

アドバイス・レポート

平成28年1月20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27年6月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンター梅林園 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>I 介護サービスの基本方針と組織 2. 組織体制と他職種協働 組織としての指示系統が明確です。デイサービスの事業所ミーティングからデイの定例会議・各種委員会への発議・部課長会での検討・部長会・理事会での決定等体系的に現場の声を吸い上げる仕組みがあります。上部での決定事項は議事録として各事業所におろされ、職員全員が回覧するという明確な流れの中で双方向での事業運営がなされています。事業所内の理学療法士や看護師・栄養管理部との連携はもとより、園内の他事業所（短期入所生活介護）等の利用者情報を確認し状態変化に細やかに対応しています。</p> <p>II 組織の運営管理 11. 労働環境への配慮 法人内に保育所を有し、子育て世代の就労者を支援しています。又事業所内の職員休憩室は広く、畳敷きに座卓やお茶セットを置き、職員が寛げる環境となっています。時にはそこで定例会議、ミーティングなども開かれ、職員がリラックスして忌憚なく意見が言えるように配慮しています。残業も極力減らす様に職員全体で業務を分散したり、職員を増やす等の工夫をしています。年休取得率も80パーセントという実績です。又、園内では職員OBからなる介護アドバイザーを3名配置し、中立公正な立場から職員の相談に応じ、個々の職員を精神面でも支援する体制が取られています。</p> <p>III 適切な介護サービス 20. 個別援助計画の作成 毎月モニタリングを実施し3カ月に1度アセスメントを更新しています。それをもとに作られた介護計画は、利用者や家族に説明し同意を得ています。職員は日常的に利用者ニーズの把握に努めています。居宅サービス計画（ケアプラン）との整合性も取れており、場合によってはケアプランの変更などを事業所から居宅介護支援事業所に発信する場合もあり、チーム全体で個別ケアに取り組んでいる姿勢が窺えます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>III 適切な介護サービス 16. 内容・料金の明示と説明 法人全体のパンフレットの中のデイサービスのスペースでは十分に利用者への情報が盛り込まれているとは言えません。重要事項説明書の中でも料金は「介護報酬の告示上の額」と記されており、一般には耳慣れない言葉です。そのため別紙により事業内容や料金の説明をしていますが、一般見学者や入所希望者に対してもパンフレットに事業内容や料金表を挟むなどして懇切丁寧なアプローチをされることが望まれます。</p> <p>23. サービス提供に係る記録と情報の保護 朝昼2回ミーティングをされていますが、朝は送迎やその日の利用者情報等であり、昼は園全体の各部署の連絡事項や各利用者のケース会議や職員の気付きや発見の情報共有、今後の改善策等多岐に亘る内容が盛り込まれているにもかかわらず記録が残されていませんでした。簡潔な記録を取り、今後のサービス向上の足がかりとされては如何でしょうか。アセスメントは定期的にされていますが、それに日頃の気づきを随時加筆し、一層利用者理解を深めていかれることが望まれます。又個人情報取り扱いに関する同意書に利用者や家族の同意、署名を貰っていますが、「第〇〇条の〇項に同意する」といった事務的な文言は利用者や家族に分かり難いのでどのような時に個人情報を用いるのかといった具体的な記述の方が分かり易いのではないのでしょうか？</p> |

| | |
|-----------|---|
| 具体的なアドバイス | <p>4月にスタッフの入れ替わりがあり、職員全体が新しい風を取り入れて個別ケアに取り組んでいます。職員の中に大正琴の先生がおられ利用者は指導を受けて大正琴を弾く等、楽しみが増しています。又100歳を超えた利用者が自力で歩き、折り紙でいろいろな装飾を作り、デイの壁面に色を添えています。それぞれに楽しそうで、ゆったりとした満ち足りた笑顔が溢れ、食事も殆どの方が残されていません。利用者が自分の意志で選択、行動し伸び伸びとされているのはこの事業所の特徴であり、職員の日頃の努力の成果とも言えます。</p> <p>★ 分かり易い料金表示 園共通のパンフレットで紹介されているデイサービスの情報は多くはありません。パンフレットに運営方針や分かり易い料金表を挟み込むなどして足りない情報を補足されては如何でしょうか？今後の利用希望者やデイに興味を示された方にも優しい情報提供をされることが望まれます。</p> <p>★ 記録の充実 アセスメントやモニタリングは定期的にされています。これからも日々の気付きや変化をしっかり受け止め、アセスメント表に空白の無いよう更に肉付けをして、サービスの向上に繋げて行って頂きたいと思います。利用者を深く知ることにより良いケアが実現できると思います。又日々の介護に密接に関わる昼のミーティング記録は今後残される事を期待します。</p> |
|-----------|---|

(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 | 2672800071 |
| 事業所名 | デイサービスセンター梅林園 |
| 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) | 介護老人福祉施設 介護予防通所介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成27年12月16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 | 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) | | <p>1. 法人の理念はパンフレット、デイルーム内等に大きく掲げられ見易くなっている。運営方針は経営面を意識した数値的なものと、インターネットのホームページにも掲載されている「『誠実』『仁愛』『研鑽』の理念の実践」という形而上のものとの同時進行を目指している。4月の全体会議の折や、入職時オリエンテーション、その他の機会に全職員への周知を図っている。利用者・家族にはパンフレットやインターネット等を使い事業所内に掲示している。又、毎月の機関誌で理念に添った各事業所の取り組みを紹介し、配布している。</p> <p>2. デイミーティングでの問題提起や各種委員会での協議、決定事項は部長会・部課長会に諮られ全体会議を通じて各職員におりてくる。事案により理事会・評議員会も開催され、透明なプロセスで意思決定が行われている。</p> | | | |
| (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) | | <p>3. 前年度の総括を踏まえ、今年度の事業計画を策定し、年度初めに全体会議で理事長が説明し、計画に向け各部署が取り組んでいる。また今年12月にはコンプライアンス委員会も発足しサービスの質の向上に向けた取り組みを強化する方針であるが、中・長期計画は作成されていなかった。</p> <p>4. 経営面からみた数値目標と理念を実現するサービスの質向上に向けた目標との両輪で課題設定がなされ、4半期に1度振り返りの機会を持っている。</p> | | | |
| (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。 | A | 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. 管理者は行政の集団指導や京都府老人福祉施設協議会で法令について学び、ワムネットでも収集して全体会議等で、伝達をしている。法令のリスト化は出来ていないが、職員に分かり易く実務に役立つ形ちでマニュアル化し朝礼や全体会議などで伝達し、事務所にもファイルして置いている。会議に欠席の職員からは議事録の閲覧印を貰っている。</p> <p>6. 運営規程で役割について明確にし、月一度の全部署合同の全体会議では理事長、園長が・デイの会議ではセンター長が主となり運営方針の浸透に努めている。管理者自らを評価する仕組みは持っていない。</p> <p>7. 管理者は 平常は業務日誌や申し送りノートの確認により事業の状況を把握しており、緊急時はマニュアルに則りいつでも携帯電話等で連絡を受け指示の出来る体制を取っている。</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 |
| 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. 人事管理については総務部が担当して有資格者や実務経験者を優先的に採用しているが、無資格であっても資格取得のための研修参加の機会を保証して、先輩介護福祉士が実技実習に役立つ技術指導の支援もしている。資格取得後は祝い品や、資格手当などを支給している。正職員への登用の道も開かれている。</p> <p>9. 園内研修は毎年計画的に実施しているが、加えて今年度は、職員OBの介護アドバイザーが職員の研修計画を立てて（人権・認知症・虐待・マナー・技術等）実施し、全職員に対し再教育を行っている。同じ内容で数回研修機会を設け、全職員に参加機会を提供している。研修を終了した職員はレポートを提出し、理解度を確認している。他にも京都府老人福祉施設協議会や全国老人福祉施設協議会のフォローアップ研修などへの参加を促している。又介護アドバイザーが、日常的な業務に於いての気付きや疑問点を話し合うミーティングの場を持っている。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルも整備し、実習指導者を配置して実習受け入れ体制を整えている。今年度は社会福祉士実習生を受け入れた。中学生の福祉体験は特別養護老人ホームで受け入れた。</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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | <p>11. 一般職員の有給取得率は80パーセントである。育児休暇や介護休暇も取得できる体制にあり、他の部署で利用中の職員がいる。職員交替などで一時的に残業が集中する時は、仕事を分散したり、職員を増やす等でその状況を改善する取り組みがなされている。園内保育所の設置により子供を持つ親も安心して働けるような体制を備えている。</p> <p>12. 産業医の配置や介護アドバイザーが親身になって職員の相談を受ける体制が出来ている。外部の相談機関としては、共済会に加入し、心の相談等受ける事が出来る。法人内で職員旅行や親睦会、職員給食の補助を行っている。休憩時間には落ち着いた和式の休憩室でゆっくり寛げる様配慮されている。ハラスメントに関する規定は就業規則に記載されている。職員の負担軽減に繋がる機器の導入はリフト浴、機械浴、シャワーチェア等がある。</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 | 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. ホームページやパンフレット、広報紙で情報を公開をし、園内で行う年4~5回の“たたく会”では地域の方も招いてぜんざいや大根だき、焼き芋等農園で取れた作物の収穫と調理、災害用備蓄の炊き出し等を行っている。夏祭りにも多数の地元民の参加を得ている。京都府主催の「高齢者涼やかスポット」では場所の提供と利用者の送迎などを行っている。これらの活動は機関誌“こもごも”に掲載し外部の事業所等にも送付している。利用者には地域の情報を知らせ、希望があれば参加時の支援を行っている。</p> <p>14. 城陽市の在宅介護支援センター主催の介護者教室に年12回参画する他、日常的に高齢者相談にあたっている。職員が事業所の行事として夏祭りや文化祭、地域のお年寄り交流会を企画し、地域の方々の参加を得ている</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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | 15. ホームページやパンフレット、機関誌“こもごも”により事業所概要や利用者の日常生活を一部知ることが出来る。園全体のパンフレットでは限られたスペースなので細かい情報は分かり難い。デイ利用者には一日の流れや詳細な料金表を別紙で示している。事業所見学にも随時応じ地域住民に事業所の雰囲気を体感して貰っている。今後は説明内容や対応記録を残して行かれる事をお勧めする。 | | | |
| (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. 契約書及び重要事項の説明を行い、料金等の詳細は別紙にて補足し、本人、家族の同意を得ている。利用者の判断能力に応じてケアマネジャーと連絡を取り適切な対応をしている。但し、重要事項説明書の中に「介護報酬の告示上の額」と記され、一般的には耳慣れない言葉に成っている。 | | | |
| (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う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 | 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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | 17. サービス担当者会議や事業所独自の情報収集により、所定の様式を用いて利用者の意向を把握しアセスメントをしている。原則三カ月に一度アセスメントをしているが、他にも途中で状態変化が見られれば適宜実施している。 18. カンファレンスは利用者や家族の参加のもとで開催されているのをサービス担当者会議録にて確認できた。個別援助計画は居宅サービス計画を基に利用者のニーズや利用中の様子を確認した上で作成している。目標の達成状況は居宅介護支援事業所に返送するモニタリング用紙に記載されている。多面的な視点から介護計画を作成し、本人、家族等の同意を得ている。 19. 個別援助計画は、サービス担当者会議を通じて共有した各職種の意見や事業所内の理学療法士・看護師の意見を参考にして作成されている。居宅サービス計画との整合性も取れている。主治医との連携はケアマネージャを通して行う事が多いが、緊急の時は直接連絡する場合もある。 20. 毎月のモニタリングにより介護計画の変更の要否を確認している。原則三カ月に一度及び認定期間の更新時、状態変化の時に見直しをすることとしている。 | | | |
| (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. 医師との連絡はケアマネージャを通して行うのが通例であるが、緊急時は直接やり取りしたり、サービス担当者会議の際に医療的な留意点を慎重に確認している。利用者の連絡資料は個々のファイルの中に綴じて分かり易くして、事業所との連携機関は一目で分かるように事務所に掲示して、連携を取っている。入院時は看護師が退院時は相談員がカンファレンスに出ている。 | | | |

(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。 | 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、利用者の家族等との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 22. 見易く実用的な業務マニュアルがあり、それに添って職員は業務に当たっている。業務マニュアルの作成、見直しは各種委員会で行われ、月1回の開催時に確認や、意見交換をしている。 23. 利用者の記録は、家庭との連絡ノートに記載され、連絡ノートのコピーをファイルして経過記録として用いている。月一度のモニタリングの際にはこの経過記録を介護計画の実践記録として活用している。記録類は見えにくい場所に保管しており、退勤時に事業所入口を施錠している。又、職員からは個人情報の保護と外部への持ち出しを禁じる誓約書を貰っている。 24. 特に必要な事項は事業所内の連絡ノートで職員全体に周知させ情報を共有し、ノートには全職員の押印がある。朝は事業所内の事務的な連絡、昼は組織全体の朝礼の報告や利用者の状況等を口頭で伝え、日に2回のミーティングを行っている。 25. 相談員が家族と密に連絡を取っている。送迎時に家族等に積極的に一日の様子を話し、要望の聞き取りを行っているが、普段なかなか会えない家族や遠方にいる家族等には電話で連絡を入れている。 | | |

(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、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. 感染症対策マニュアルを整備し、定期的に見直すとともにカステラ等を吐瀉物や汚物に見立て〇157やノロウイルス対策の実地訓練を行っている。「感染予防用品」も浴室に備えてあり、全職員が対処法を周知している。 27. 台所、トイレ、浴室は毎日清掃を行い、点検表にチェックをしている。臭気対策として窓の開閉や換気に気をつけている。床も毎日清掃を行っているが、床のところどころに黒色の筋状の頑固な汚れがあり対策が望まれる。利用者全員の食後の歯磨きケアを細かくチェックされていた。 | | |

(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. 事故や緊急時のマニュアルは整備されている。交通事故・誤嚥・意識喪失等細かく定められ、必要な研修もしている。指揮命令系統もフローチャートで明確になっている。10月には消防署のAEDの講習を受けている。 29. ヒヤリハット報告書を作成し、家族にも説明すると共に各部署に回覧し、職員に注意喚起している。「事故防止対策委員会」を開催し、改善策を話し合う流れにはなっている。事故は起こっていないが“ヒヤリハット”の報告書をもとに状況分析や振り返りで事故の未然防止に繋げている。 30. 災害発生時の対応マニュアルがあり、火災・水害・地震に加え台風マニュアルがある。福祉避難所としての地域での役割も考慮に入れ、全事業所利用者及び職員、地域の避難者の4日分を想定した備蓄食料がある。食材は「たくたく会」等で炊き出しに使用し順次新しいものを蓄える様になっている。法人合同の消防訓練が年に4回あり、そのうちの1回は火元がデイサービスに想定された訓練を実施している。消防署の防災会議にも参加してミーティングで報告をしている。 | | |

| 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。 | C | A | |
| | (評価機関コメント) | | <p>31. 利用者の思いを汲み取り利用者が選択できるサービスの提供を心掛け運営規程九条に明確化している。年間研修計画で4月・5月に研修を行い、11月にも「人間の尊厳と自立について」ミーティングで取りあげ資料をもとに職員間で話し合った。高齢者虐待に関しては12月の園全体の研修計画に挙げており近々研修をする予定である。参加出来ない職員には記録を回覧し、確認印を貰っている。4月からスタッフを刷新し個別の支援を重視した取り組みを行い、利用者の思いは記録に残しミーティング時に共有している。レクレーションも利用者個々に希望を聴き、リハビリ要素も取り入れた個別ケアに取り組んでいる。</p> <p>32. 介護マニュアルの中にプライバシーや羞恥心について明示している。守秘義務の確認、日常業務におけるプライバシーへの配慮などに関してミーティングを行い振り返りや気付きの機会を持っている。、排泄時の声のかけ方や入浴時のバスタオル着用などにも気をつけている。</p> <p>33. 今までに利用を断った例はなく、主治医・ケアマネジャーが利用可能とすれば胃瘻、鼻腔栄養、在宅酸素の方等も公平に受け入れている。</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。 | A | A | |
| | 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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | <p>34. 日々の取り組みの中で利用者と信頼関係のある職員が意向を聴いたり、家族の意向の把握は相談員が個別に相談に応じている。事業所内に要望ボックスを設けているが殆ど意見は入っていない。苦情は苦情相談委員会や部課長会議、コンプライアンス委員会で組織的に検討される仕組みがある。</p> <p>35. 意見・要望・苦情等はマニュアルに添って極力迅速な対応をしている。8月にはフットケアやハンドケアに関する意見・苦情が出され改善している。満足度調査の結果や苦情の改善点を個人名を伏せて事業所内に掲示している。</p> <p>36. 重要事項説明書にて公的機関を説明をする他、事業所内の見やすい場所に第三者委員や公的機関を貼りだしている。FAX番号、苦情解決責任者は明記されていない。介護相談員等の受け入れはない。</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. 利用者満足度調査を年1回行い、出された意見・要望・苦情は事業所内のミーティングで話し合い改善に繋げる他、内容に応じて給食・事故防止・行事・感染症予防・褥瘡予防・身体拘束等の各委員会に上げて検討している。組織全体で取り組んだ内容は議事録として各事業所に最終報告を得て、各職員が目を通して。改善した事が、継続出来ている状況も定期的に確認し合っている。</p> <p>38. 各種委員会ではサービス向上に向けた取り組みについて話し合われ、結果を部課長会・部長会等に上げ決定事項は各部署にて回覧している。12月にコンプライアンス委員会を立ち上げ、更なるサービス向上に取り組んでいる。他の事業所の取り組みについてはサービス担当者会議の時やケアマネジャー・利用者より情報を得て、取り組みの参考にしている。</p> <p>39. 事業計画の目標を定め4半期に一度進捗状況の確認と記録をしている。「利用者対応チェックシート」を記入し、自らを振り返る機会としているが、事業所全体の運営に関する自己評価は毎年行っていない。デイサービスとしての第三者評価は初めてであるが、他の部署と併せての評価は三年に一度以上実施している。</p> | | | |