

様式 7

アドバイス・レポート

令和元年 12 月 22 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

令和元年 8 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ニチケアセンター舞鶴 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お役立てください。

記

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点とその理由 (※)</p> | <p>通番 4 業務レベルに於ける課題の設定</p> <p>キャリアアップ制度の業務評価に基づき、職種や経験年数に応じて、職員一人ひとりに課題と達成基準を明確にしています。管理者は定期的に職員一人ひとりと面談し、課題(目標)と達成(項目)をチェックし、基準に基づいて評価と見直しを行っています。課題の達成状況は、非常勤職員は「キャリアアップ面接評価シート」で確認できる様になっています。また、管理者や常勤職員は、それぞれ目標管理を行なうためシートがあります。経験年数に応じた研修計画、研修履修一覧、従業員面接記録、業務ミーティングの会議録等で確認する事が出来ました。</p> <p>通番 5 法令遵守の取り組み</p> <p>法令遵守の周知徹底を図っています。職員は、各種の関係法令やマニュアル等を PC 内の専用サイトや各自が所持する「コンプライアンスカード」「ニチケアスタッフマニュアル」で確認出来る様になっています。また、法人作成のテキストを使った「コンプライアンス研修」の受講とレポートの提出、「個人情報保護トレーニングテスト」を義務付けています。法人全体で、毎年、行政主導の「自主点検」と法人独自の第三者評価に類する事業の「自己評価」を実施されています。</p> <p>通番 9 継続的な研修・OJT の実施</p> <p>本部規定の職員内部研修「採用時研修・新人研修・スキルアップ研修」を全ての職員が段階別に履修し、履歴が「職員研修受講シート」で確認出来ます。人材確保が厳しいことから、比率が高くなっている非常勤職員の教育・育成に「キャリアアップ制度」を適用しています。職員は、倫理・法令遵守・人権擁護等を踏まえた、介護の技術や知識等を基礎から学んでいます。特に、初任者は 3 か月～1 年の新任教育(OJT)を受け、成長の過程を上司との面談で</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|---------------------------|--|
| | <p>確認し、「面談記録」「業務日報」に記録しています。外部研修の受講も積極的に推進され、伝達研修の成果を職員間で共有されています。毎月、職員が主体となって介護技術研修等を実施されています。</p> <p>通番 38 サービスの質の向上に対する教育・育成及び検討体制</p> <p>全職員が、各種マニュアルの簡易版「ケアスタッフマニュアル」を携帯し、現場で活用しています。根拠に基づくケアを提供することで職員一人ひとりのスキルが向上し、誰もが利用者の重度化や看取り期等に適切に対応できる様になっています。倫理・法令・各種マニュアル等に基づいた身体拘束廃止、虐待防止、プライバシー保護等の権利擁護をベースに、「身体介護技術研修」を介護職が主体となって実施されています。フリーダイヤルや意見箱の設置、顧客満足度調査・嗜好調査の実施、業務ミーティングの充実等、多種多様な手段で利用者と職員の声を収集し、利用者と職員の意向をサービスに反映させています。第三者評価委員会を中心に、各部門の業務ミーティングで、年2回、96項目のチェックシートを使って、行政主導の「自主点検」とは別に、事業全体を評価する「自己点検」を実施されています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>通番 30 災害発生時の対応</p> <p>事業所は海に面した8階建てビル(舞鶴21ビル)の中にあり、地震や津波災害が予測されることから、災害時対応マニュアルと緊急連絡網を作成し、備蓄も用意され、災害訓練にも参加されています。地域(舞鶴21ビルの住民)との連携を意識したマニュアルが作成されていませんでした。</p> <p>通番 35 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>マニュアルに基づいて、利用者からの提案や意見、苦情に迅速に対応され、意見や提案のあった本人に要点と対応内容、改善状況等をフィードバックされていますが、改善状況について個人情報に配慮した上で公開するところまでには至っていませんでした。</p> <p>通番 37 利用者満足度の向上の取り組み</p> <p>満足度調査を実施され、調査の分析・結果に基づいて、改善に取り組まれています。調査の前後でどのようなサービスがどのように改善されたかを確認・振り返る仕組みがありませんでした。</p> |

| | |
|-----------|--|
| 具体的なアドバイス | <p>通番 30 災害発生時の対応</p> <p>デイサービスに利用者に対して、災害発生時にどのような形で対応したら良いのかを、同じ舞鶴 21 ビルの住民の方々にご相談されてはいかがでしょうか。相談に乗って下さる人と災害時の体制を組まれることで、地域の防災力を高めることができ、ひいては周辺地域住民の災害時の安全に寄与するものと考えます。</p> <p>通番 35 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>ホームページや広報誌に「利用者さんからの声」欄を設ける、毎月、利用者に郵送される請求書や広報誌等に同封される等の方法が考えられますが、事業所の実情に合わせて検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 37 利用者満足度の取り組み</p> <p>取り組まれた内容や経過を一表に纏められてはいかがでしょうか。これまで、利用者満足度調査の結果や利用者の「生の声」をサービスの改善に生かしてこられました。これらを改善前と改善後にまとめ、比較することによって、職員の意識と取り組みに変化が生じ、さらなるサービスの質の向上につながるものと考えます。</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 | 2672700156 |
| 事業所名 | ニチイケアセンター舞鶴 |
| 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 福祉用具 |
| 訪問調査実施日 | 令和1年11月27日 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会 |

| 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) | | | 1. 社は「誠意・誇り・情熱」に基づいて、経営理念、運営規程を策定し、ホームページやパンフレットなどに掲載し、事務所やデイサービスセンターに掲示している。全職員が法人作成の「コンプライアンスカード」を所持し、朝のミーティングで唱和している。また、理念・規程・関連法令に関する研修を実施している。利用者には利用契約時にこれらを書面で説明し、理解を得るようにしている。 2. 組織図、職務職階規程、委員会図を整備している。職責者が支社、拠点単位等で開催の各種検討会議に参画し、全職員が事業所の検討会議やミーティングに参画している。組織運営のさまざまな案件は各種の検討会議で検討し、組織の意思決定に透明性を確保している。 | | |
| (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 | 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. 支社が策定した中・長期計画に基づいて、支店と拠点とが連携を図り事業方針と「ターゲットファイブスター/売り上げ・利益力・商品力・社員の待遇・コンプライアンス」に対する取り組みを行っている。業務ミーティングで各課題を協議、実績評価等を行っている。また、「事故・クレーム0」を目標に掲げ、働きやすい職場環境づくりに努めている。 4. キャリアパス制度に基づき、職種や経験年数等に応じた職員研修と業務評価を実施している。事業所の課題を明確にし、非常勤職員にも管理者との面談を通じて、業務評価に応じた達成基準や課題を明確にし、サービスの質の向上に努めている。 | | |

(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 | 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) | | 5. 法令遵守を周知徹底するため、日常的に法令に関する研修を職場内ミーティングで行っている。また、本社でテキスト「倫理及び法令遵守」を使い「個人情報保護トレーニングテスト」を実施する研修を行なっている。年に1回、会社独自の自己点検(自己評価)と行政主導の自主点検を行っている。職員は事業に関連する遵守すべき法令をPC内で閲覧できる。 6. 組織図、職務分掌規程に基づいて、役割と責任の上で事務決済を行っている。センター長は各サービスのミーティングで職員の意向を把握し、日々生じる課題の解決に努め、支店会議に反映させている。職員が提出した「管理者に対する評価表」で管理者が自らを評価するしくみがある。10月実施の記録で確認できた。 7. 緊急時対応マニュアルと緊急時連絡網(事務所内に掲示)で対応している。時間外や不在の場合は転送電話やFAX、また、フリーダイヤル(365日・24時間コールセンター)等で報告・連絡・相談ができる体制となっている。緊急時の連絡先は重要事項説明書に明記している。 | | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 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. 入社希望者の資格はヘルパー2級や初任者研修修了者がほとんどである為、本社で開講している「介護福祉士実務者研修」の受講を受講料を社員割引する等で促進している。他に、組合や各支店が主催する介護福祉士や介護支援専門員の受験対策勉強会を資格取得の機会としている。</p> <p>9. 新人研修、採用時研修を支店・拠点で実施している。また、専門職種ごとの研修を実施し、外部研修の情報提供を行い、職員のスキルアップに努めている。内部研修の講師に医療機関の看護師を招聘し、地域でフレイル予防、ALSケア、QOLの向上等の専門性の高い研修を行なっている。研修実施記録と個人研修実施記録で確認できた。</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、スタッフが充分に休むことが出来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. 毎月、職員の勤務希望に沿ってシフトを作成し、有給休暇等の取得に配慮している。職員の介護負担軽減のため、浴室の脱衣場に電動ベッドを置き、ルーム内に福祉用具、歩行器、手押し車、四点杖等を準備している。利用者の転倒予防のため、手摺りを随所に設置している。</p> <p>12. 職員の業務上の悩みやストレスを解消するため、福利厚生制度として、社員と家族のためのフリーダイヤル(24時間体制の電話相談やカウンセリング)や専門ネットワークを開設している。日頃より、常勤スタッフや事務員等が非常勤スタッフに声を掛け、職場の良好な関係づくりに努めている。『カラダとこころの健康情報』『カラダのことなら』『こころのことなら』のフリーダイヤルでアクセスすれば、健康情報、健康相談、メンタルヘルス・カウンセリング相談・面談を受けることが出来る仕組みがある。事務所の一角をパーティションで囲い、職員の休憩場所としている。インフルエンザの接種を法人負担で行っている。</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. 法人ニチイ学館が介護情報誌『Alove!』を年4回、利用者向けの情報交換誌『ニチイ』を隔月発行し、全国に配布し、利用者や来訪者向けに、拠点の事務所内に掲示している。第三者評価の結果をインターネットで開示している。</p> <p>14. 地域の広報誌はない。年2回、認知症の人の介護者向けの勉強会を実施している。11月に「オレオレ詐欺について」と題して、詐欺行為への対応方法の研修を行なっている。認知症カフェでボランティア活動を行っている。</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 |
| 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. 法人作成のパンフレットや事業所独自のご利用案内、料金表、行政発行のパンフレットなどを活用して、利用者・家族等に分かりやすく説明をしている。サービス利用に繋がらない、繋がらなかった人の状況等は、見学申し込み書や相談受付表等に記録している。 | | | |
| (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. 重要事項説明書、利用確認書に利用料金等を具体的に明示し、利用者に説明と同意を得ている。介護保険法の改定時には、その内容を説明し同意を得ている。現在、成年後見制度や日常生活自立支援事業の利用者はいないが、事務所内に設置したラックに備えたパンフレット等で説明し利用促進につなげている。 | | | |
| (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. 法人指定のアセスメントソフト様式を使用し、新規以外に更新や変更にもアセスメントを実施している。アセスメントは本人及び家族と面談の上で行い、月に1回、介護支援専門員に情報を提供している。入退院時の本人の医療情報はサービス担当者会議で得ている。 18. 個別援助計画は、ケアプランの総合的方針を元に、本人や家族の思いや他の事業所の情報、専門職の意向等を取り入れ、本人の自立支援を目標に策定している。本人・家族等の同意を得て交付し、介護支援専門員に送っている。サービス担当者会議やケース会議に参加し、他の事業者の情報を共有している。 19. 介護支援専門員が開催するサービス担当者会議に可能な限り本人及び家族等と参加し、他のサービス事業所の意向を聴取し、サービス担当者会議の要点や独自の会議録を使って、個別援助計画に反映させている。 20. 原則、3か月ごとにモニタリングを行い、利用者の状態の変化時に応じて、区分変更やサービスの内容の見直し等を行い、個別援助計画の見直しに反映させている。17. から19. は個人ファイルから確認できた。 | | | |
| (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. サービス提供中に利用者により著しい変化が観察できた時は、「緊急時連絡表」にもとづき家族又は直接、病院に連絡し対応をしている。家族、介護支援専門員にFAXや電話等で日常的に連絡、報告等をしている。デイサービスの入浴時に利用者虐待などの兆候を発見した時には介護支援専門員に連絡、家族には確認するなどを行っている。 | | | |

(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. 本社作成「ニテイクアスタッフマニュアル」をもとに事業所独自の手順書を作成している。常時閲覧できる場所に設置し、スタッフは常時所持し業務を遂行している。業務を遂行上で手順書を変更した場合は、家族の同意を得ている。事故やヒヤリハットに遭遇した時は分析・評価の結果では対策として変更することもある。 23. 実施報告書にサービスの提供時の様子やモニタリング等の情報を記録している。本社作成の「文書保管・廃棄マニュアル」に基づいて、文書の取り扱い業務を行っている。個人情報保護に関する研修は入社時に行い、年1回、研修とテストを行って周知徹底を図っている。 24. マニュアルと手順書にそって業務を行い、「申し送りノート」他、各帳票に記録している。緊急時には口頭で伝達し、ミーティングやカンファレンス等の検討会議で情報を共有している。検討会議等に参加できなかったスタッフの周知状況は閲覧サイトで確認している。 25. 家族には送迎時に口頭やメモでサービスの実施状況を伝えている。また、連絡ノート(複写式)に家族からの要望や自宅での様子を記載してもらっている。必要に応じて電話で連絡を取り合っている。 | | |

(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. 職員全員が「感染症予防マニュアル」と携帯用の消毒セットを所持している。感染症に関する情報は速やかに研修等で職員に周知し、予防に努めている。感染媒体の可能性が高い浴槽やトイレは念入りにチェックし、清掃・消毒に努めている。 27. デイサービスは職員が交代で毎日、当番で清掃を行っている。水回りやトイレは、委託業者によって毎日行っている。事業所内は清潔で整理整頓されていた。 | | |

(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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 28. 「事故・緊急時対応マニュアル」と緊急連絡網を使って対応している。ヒヤリハット事例を分析、検討し、再発防止に取り組んでいる。状況によっては利用者宅を訪問して、安否確認、手当等を行っている。 29. 「事故トラブル報告書」に基づいて、事故に関する報告書は行政に提出している。業務ミーティングで事故やヒヤリハット事例を分析・検討し、結果を改善策につなげ、事故を未然に防ぎ、再発をの予防に努めている。 30. 「非常災害予防対応マニュアル」と「緊急連絡網」で対応している。管理者が行政が配布した「西市街地ハザードマップ」を活用できる様に職員に周知している。事業所が入居しているビル(舞鶴21)が実施している災害訓練には参加しているが、地域との連携をもとにしたマニュアルは作成していない。有事に備えて、御飯、水、冷凍食品を備蓄している。 | | |

| 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. 職員が所持している「ニチイケアスタッフマニュアル」に「対人援助サービスの基本姿勢」「接遇マナー」「倫理及び遵守への対応」等、職員が留意すべき事項を詳細に記し、利用者の人権を損なうような言動に注意喚起している。倫理・身体拘束・虐待などに関する研修を行い、また、現場で複数のスタッフがサービス提供の実際を確認し合う仕組みを構築し、サービスの適正化を図っている。</p> <p>32. 利用者のプライバシーや羞恥心等への配慮について「ケアスタッフマニュアル」や各種のマニュアルに具体的に記載し、職員研修で認識を深めるように努めている。衣服着脱や入浴・排泄等の支援にはプライバシーを損ねたり、羞恥心を抱かせないように心がけている。トイレや浴室等の目隠しにカーテンやパーテーションを活用している。</p> <p>33. サービス利用希望者は原則受け入れている。体制上で受け入れが難しいケースに対しては、職員研修でスキルを磨くことで受け入れる事もある。</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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | <p>34. 利用者からはサービス提供時に、家族等からは送迎時に意向を聞きとり、可能な範囲で迅速に対応している。また、サービス担当者会議で情報を共有し意見交換を行っている。担当介護支援専門員や医療関係者などから得た情報は業務ミーティングで全職員に提供している。利用者には、フリーダイヤルや苦情窓口のアクセス方法を重要事項説明書で周知している。ホームヘルパーの「伝言メモ」の活用、意見箱の設置、アンケート調査等で利用者の意向を吸い上げている。</p> <p>35. 利用者や家族などからの苦情は「苦情・トラブルマニュアル」に基づいて、ミーティングの場で検討し、速やかに解決を図ることに努めている。事案に応じて提供サービス計画書に反映させている。意見や苦情を申し出た利用者や家族等には検討した結果・改善策を伝えているが、公開までには至っていなかった。</p> <p>36. 重要事項説明書に「サービス相談窓口、苦情受付窓口、及び対応の手順」で、事業所の「苦情受付担当者」「苦情解決責任者」を明記し、サービス提供開始時に利用者・家族などに説明している。介護相談員等外部の人材の受け入れなど、利用者の相談機会が確保されていなかった。</p> | | |

(3) 質の向上に係る取組

| | | | | |
|---------------|----|--|---|---|
| 利用者満足度の向上の取組み | 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。 | B | 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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 37. 1年に1回、利用者の満足度調査・嗜好調査を実施し、分析・検討の結果を改善課題につなげている。嗜好調査で利用者や家族からの要望に応じて、メインの献立を4種の選択メニューにし、週間献立表を配布している。調査の前と後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みがなかった。 38. 月次の業務ミーティングでケースカンファレンス実施し、改善策を検討している。各管理者会議や第三者評価委員会などで情報を共有し意見交換の結果をサービスに反映させている。利用者の身の丈に応じてテーブルの高さを変えたり、利用者が安全に乗り降りできるように乗降口に台を置く等している。 39. 定期的に法人グループの事業所間で管理者が互いに他の事業所の評価を行う相互評価の仕組みがある。評価の結果を業務ミーティングで検討し、全職員が改善策に取り組んでいる。法人独自の96項目自己点検表（事業の自己評価）を活用して、毎年、事業所のサービスの内容を総合的に振り返り、改善課題に取り組んでいる。第三者評価は平成28年度に受診している。 | | |