

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 4 月 19 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 10 月 18 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた醍醐の家ほっこり 居宅介護支援事業所につきましては、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

特に良かった点とその理由
(※)

● 中長期計画と単年度計画の整合性と各事業所の課題の明確化

法人理念と経営ビジョンに基づいて、30 年度と 31 年度(令和元年度)の「醍醐の家ほっこりで働くすべての職員」と 5 つの事業所の事業計画を作成し、「事業計画シート」に纏めています。「事業計画シートには法人理念と経営ビジョンを明記し、5 つの事業所「居宅介護支援・地域密着デイ・認知症対応型デイ・小規模多機能型居宅介護・認知症対応型共同生活介護」の中長期事業目標に基づいた 30 年度と 31 年度の単年度事業目標を明記し、中・長期と単年度の事業計画の整合性を図っています。職員は法人理念や経営ビジョンを追求しながら「事業計画シート」を基に事業を遂行し、各部署(事業所)の事業目標と評価事項を年 2 回振り返り、事業目標の進捗状況と達成度を PDCA(マネジメントサイクル)を通して確認しています。「醍醐の家ほっこり」が運営する 5 つの事業所が一体となって、提供サービスの品質の維持および向上を図っています。

● 労働環境への配慮

「パーソナルデザインシート」を導入し、年 1 回、職員個人面談で職員の意向を確認しています。本部に、職員のメンタルヘルスやハラスメントに関する相談窓口として「健康相談室」と「明るい職場推進室」を設置し、職員の組織や上司に対する要望や不満を汲み取り、対応・解決する体制を整えている。また、ハラスメントに対する取り組みでは、職員に対してアンケート調査を匿名で実施し、根絶を目的に実態の把握に努めています。

● 感染症予防対策の周知徹底

「感染症マニュアル」に基づいて、感染症予防対策に法人本部主導により組織全体で取り組んでいます。新型コロナウイルスの感染拡大対策に対して、組織内の周知徹底を図る為、3 月、本部に「新型コロナウイルス感染対策本

	<p>部」を立ち上げ、国の方針・対応策を受けて逐一現場に配信しています。通所サービスでは独り暮らしの高齢者の受け入れ訓練のシミュレーションを行い、利用当日の座席等の写真を感染が発生した場合の検証の資料に役立てる等、感染拡大のリスクに備えています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 利用者のプライバシー保護、羞恥心に配慮 <p>年2回 職員一人ひとりが「マナー・接遇チェックシート/85項目」を基に介護現場でのマナーやモラルの自己採点を行い、サービス向上委員会が取りまとめた結果を評価・検討しています。各事業所のミーティングや職場会議で不適切事例を通して人権意識の向上に努めています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<ul style="list-style-type: none"> ● 休憩場所の確保 職員が適切に休憩できる専用室のスペースが十分とは言えませんでした。 ● 利用者の記録類の持ち出しに関する規定 「文書管理マニュアル」に利用者の記録等の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規定を定め、書類等の持ち出しについては原則禁止と明記されていますが、運用面で電子データや書類等の記録の持ち出しの際のチェック機能が充分とは言えませんでした。
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> ● 建物の構造上の問題もあるかと思います。職員の皆さんが業務から一時離れてリラックスできるエリア・一帯などを取り決めていくことなどからご検討頂くことを望みます。 ● 電子データや書類等の持ち出しに関する禁則事項の規定に盛り込む等、マニュアルの再整備をご検討頂くことを望みます。

※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	2670900618
事業所名	醍醐の家ほっこり
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)	地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	令和2年3月12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. 法人理念【創造と貢献（信頼・先駆・尊厳・共同）】に基づいて、醍醐の家ほっこの基本理念を策定している。ホームページや法人広報誌「さくらだより」、醍醐の家ほっこり広報誌（ほっこりんぐ）、パンフレット等に掲載し、職員室に掲示する等で、地域や利用者・家族等と職員に周知している。基本方針『地域とともに歩み貢献する』や目標を職員総意で定め、朝礼や職員会議、各種の研修等で理解を深めている。家族等には年2回開催の家族会や年3回開催の運営推進会議等で周知し理解を得ている。 2. 組織図及び各種の検討会議（経営会議・エリアゾーン会議・各事業所の運営会議・職員全体会議・職員会議等）、委員会等の議事録で組織の意思決定が公正・適切なプロセスで行われていることが確認できた。さらに、管理者との個別面談や「パーソナルデザインシート」で職員一人ひとりの意見や要望を吸い上げている。「パーソナルデザインシート」で職員が人事部に直接、意見や要望を述べることができる。		
(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. 長期計画（2018-2028）と中期計画（2018-2023）を作成し、それに基づいて単年度計画を作成し、「事業計画シート」にまとめている。「事業計画シート」には、理念と経営ビジョンを明示し、施設全体及び部署（同施設内の各事業所）毎の事業目標（通常・重点）と評価事項（事前・中間・最終）を具体的に盛り込んでいる。年2回、職員全体会議で実践に対する評価を理念や経営ビジョンに照らし合わせ、計画の達成度を数値（%）で確認している。「事業計画シート」を用い、部署の目標を職員一人ひとりが組織全体及び個人の課題として取り組める様になっている。 4. 業務レベルの課題は各部署で設定し、年2回の職員全体会議で振り返り、改善策を具体的に上げている。また、利用者満足度調査を年1回実施し、結果を中・長期計画や単年度計画に反映させている。調査結果を広報誌「ほっこりんぐ」11号に掲載し、運営推進会議及び家族会で利用者・家族等に配布している。		

(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。	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. 遵守すべき法令等(介護保険法や関連法)をリスト化している。また、行政のホームページやワムネットからの引用し、介護保険法令等の書籍等を設置して職員への周知に努めている。さらに、職員一人ひとりに対してコンプライアンスやモラルに関する「自主点検」と法令遵守に関する内部研修を実施している。 6. 法人代表の所信表明を法人広報誌「さくらだより」に掲載している。また、管理者の思いを運営推進会議の場を用い、運営方針や事業計画等の説明の中で管理者の思いを参加者に伝えている。また、管理者は「パーソナルデザインシート」で、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直しすることができる。 7. 朝礼の意義や目的、出席者の役割などを「朝礼について基本姿勢マニュアル」に明記している。また、「緊急時対応マニュアル」とリンクさせて、職員一人ひとりが責任ある行動が取れるように仕組んでいる。管理者はその日の状況を業務日誌や報告書等で把握し、不在時にも携帯電話で職員に対して具体的な指示を行っている。		

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
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)		8. 人事管理や採用の方針は人事部(職員採用部署)で立て、正規職員と非正規職員の比率や有資格者の配置などの管理は事業所毎に管理者が行っている。資格取得支援では試験日職務免除や合格者奨励金等の制度を整備し、職員が積極的に資格取得に取り組める様にしている。年2回、法人本部主導で法人内外を対象とした介護福祉士実務者研修を実施し、また、事業所紹介キャンペーンを行う等、良質な介護職員の育成と確保に努めている。 9. 研修委員会を設置し、法人の研修要項に基づいて、年間を通して法定研修などの職員研修を実施している。「新人OJTマニュアル」を策定し、新人フォローアップ研修を実施している。また、6段階別(初任時～勤続20年)のキャリアパス研修を実施し、研修参加者による伝達研修で研修の成果を職員間で共有している。 10. 実習マニュアルを作成し、受け入れ体制を整備している。実習指導者に対する研修を履修し、多くの介護福祉士実務者研修等の実習生を受け入れている。		
(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)		11. 法人の労務管理部が有給消化率や残業データを整備し、管理者が労務管理を行っている。年1回、職員個人面談と「パーソナルデザインシート」で職員の意向等を確認している。法人は労働関係法を遵守し労働環境水準に配慮している。現在、育児休暇を取得している職員が多い。浴室のリフト設備や防寒着・電動自転車の貸与等で介護職の負担軽減に努めている。 12. 職員のメンタルヘルスやハラスメントに関する相談窓口として、本部に「健康相談室」「明るい職場推進室」を設置している。さらに、ハラスメントに関しては、全職員に対して匿名でアンケート調査を行い、産業医が職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持に関わっている。福利厚生制度として、各種の手当や子育て支援、ヨガやフットサル・和太鼓などのスポーツや趣味活動等のサークル活動への支援、資格取得準備手当・資格取得奨励金、7日間連続リフレッシュ休暇等を整備している。職員の専用休憩室はリラックスできるほどの広さとは言えない。		
(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)		13. 法人機関誌「さくらだより」醍醐の家ほっこり広報誌「ほっこりんぐ」等で法人及び事業所の諸々の活動を紹介している。玄関に運営推進会議録を備え、情報の公表や第三者評価受診の証明証を掲示して来訪者や利用者等に法人の情報を周知している。地域の行事(夏祭り・野外リクレーション・ふれあい夏祭り・区民体育祭・こども神輿等に、職員が積極的に参加し支援している。 14. 毎月、認知症カフェ「オレンジサロン・ほっこり」を開催している。毎年開催の「サポーター養成講座」で2名のキャラバンメイトが活躍している。養成講座には毎回、15人～20人が参加している。		

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
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. ホームページやパンフレット、リーフレット、広報誌等で各事業所の活動を紹介している。また、見学希望者には随時対応し、急な申し入れにも応じている。利用者や地域に、月1回発行のデイサービス「かわら版」と年4回発行の広報誌「ほっこりんぐ」を配布している。情報誌は挿絵や写真、マンガ等を取り入れ、読み手にやさしく分かり易いように工夫している。			
(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. 利用料金を「重要事項説明書」にわかりやすく表記している。加算等については説明を追記し、文字の大きさも字体も確認しやすいように工夫している。地域福祉権利擁護事業や成年後見制度なども利用者が活用しやすいように支援体制を整備し、いつでも対応できる様にしている。実際に成年後見制度利用に繋がった事例がある。			
(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. 居宅支援事業所では、アセスメントを「全社協版アセスメント様式」を活用して実施している。見直しは、初回プラン作成時・区分変更時・更新時に行い、必要時は随時実施している。デイサービスでは、所定のアセスメントにADLチェックシートを加え、見直しは半年に1回、また、サービス内容に変更があった時に行っている。 18. 居宅支援事業所では、利用者一人ひとりから聴き取った意向をケアプランに反映させている。地域密着デイサービス/認知症対応型デイサービスでは、本人の意向を生活相談員が本人及び家族等、介護職員から聞き取っている。サービス担当者会議は可能な限り本人及び家族等の同席の上で実施している。 19. 看護師及び生活相談員が近隣の主治医と連携し、医療的ケアに対応している。居宅サービス計画の作成には各種の専門職に意見照会を行い、サービス担当者会議で直接意見を聴く等で利用者の情報を関係者と共有している。 20. 居宅介護支援マニュアルに基づいて、月1回のモニタリング訪問で評価を行い、見直しを6か月毎に実施している。また、支援計画の見直しは必要時に行っている。			
(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. 新規のケースについては主治医と面会や書面で情報を共有し、適切な指示を得ている。居宅介護支援マニュアルに基づいて、個別ファイルに関係連絡先リストを掲載し、必要に応じて連絡や照会を行っている。また、利用者の入院時には、「入院時情報提供書」を送信し、医療機関との情報共有に努めている。			

(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. 業務マニュアルと手順書を整備している。より実用的で分かり易い内容にするために、また、人事異動の際に職員が業務をスムーズに遂行できるように、種別会議等の「マニュアル会議」で随時見直しを行っている。事故・トラブル発生時は業務マニュアルの見直しの機会としている。 23. 利用者の情報を統一書式で管理している。居宅支援・デイサービスともに利用者のモニタリング記録及び支援経過記録を時系列に纏めた個別ファイルを整備している。文書管理規程に記録の保管・持ち出し・廃棄について定め、保管は施錠のある書架に整備している。職員は法定研修で個人情報保護について学び、研修の成果を伝達研修で職員間で共有している。 24. 居宅支援事業所では、毎日、利用者一人ひとりの支援内容をPC内「ほのぼの」の支援経過記録に記録している。デイサービスでは、毎日、利用者一人ひとりの情報を「ひだまり業務日報」に記録している。朝礼時に申し送り、ミニカンファレンスや月1回の職員会議等で検討している。デイサービス会議には、生活相談員の他、必要に応じて介護職員や看護職員も出席し、チームで情報を共有し、検討している。 25. 居宅支援事業は、月1回のモニタリング訪問で家族等から現況を聴き取り、汲み取った意向をサービス計画に反映させている。デイサービスでは、「連絡ノート」に利用者の様子や家族の意向を、また、デイサービスからの提案を記載し、情報交換・情報共有を図っている。デイサービスの広報誌「かわらばん」や施設の広報紙で情報を提供している。		

(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. 「感染症マニュアル」に沿って、研修委員会と衛生委員会が情報を共有し、年2回の法人内研修や事業所内研修で職員に周知している。法人本部より配信されるコロナウイルス感染対策関連のメールを朝礼などで伝達している。職員は検温・うがい・手指消毒を徹底し、訪問時は携帯用消毒液を所持する等、二次感染防止に努めている。デイサービスでは感染症の利用者受け入れに対する対策を検討し、感染予防のシュミレーションを行っている。 27. 法人と事業所の衛生委員会が連携し、隔月に安全パトロールを実施している。各事業所が相互チェックを行い、改善点などを事業所間で共有している。玄関・トイレ・通所フロアなどの共有部分の清掃は委託業者の清掃実施記録で確認している。室内は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。	A	A
(評価機関コメント)		28. リスクマネジメント委員会を設置し、事故対応マニュアルや緊急時対応マニュアル、所在不明者対応マニュアルを整備している。職員は法人主催の法定研修を履修し、各事業所で伝達研修を行っている。6月にAEDを使った救急救命研修、12月に警察署指導の交通安全教室を実施している。フローチャートを作成し、緊急時の指示命令系統を明らかにしている。 29. 事故報告書及びヒヤリハット報告書を基にリスクマネジメント委員会が事故の原因分析と再発防止策を検討し再発防止対策を図っている。また、事例をマニュアル見直しに役立てている。デイスサービスの転倒事故は骨折等、行政に報告している。 30. 事業所は福祉避難所の指定を受けている。防災マニュアルや火災発生時通報マニュアル、気象警報・非常措置対応指針、消防計画等を整備している。年2回消防署立ち合いの基でグループホームと合同で火災・地震を想定した防火・防災の実施訓練を行っている。また、地域との連携を位置づけたマニュアルを作成し、実施訓練に推進会議メンバーや地域の役員・一般住民の参加を促している。近隣住民参加型の防災研修を行い、「京都DMAT/災害派遣福祉チーム」を紹介している。南部包括支援センター管内の事業所合同模擬訓練に参加している。		

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. 法人理念に基づき、醍醐の家ほっこの基本理念やコンセプト、モットーに利用者本位や利用者の尊厳保持に配慮したサービスの提供を盛り込んでいる。年2回開催の事業所全体会議で行う各種委員会の総括報告で、職員は新たに人権尊重について認識を深め、法定研修(権利擁護、外部講師による虐待予防・防止)の伝達研修で研修の成果を共有している。</p> <p>32. 全職員はプライバシーや羞恥心に関する法定研修や伝達研修を履修している。また、年2回「マナー・接遇チェックシート/85項目」を使って、職員一人ひとりが自己採点を行いサービス向上委員会で協議・検討している。事業所単位で集計し、事業所の弱い点を次年度の事業計画や目標に挙げている。デイサービス(地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護)では、入浴時の介助を同性で行っている。各事業所のミーティングや職場会議で不適切事例を振り返ることで職員が常に問題意識をもってサービスを提供できる様に努めている。</p> <p>33. ケアマネジャー一人当たりの担当者数を35名とし、その数を超えない範囲で利用希望者を受け入れている。デイサービスでは医療的ケアや定員オーバー等で対応が困難な場合を除き公平に・公正に受け入れている。</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てている。	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 月1回、モニタリング訪問を行っている。不在の場合は、必ず後日に改めて訪問している。また、普段、電話連絡がつきにくい家族等に対しては、ケアマネジャーが直接、eメールで状況確認している。家族から直接聴取した意見・要望・苦情等をサービス向上委員会で協議し運営推進会議で報告している。2か所のデイサービスで、年2回、家族会を開催している。ご意見箱を設置している。</p> <p>35. 「クレーム対応マニュアル」に基づいて、即時解決可能なものを除き事業所会議で解決を図っている。報告書に苦情と対応内容を記載し職員全員の確認印で周知徹底を図っている。報告書を利用者全員や運営推進会議の参加者に配布し、議事録を玄関脇に置き来館者が閲覧できるようにしている。</p> <p>36. 法人本部に4名の第三者委員と直通の相談受け専用電話を設置している。また、事業所の相談受付担当者や対応窓口(サービス向上委員会、公的機関への相談窓口等)を重要事項説明書に明記し、利用者に周知している。地域密着型通所介護で介護相談員の受け入れは現在行っていない。</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てている。	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	B
(評価機関コメント)		<p>37. 年1回、サービス向上委員会が中心となり、利用者や家族に対する「利用者満足度調査」を行っている。結果の分析から課題を抽出し、機関誌「ほっこリング」や運営推進会議で公表している。課題に挙げた電話の対応について、その実践的マニュアルを作成し、全ての電話の傍に置いている。満足度調査をサービス向上に生かしている。</p> <p>38. 隔月開催のサービス向上委員会(各事業所から数名出席)でサービスの質の向上に関する検討会議を行い、協議事項や結果を各事業所に持ち帰り、事業所単位で再度検討している。また、法人内の事業種別部会に出席し情報交換を行っている。月例の醍醐地域事業所連絡会や醍醐北部包括支援センター主催の主任ケアマネ連絡会「YDネット」、不定期の「醍醐地域ケア会議」等に出席し、事例検討や意見交換を通して自事業所以外の事業所の取り組みを学んでいる。</p> <p>39. 3年に1度、第三者評価を受けている。2か月に1度、衛生委員会の主導による衛生パトロールで他の事業所と相互チェックを行っている。また、マナー・モラルの自己チェックを各委員会で行っている。組織全体のテーマ別の評価は行っているが、組織全体の事業に関する運営や介護サービスの運営、利用者保護の観点に立った総合的な自己評価については、居宅介護支援事業では第三者評価受診年度以外に実施していない。</p>		