

アドバイス・レポート

令和2年9月27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2年7月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた洛和デイセンター西ノ京につきましては、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 継続的な研修OJTの実施 職員が職務を通じて自己実現を図る為に、研鑽意欲を持って上位資格に挑戦することは極めて重要なことです。その為の研修計画は体系化されていることを書面で確認できました。介護事業部には施設、デイサービスを対象としたキャリアパス制度があり、訪問看護部門にはラダー制度が構築され、職能に応じて昇格制度があります。 現在のコロナ禍の中、従来のような研修対象者が一同に会しての研修スタイルは極めて難しく、各種研修にはビデオによる研修ツールを整え、リモートによる研修方式をいち早く実施しています。コロナ禍の中、医療・介護従事者にかかる精神的負荷は大変なものがある中、新たな研修方式を整え実践されています。</p> <p>通番 12 ストレスの管理 職員の業務上の悩みやストレス解消に関する相談窓口は「心の相談（ヒューマン・フロンティア）のご案内」というパンフレットを元に、EAPを担う外部機関に無料で相談できる仕組みがあります。メンタルヘルスやハラスメントに関して規定が定められており、福利厚生ガイドブックにも明記されていました。スタッフの休憩所は、一旦、業務から離れて足を伸ばしてくつろぐ場所があり、現在は密にならないように代替えの場所も用意しています。スタッフの腰痛予防にコルセット助成金があるなど、職員がリフレッシュできる為の仕組みが充実しています。職員が心身共に充実して職務に精励できるように配慮されています。</p> <p>通番 26 感染症の対策及び予防 感染症予防について感染症マニュアルを策定しています。特に新型コロナウイルスのマニュアルは母体医療法人が3月に独自に作成し各事業所に配布した後も、4回改訂や補足をして取り組みの充実を図っています。法人の看護師会議に出席した看護師が「手洗い、手指消毒、マスクの正しい着用、実践編」マニュアルに基づき全職員に手洗いや消毒の指導を行っています。更に法人全体で11月に定例の感染症予防研修をビデオ研修等で予定しており、不参加者には伝達研修をすることとしています。</p> <p>通番 37 利用者満足度の向上の取り組み 年に1回利用者満足度調査を実施しています。調査結果はまず各事業所で分析、改善策を検討し法人事業部に報告。事業部では全事業所の分析検討結果をまとめ、その結果は管理者会議を通じて各事業所に伝達。各事業所は利用者・家族に報告することとしており、常に利用者の意向把握、顧客満足につなげる法人全体としての系統的・組織的な取り組みがなされていました。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>通番 7 管理者等による状況把握 管理者は事業所を離れる際は業務用携帯で連絡・対応ができるようにしています。不在時であっても連絡網で連絡が取れるようになっていました。事業の実施状況は、管理日誌に記録、特に重要事項は特記事項に記載、終礼時に口頭で連絡を行っています。全員に口頭で伝達できていない場合には書面を利用し回覧しています。しかし、スタッフが回覧を確認したか、周知できているかどうかを管理者が確認する手段がありませんでした。</p> <p>通番 13 地域への情報公開 法人の広報紙やパンフレット、ホームページを活用し運営理念や事業所の概要を地域に開示しています。情報の公表はワムネットで閲覧できる仕組みがあります。事業所として、利用者が地域との交流や地域の情報を得る機会が少ないのが現状となっています。</p> <p>通番 30 災害発生時の対応 災害発生時の対応マニュアルが整備されています。消防署立ち会いで2階3階のグループホームと合同で消防訓練を年2回行っていますが、直近ではコロナの影響で消防署の立ち合いはなく、防火管理者が主導して実施しています。10月には法人の防火・防災研修を予定しています。緊急時連絡網により指揮命令系統は明確になっており、備蓄は近くの母体医療法人が保有しています。しかし、被災時近隣住民との連携を意図した訓練は実施されていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 7 管理者による状況把握 日々のサービス提供上の職員間の情報共有は、サービスの質向上に向けて極めて大事な点であります。日々の状況把握の為に管理日誌、回覧した書面には、職員が確認したという印鑑欄等を設け、職員全員に周知できていることを、管理者自身が把握できるようにする為の工夫をされることを期待します。</p> <p>通番 13 地域への情報公開 事業所の運営が地域に根差した運営となっているかは事業運営上極めて重要な要素です。一方で地域の皆さんから事業所がどのように評価されるかを知ることと同じように重要です。事業所から地域に向けた情報開示に努めているのと同様に、地域の様々なイベントや催しを利用者に伝え、参加することで、利用者や事業所と地域との距離感がより近くなり、良好な関係が築かれることを期待します。</p> <p>通番 30 災害発生時の対応 事業所が所在する地域には自治会組織もあるとのこと。事業所の2階3階にはグループホームも併設されており、特に夜間に災害が発生した時には、自事業所の職員のみでの避難することは困難が予想されます。地域の自治会等と防災協定を検討するなど、地域との協力関係を構築しながら、より安全・安心な事業所運営に注力されることを望みます。</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	2670300819
事業所名	洛和デイセンター西ノ京
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)	
訪問調査実施日	令和2年9月11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。	B	A
	(評価機関コメント)			1. 「毎朝朝礼時に理念の唱和を行っている」との説明を受けた。また、ホームページ及びパンフレットや広報誌からも確認ができた。 2. 年2回法人幹部会で、アクションプランを基に法人としての意思決定を行う仕組みがある。理念にある顧客満足が反映される仕組みとして、理事会(本部役員会)から介護事業部そして、エリアマネージャーからデイ事業所と体系化されていることを確認できた。また、職務基準はディマニュアルで権限と責任を明記していた。		
(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。	B	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. 法人としての中・長期計画は役員会で検討・策定している。また、デイ事業部として長期計画を3年・中期計画を2年とし、単年度計画は中・長期計画に基づき、事業所内フロア会議にてスタッフの意見を抽出して策定している。単年度事業計画はN○1シートにアクションプランとしてまとめ、進捗・フォローしている事が確認できた。フロア会議を欠席したスタッフは、回覧で情報を共有している。 4. デイサービス事業部として質向上の為のアクションプランを策定しており、通常は各職種別会議(介護職・看護師・機能訓練士・管理者会議がある。)にて進捗・見直しをしている。今年はコロナの影響を受けて管理者会議が月1回開催され、その中で進捗確認を行っている。		

(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。	B	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. 遵守すべき法令はリスト化し、一覧表にしている事を書面で確認できた。事業所のパソコンからも遵守すべき法令は、スタッフが見ることができていた。スタッフへの研修は密を避ける為、新たな取り組みとしてビデオ研修を実施。そのことにより、各事業所で見る事ができ、研修に参加するための往復の時間の削減にも繋がっている。また、フロア会議で自主点検の勉強会を行い自主点検を実施し、全スタッフが法令順守を常に確認していることがわかった。 6. 管理者の役割と権限は明確に文章化されており、スタッフも見ることができていた。事業所の運営方針は、デイサービスでの課題を管理者会議で報告すると共に、業績会議に参画し意見を述べている。フロア会議はN o 1シートを活用しスタッフの意見が反映されていた。上司はスタッフからの信頼を得ているか、の評価も実施している。又、スタッフへ仕事に対する遣り甲斐アンケートを実施。法人としてもES部会があり、自己申告書(所定の項目)に記入し年2回、面談を行っている。 7. 管理者は事業所を離れる際は業務用携帯で連絡がつくように対応ができていた。不在時であっても連絡網で連絡が取れることを書面で確認できた。事業の実施状況は、管理日誌、日々の記録や重要事項は特記事項に記載、終礼時に口頭で連絡を行っている。全員に口頭で伝達できていない事は書面を利用し回覧している。しかし、スタッフに周知できているのか判断できるものがない。緊急時は、連絡体制フォローチャートを書類で確認できた。事故発生時のマニュアルも書面で確認できた。緊急時あんしんファイルはフロアに掲示されていた。		

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。	B	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。	B	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. 人員配置は勤務表で確認。法令に基づいた方針に沿って適切な人員基準を満たしていた。資格支援制度として、無資格者に対しては、法人自前の制度を利用し初任者研修及び実務者研修資格取得ができる仕組みがある。社内研修として、介護福祉士及び社会福祉士、介護支援専門員の受験対策講座を行っている。有資格者の割合は、全体の8割(非常勤も含む)である。常勤と非常勤の割合は、9(常勤)対7(非常勤)を基本的な考え方としている。採用時は、主に有資格者優遇の形を取っているが、デイサービスは接遇面を大切にしており人柄も重視している。</p> <p>9. 研修計画は体系化されていることを書面で確認できた。介護事業部には施設、デイサービスを対象としたキャリアパス制度があり、訪問看護部門にはラダー制度があり、職能に応じて役職昇格制度がある。外部研修は予算立てされており、研修内容を管理者が精査し、スタッフへ研修内容を伝えている。現在、外部研修はコロナの影響もあり希望者がいない。</p> <p>職員の気づきはヒヤリハット(N.1シートに記載)やフロア会議で吸い上げ、質向上に繋げていることを書面で確認できた。伝達研修は、終礼時に月1回実施ができていないことを書面で確認できた。</p> <p>10. 実習受け入れのマニュアルは作成されていた。実習の受け入れは、中学生のチャレンジ体験実習、eラーニング西ノ京看護協会看護学校生を受け入れている。実習指導者への研修については、法人内で実施している。</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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇や時間外労働は管理者等が確認することができている。時間外労働の多い職員には個別に面談を実施。三六協定に従って人事採用担当者が残業の多いスタッフの業務の負荷の分析を行っている。育児休暇や介護休暇はしっかり運用され対応されていた。</p> <p>12. 職員の業務上の悩みやストレス解消に関する相談窓口は「心の相談(ヒューマン・フロンティア)のご案内」というパンフレットを元に、EAPを担う外部機関に無料で相談できる仕組みがある。メンタルヘルスやハラスメントに関して規定が定められており、福利厚生ガイドブックに明記されていた。スタッフの休憩所は、一旦、業務から離れて足を伸ばして休めることができる場所がある。現在、密にならないように代替えの場所も用意している。スタッフの腰痛予防にコルセット助成金がある。</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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>13. 法人の広報紙やパンフレット、ホームページを活用し運営理念や事業所の概要を地域に開示していることを確認できた。情報の公表はワムネットで閲覧できる。利用者が地域との交流や地域の情報を得る機会が少ないのが現状である。</p> <p>14. 地域住民対象に浴和健康教室を開催。認知症の知識や理解に繋がる講座を各デイサービスセンターが地域に出向いて実施している。その他、地域包括支援センターと協力し、見守り支援体制に協力している。</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
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で事業所の概要は確認できた。内容は写真入りで、分かり易い言葉を用いている。月刊誌「おこしやすだより」も見学者、利用者、居宅介護支援事業所等に配布し広く情報提供している。見学希望者や体験入所も随時受け付けていることが相談記録により確認できた。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書別紙により、サービス内容や利用料、介護保険外費用は個別に詳しく説明し、利用者又は家族等の同意を得ていた。成年後見制度は現在保佐人を立てている方が1名いる。どの職員も成年後見制度を理解し、必要に応じて案内や説明ができる様事業所内で研修をしたことを研修報告にて確認した。パンフレットを事業所内に置き、必要時はケアマネジャーと連携し成年後見に取り組む用意がある。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		17. 法人所定のアセスメント用紙で6か月に一度アセスメントを行っている。排便コントロールや入浴の判断などを医師やケアマネジャーと相談の上アセスメントに反映させている。ニーズや課題はサービス担当者会議や3か月に一度の利用者宅訪問を通じて把握している。 18. アセスメントに基づき個別の通所介護計画が作成されている。利用者や家族の意向を尊重し、具体的な介護計画書を立案、本人・家族等の同意を得ていた。サービス担当者会議に本人や家族の参加があることをサービス担当者会議録で確認した。 19. サービス担当者会議に出席して他の事業所と意見交換をしている。デイの看護師が直接医師から指示を貰ったり相談員が介護支援専門員と連絡を取り合うなど情報交換を重ね、事業所内のカンファレンスを経て通所介護計画書を作成している。居宅のケアプランとの整合性も確認した。 20. 毎月「利用者状況報告書」を居宅のケアマネジャーに渡しサービスの実践状況と継続の可否を報告している。3か月に一度のモニタリングによりサービス実施状況を事業所内で検証し必要に応じて計画の変更・追加をしている。「デイサービス介護・ケアプランに関するマニュアル」に介護計画作成の手順と変更基準が定められている。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		21. デイの看護師や相談員が医師に直接医療上の相談をしたり、ケアマネジャーを通じて照会依頼するなど日頃から関係者との連携体制はとれている。病院や各種機関のリストは用意されており、いつでも取り出せる。退院時カンファレンスへの出席、看護サマリー入手など退院時の医療連携も確認できた。包括支援センターとは予防の利用者を通じて連携している。		

(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。	B	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。	B	B
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. 各サービス管理者の一部がマニュアル委員会メンバーとしてマニュアルの策定や改変に関わっている。職場の意見やアンケート結果や事故報告を反映させて途中で改訂したマニュアルもある。毎年6月に一斉見直しをしていることを「マニュアル項目一覧表」で確認した。</p> <p>23. 法人の介護ソフト内の「日常記録」欄に入浴・食事量・状態の推移など具体的なサービス内容を記録している。サービスが計画通り実行されているかどうかは3か月に一度のモニタリング記録で確認できた。個人情報管理規定により文書管理がなされ、帳票類は施錠の上保管している。パソコンはIDとパスワードで管理、職員のみが利用できる。</p> <p>24. 終礼時のミーティングで情報共有を図っている。特記事項はパソコンから抽出し、印刷し日誌として職員間で共有しているが、全職員の閲覧記録が確認できなかった。モニタリングやケアカンファレンス記録は多職種参加の上意見集約をしていることが帳票の記録と押印から確認できた。</p> <p>25. デイサービス利用時の連絡帳での意見交換、送迎時の家族との対応、3か月に一度の相談員の訪問により定期的に家族と交流し情報収集をしている。相談員の訪問記録を確認した。毎月写真入りの「おこしやすだより」を家族に配布しデイでの様子を知らせている。</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	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)		<p>26. 感染症マニュアルがある。特に新型コロナウイルスのマニュアルは母体医療法人が3月に独自に作成し各事業所に配布した後も、4回改訂や補足をしたものである。法人の看護師会議に出席した看護師が「手洗い、手指消毒、マスクの正しい着用、実践」マニュアルに基づき全職員に手洗いや消毒の指導をした。更に法人全体で11月に定例の感染症予防研修を予定しており不参加者は伝達研修をすることになっている。</p> <p>27. 事業所内の書類や備品は整理整頓されている。このところ頻回フロア、トイレ、手すり等の清掃や換気をしているというが、確認をする方法があればなおよい。事業所内やトイレ等は清潔で臭気はなかった。</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。	B	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。	B	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)		<p>28. 事故・緊急時・離設等のマニュアルがあり、法人内での救急救命、AED訓練も行っている。誤嚥・転倒・意識消失など、想定される事故の対処方法と緊急時連絡体制をイラスト入りのフローチャートにして綴じ、職員の目につく場所に置いている。交通事故対応マニュアルは送迎車内にも備えている。</p> <p>29. 「検討振り返りシート」にヒヤリハット・不適合・重大事故の報告と対応を記載し検討する仕組みがある。シートには家族への説明者と説明日時を記載している。重大事故は12時間・24時間の2回報告をあげる。事業統括やN○1課から介護事業部や本部に報告すると共に、フロー会議でも課題としてN○1シートに記載し再発防止への検討を重ねている。送迎車のドアでの指詰めからマニュアル変更に至った例がある。</p> <p>30. 災害発生時のマニュアルがある。消防署立ち会いで2階3階のグループホームと合同で消防訓練を年2回行っているが、直近ではコロナの影響で消防署の立ち合いはなく、防火管理者が主導して実施した。10月には法人の防火・防災研修の予定がある。緊急時連絡網により指揮命令系統は明確であるが、被災時近隣住民との連携を意図した訓練はしていない。備蓄は近くの母体医療法人が保有している。</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
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. 日々の終礼時にスピーチロック等の振り返りを行うと共に、3ヶ月に一回「身体拘束ゼロ委員会」を開催、身体拘束ゼロマニュアルに沿ったサービスの提供に関する検証を行っている。また、虐待、身体拘束、権利擁護に関する研修を年一回開催していることを報告書で確認した。</p> <p>32. 入浴時やオムツ交換の際には、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮し、カーテンやパーテーションを活用、また同性介助を原則としている。不適切ケアが見受けられた際には不適合報告書にまとめフロア会議で検討、ケアの質の向上に務めている。キャリアパス中級研修の中でプライバシー保護に関する研修を行っている。</p> <p>33. 利用者の決定方法は、エリア以外で無い限り原則「断らない」を基本姿勢として対応している。保有設備で対応できないような場合には法人内他の事業所を紹介することで対応している。</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。	B	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	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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. 日常的な利用者との情報共有は連絡帳を活用すると共に、3か月に一回は居宅に訪問し、居宅訪問チェックシートに従って意見や要望を聞いている。また、年一回利用者満足度調査を実施し、利用者の意向を確認するようにしている。</p> <p>35. 苦情対応について、苦情対応マニュアル並びにNo1シートに従って記録・処理報告書も作成され、組織的な対応がなされている。また、事例は介護事業部を通じて各事業所に回覧、情報の共有並びに再発防止に努めている。</p> <p>36. 重要事項説明書に明記し、苦情等のある場合の相談窓口について、利用者並びに家族に説明している。ただ、介護相談員等、事業所関係者以外の第三者を相談窓口とするなど、利用者の相談機会を確保する為の対応がなされていない。</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。	B	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	A
(評価機関コメント)		<p>37. 年に1回利用者満足度調査を実施している。調査結果は各事業所で分析、改善策を検討し法人事業部に報告。事業部では全事業所の分析検討結果を纏め幹部会議にて報告、検討される仕組みとなっている。また、その検討結果は管理者会議を通じて各事業所に伝達。各事業所は利用者・家族に報告することとしており、常に利用者の意向把握、顧客満足につなげる系統的・組織的な取り組みを確認することができた。</p> <p>38. 月一回、法人内他の事業所の管理者等が集まる管理者会議や業績会議の中でサービスの質向上並びに不適合サービスについて事例を基に検討する機会を設けている。そこでの検討内容については事業所内会議で報告。法人全体としてサービスの質の向上に繋げる為の体制が整備されていることをN○1シートで確認することができた。</p> <p>39. サービスの提供内容が、利用者のニーズに沿ったものとなっているか、法令やマニュアルに従ったものとなっているか、事故や苦情に対する改善策が実行されているか、といった視点の68項目からなる事業所評価の仕組みが構築されている。これは、介護事業部が主催し各事業所を訪問、各項目ごとに4段階で評価する仕組みとなっている。この取り組みは年一回実施し、質の向上並びに課題の明確化を図りアクションプランに繋げている。3年に一度の第三者評価の受診ができています。</p>		