現在再開に向けて検討中であるとの説明を受けた。</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 |

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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 事業所情報等の提供については、ホームページやパンフレットを活用している。施設見学は受け入れているものの、体験入所については正式な契約が無いとリスク管理などの面で受け入れが難しいとの説明を受けた。 | | |

| | | | | |
|-------------------|----|--|---|---|
| (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) | | 利用内容・料金の明示と説明については、費用負担が明示された「契約書」、「重要事項説明書」、「身元引受承諾書」、「個人情報使用同意書」を確認するとともに、適切な説明がなされていることを聞き取った。 | | |
| (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。 | B | 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。 | B | B |
| 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | アセスメントの実施については、「フェイスシート」や「アセスメント調査表」を用いて、利用者の心身状況や生活状況等を把握・記録しており、利用者のニーズや課題についても記録されていることが確認できたため、自己評価BをAとした。 利用者・家族の希望尊重については、「栄養ケア計画書」、「個別機能訓練計画書」の内容を利用者及び家族に説明し、同意を得て署名をもらっていることが確認できたが、サービス担当学会議などに利用者や家族が参加する仕組みは設けられていない。 専門職種を含めた意見集約については、「栄養ケア計画書」、「個別機能訓練計画書」の中に専門職種の意見やアドバイスが記載されていることを確認した。 個別援助計画等の見直しについては、定期的にモニタリングが行われ、必要に応じて内容を変更しているとの説明を受けたが、見直しを行う時期や手順等は確認できなかった。 | | |
| (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。 | B | B |
| 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) | | 多職種協働について、かかりつけ医等との連携体制が確保されているが、共通の課題解決に向けた具体的な取組みは聞き取れなかった。 サービス移行時の連携、相談対応については、相談員が中心となり、利用者及び家族の意向を踏まえ、関係機関との連携が適切に取られていることを聞き取ったが、引継ぎや申し送りの手順と手続きを文書化したものがないため、自己評価AをBとした。 | | |
| (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。 | B | 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。 | B | 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。 | B | 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。 | B | A |

| | | | | |
|------------|---|---|---|---|
| (評価機関コメント) | <p>業務マニュアルの作成については、サービス提供に係る標準的な実施方法がマニュアル化されていることを「安寿の里マニュアル」で確認したが、マニュアル見直しの基準が定められていない。</p> <p>サービス提供に係る記録については、利用者ごとのサービス内容等が法人内情報共有システム「ガルーン」を利用して記録されていることを確認した。また、ガルーンに記載されていない事項については「申送日誌」に記載されている。情報の保護についても、「個人情報保護規程」及び「文書規程」に基づき適切な管理が行われていることが確認できたため、自己評価BをAとした。</p> <p>職員間の情報共有についても「ガルーン」や「申送日誌」により適切に行われていることが確認できたため、自己評価BをAとした。</p> <p>利用者の家族等との情報交換については、それぞれの利用者家族に向けた「ANJUだより」を月1回送付しているほか、年に2回面談の機会を設けていることが聞き取れたため、自己評価BをAとした。</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。 | B | B |
| 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) | <p>感染症の対策及び予防については、安寿の里マニュアル集に「感染症マニュアル」が整備されていることを確認した、しかし、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)関連の情報が整備されていないなど、最新の状態への更新状況が確認できなかった。事業所内の衛生管理については、事業所内が清潔に保たれていることを施設見学时に確認した。清掃などは外部の業者に委託され、清掃の状況を適切に記録されている。</p> | | | |

(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。 | B | A |
| 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | <p>事故・緊急時の対応については、消防訓練を年に4回実施するとともに、「転倒・転落マニュアル」「窒息マニュアル」「交通事故マニュアル」「離設マニュアル」「剥離マニュアル」が整備され、フローチャートも作成されていることを確認した。また、職員研修が実施されていることも聞き取れた。</p> <p>事故の再発防止等については、「事故報告書」が整備され、事故の対応やその経過記録が記載されている。また、「ひやり・はっと報告書」には記録者と状況・原因が記載されていることが確認できた。法人内に事故対策室を設け、事故防止委員会を実施していることを聞き取った。</p> <p>災害発生時の対応については、「災害発生時の対応マニュアル」が整備され、マニュアルの「消防計画」には地元自治会に対して必要事項を情報提供することが明記されており、自己評価BをAとした。</p> <p>事業の維持・継続の取組みについては、「自然災害発生時における業務継続計画」は策定されているが、事業所に自家発電装置がなく、長時間の停電には対応できない。また計画に基づく訓練も実施されていない。</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 | 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 | A |
| 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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | <p>人権等の尊重については、利用者の人権や意思を尊重する姿勢が「安寿の里マニュアル」や安寿の里の「運営方針」で示されており、人権に関わる勉強会や研修を実施していることもレポートで確認した。</p> <p>利用者の権利擁護については、「事故の発生防止と発生時の対応マニュアル」「虐待防止マニュアル」「身体的拘束対策マニュアル」等が整備されており、発生した場合の対応方法についても定められていることを確認した。また、各種委員会において虐待や拘束がなされていないかを報告して、発生や再発の防止に努めていることを聞き取った。</p> <p>プライバシー等の保護については、入浴、排せつ等のマニュアルの中で、プライバシーに配慮したサービスの提供について記載されていることを確認した。近隣から施設に入所されている場合が多いことから、名字ではなく名前で呼ぶことで他者に分からないようにするなどの配慮をされていることも聞き取れた。</p> <p>利用者の決定については、受け入れられない場合は理由をきちんと説明し、相談員が関係機関と連携し、適切なアドバイスを行っていることが聞き取れたため、自己評価BをAとした。</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。 | B | A |
| 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。 | B | B |
| 第三者への相談機会の確保 | 41 | 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>意見・要望・苦情の受付については、各ユニットに「ご意見箱」が設置されていることを施設見学の際に確認したほか、第三者サービス運営委員会による相談受付を年3回実施するなど多様な方法が設けられていることが確認できたため、自己評価BをAとした。</p> <p>意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善については、「苦情解決処理規定」が整備され、苦情解決の具体的な流れが示されていることを確認した。また、契約書の中に苦情処理の手順が記載されており、契約時に説明していることも確認できたが、改善状況については公開されていない。</p> <p>第三者への相談機会の確保については、「重要事項説明書」に掲載されているほか、施設内にもポスターが掲示されていることを確認した。</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 | C | C |
| | 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。 | B | 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 | B | C |
| | | (評価機関コメント) | <p>利用者満足度の向上の取組みについては、コロナ禍で家族会が中断されていることに伴い、利用者満足度のアンケートも中断されている。</p> <p>質の向上に対する検討体制については、各種委員会において各部門の全職種の職員による検討が行われ、サービス改善に繋げていることが聞き取れたため、自己評価BをAとした。</p> <p>評価の実施と課題の明確化については、自己評価が行われていないこと及び前回の第三者評価の実施からすでに3年が経過していることから自己評価BをCとした。</p> | | |