

様式 7

アドバイス・レポート

2021年 1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

2020 年 11 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 【葵会総合ケアステーション】様につきましては、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>1. 理念・運営方針に基づき利用者に寄り添ったサービス提供に取り組まれています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「利用者の立場に立ったサービス、利用者本位のサービス」の理念に基づき、職員は日々の業務の中で、利用者の要望や意見の把握、丁寧な対応に努め、行動や態度が利用者を尊重したものになっているか、常に反芻しながらサービスの提供を行っています。 ○ 利用者保護の観点から、虐待の可能性のあるケースについては、地域や関係機関と連携し、きめ細やかに情報収集を行い、利用者一人ひとりの状況に常に配慮したサービス提供に取り組んでいます。 ○ 毎年実施する「利用者アンケート調査」の結果から、経年的に苦情・意見・要望等の課題を抽出・分析し、サービスの提供内容が利用者・家族の思いの実現に繋がっているかを検証しています。新たな意見や要望については、部署会議で原因や問題点を検討し、速やかにサービス計画の見直しに繋がっています。また、アンケート結果を広報誌に公表し、自らの事業の透明性を高めています。 ○ 業務マニュアルは、適正に見やすく整備され、毎年、居宅部会等で適宜見直しを行い、その都度、部署会議等で周知されています。利用者アンケートやインシデント／アクシデント報告書から業務の改善点を見出し、速やかにマニュアルの見直しを行うことで、サービスの質の向上に繋がっています。 <p>2. 研修計画が整備され職員の資質向上が図られています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 研修計画が整備され、法人内では新入・中堅・管理職等の階層別研修、法令・接遇・感染症対策等の専門研修が、毎年度計画的に実施されており、外部研修への参加も指示しています。 |
|-----------------------------|--|

| | |
|--------------------|---|
| | <p>○ 職員の個人別研修は、毎年、職員自身が達成目標を立てて参加しています。各人の課題については、上司と年 3 回、研修内容と達成状況を確認することで、職員ごとの能力が伸ばされ、業務の達成感獲得にも繋がっています。</p> <p>○ 内部研修・外部研修・個人別研修が体系的に定められ、職員の経験年数や希望によって、段階的に必要な知識や技能を身に付けることができる仕組みが出来ており、職員の資質の向上が図られています。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由（※） | <p>1. 記録と情報管理の ICT 化について</p> <p>○ サービス提供にかかる記録の管理は徹底され、ケース記録等個人情報の持ち出しも、必要時以外は行われていません。また、利用者情報の保護も徹底されていますが、今後の課題として、紙媒体の情報管理からデジタル化への移行は、業務内容の見直しやサービスの効率化等にも影響してくると思われ、避けて通れない課題であると考えます。</p> <p>2. 第三者相談窓口の開設について</p> <p>○ 現在、公的機関の相談窓口を利用者に説明するとともに広報誌等にも掲載するなど周知を図られていますが、公的機関の窓口や事業所関係以外の第三者が、利用者・家族の相談、苦情や意見等を聴くことも必要かと思われれます。</p> |
| 具体的なアドバイス | <p>1. 記録と情報管理の ICT 化について</p> <p>○ 利用者は増加し、さらなるサービスの質の向上も求められてきている中、大量の利用者情報やサービス内容を、日々の確に記録して、分析・管理することが重要になってきています。介護現場の ICT 化により、現場の情報を素早く記録・伝達・処理することにより、作業の効率化が図られるだけでなく、利用者の状況を映像で伝えるなども簡単・確実に出来るようになります。また、ICT 化を図ることで事務作業時間が短縮され、利用者に向き合う時間が増加することで、理念に沿ったサービス提供にも繋がるものと思われれます。</p> <p>2. 第三者相談窓口の開設について</p> <p>○ 現在設置されている利用者への苦情相談窓口だけではなく、第三者が公正・公平な立場で、利用者や家族の意見を傾聴することができる窓口も必要かと思われれます。公的機関ではなく、普段の会話が出来るといった相談窓口があれば、気兼ねなく些細な状況を相談でき、より利用者の立場に立ったサービスの提供に結びつくのではないかと考えます。</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 | 2660190022 |
| 事業所名 | 医療法人葵会総合ケアステーション |
| 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) | |
| 訪問調査実施日 | 令和2年12月18日 |
| 評価機関名 | NPO法人きょうと介護保険にかかわる会 |

| 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、運営方針を明確化・周知しています。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. 事業所の理念及び運営方針を、ホームページや広報誌むつみに明示し、内外に周知しています。毎年、職員全員が参加する総括会議で、サービス提供の基本姿勢の確認と併せて、理念の周知徹底が図られています。また、名札の裏面にも理念が記されて、職員への浸透が図られています。 2. 法人全体の理事会・管理委員会・役員会議等、役職別の会議が定期的開催され、透明性が確保されています。また、案件別の意思決定方法及び各職種の責任と権限も、明確に定められています。事業所では、非常勤を含めた職員全員が毎月参加する部署会議があり、出された意見は各会議に反映されています。 | | | |
| (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. 5年ごとに中・長期計画を策定されており、今年度見直しの時期になっています。単年度事業計画は、総括会議で示された法人の方針に基づき、部署会議で策定しています。 4. 総括会議において各部門の課題が設定され、毎月の部署会議で、進捗状況の確認をしています。また、自主点検シートを活用して、年3回、到達状況の見直しをしています。 | | | |

| (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 | 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) | | <p>5. 経営責任者は、介護福祉責任者研修や京都府の集団指導に参加するとともに、新たな法令情報をネット等で確認し、始業時ミーティング等で周知しています。法令遵守規程を定め、職員全員が活用できるように、関係法令をリスト化して整備しています。また、毎年、法人全体での研修会や自主的に「個人ワーク」で、法令順守及びコンプライアンスの学習をするなどの取組みを行っています。</p> <p>6. 組織図・職務規程があり、管理者は、自らの役割と責任を明確にするとともに、部署会議等では積極的に職員の意見を聞き、リーダーとして事業運営に当たっています。また、年1回、個別面接で、自らの行動が職員の信頼を得ているか、意見を聞いています。</p> <p>7. 管理者は、常に事業の状況を把握できる体制で業務にあたっており、携帯電話を所持し、緊急時にも対応しています。また、常勤職員が、1週間交替で緊急用電話を担当し、24時間体制で管理者に連絡を取れる体制となっています。業務日誌・インシデント/アクシデント等報告書によっても、状況を随時把握しています。</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. 必要な人材や人員体制、年齢構成など、人事管理に関する基本的な方針が確立しています。「きょうと福祉人材育成認証制度」取得事業所として、給与・休暇・資格取得支援・労働環境などを積極的に開示し、人材確保を行っています。計画的に主任ケアマネの資格取得を進めており、資格取得条件が整えば、実務研修や費用援助、勤務免除等の支援をしています。</p> <p>9. 採用時研修をはじめ、職責や経験に応じて段階的・体系的に学べる研修プログラムが定められています。年間の研修計画に基づき、外部研修・法人内部研修が受講されています。管理者は、入手した研修情報を全職員に周知し、研修受講が指示されています。外部研修受講者は、受講報告書を提出し、職場で伝達研修を行い、他の職員の気づきに繋げています。職員には、毎年、個別面接(目標面接)で各々の課題を設定し、年3回及び適宜助言・指導を受けるスーパービジョンを行っています。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルが整備され、実習指導者研修を受講しています。今年度はケアマネ実務研修及び看護学生の実習生を受け入れています。</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) | | 11. 職員の就業状況（有給取得、残業時間等）は法人の管理委員会で把握しています。異動希望や仕事に関する意見などは個別面接で把握し、管理委員会と情報の共有を図っています。育児休業・介護休業制度があり、時短勤務の利用もされています。 12. 外部の相談機関と契約し、年度始めにカウンセリングガイドを全職員に配布、カウンセリング以外にメンタルヘルス健診を年1回、インターネットで受診できます。組織や上司に対する要望・不満を申し出る機会が保障されています。所属する共済会には、非常勤職員も加入でき、レクリエーション行事に参加機会があります。複数人が寛げる休憩室も完備されています。各種ハラスメント規程があり、とりわけパワーハラスメントについては「パワハラ防止委員会」を設置し、事業所として重点的に取り組んでいます。 | | |
| (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. 広報誌を年2回発行しており、利用者情報や行事等豊富な内容が掲載され、地域ケア会議等で配布しています。ホームページを毎月更新するとともに、利用者アンケートの結果を、毎年掲載し開示しています。 14. 毎年「健康教室」を開催し、利用者や地域の方へ参加を呼び掛けています。地域の納涼会で住民の健康チェックを行っており、事業所の消防訓練には地域住民の参加を呼び掛けています。また、夏場には、高齢者の熱中症予防のために、事務所1階を休憩場所に開放し、3階の会議室は、町内会議や介護予防教室に提供しています。 | | |

| 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. ホームページを毎月更新し、居宅支援事業所のブログも適宜更新され、運営方針等に沿った事業に対する職員の思いを知ることができます。また、事業所パンフレットや年2回発行の広報誌を用いて、利用者に情報提供しています。 | | | |
| (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. 契約時には、重要事項説明書を用いて料金や加算、保険外料金等の説明を行い、書面で同意を得ています。利用者の判断能力に支障がある場合は、家族もしくは後見人等の同意を得ています。利用者には、成年後見人制度や権利擁護事業（日常生活支援事業）の説明と申請支援をしています。 | | | |

(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く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) | | <p>17. 所定のアセスメント様式を使用し、法令で定められた基準に基づきアセスメントを行っています。主治医や専門職など複数の視点から利用者ニーズの把握や課題を確認し、アセスメントに反映させています。作成後は主治医等に再確認し、その内容は、ケアマネジャー全員で共有しています。生活歴の聞き取りは、初回だけでなく継続的に行い、利用者状況の的確な把握に努めています。</p> <p>18. 個別援助計画の策定に当たっては、アセスメントに基づき具体的な目標が設定され、本人・家族の希望や要望を尊重して計画に反映させ、書面で同意を得ています。サービス担当者会議は、可能な限り本人・家族が参加できるように努めています。</p> <p>19. 計画策定に当たっては、サービス担当者会議に「居宅支援サービス計画原案」を提出し、医師や看護師、OT/PTなど専門家の意見を聞いています。特に医療系サービスが必要なケースについては、事前に主治医に利用の可否・注意点等を「居宅介護支援計画連絡表」で確認しています。各サービス事業所の個別援助計画書を取り寄せ、整合性を図っています。</p> <p>20. 毎月利用者宅を訪問し、モニタリングを行っています。利用者の状況の変化等により見直しの必要を認めた場合は、サービス担当者会議を開催し、専門家等にも意見照会しています。</p> | | |

(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. 入院時は在宅時の情報を医療機関に提供し、退院時には入院中の情報収集を行い、必要に応じてカンファレンスを開催して意見交換を行っています。困難事例には、医師や地域包括支援センター・行政・サービス事業所と連携し、支援を行っています。看護サマリー、主治医意見書等で情報収集を行い、病状の変化が見受けられる際は、主治医に報告しています。 | | |

| (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) | | <p>22. サービス提供に関する業務マニュアルが整備され、年1回、部署会議等で見直しを行い、更新日を記録しています。マニュアル類は、ファイルに見やすく一覧整理され、常時職員が確認できるようにしています。インシデント/アクシデント報告書からの業務改善については、部署会議で意見交換を行い、必要と認めた場合は、マニュアル改訂を行っています。</p> <p>23. 利用者一人ひとりの記録が書面で整備され、サービスごとの状況が記録されていて、個別援助計画に沿ったものとなっているかが確認できています。個人情報、規則に基づいた取り扱いが行われていて、持出資料は最小限にし、持出しボードに記録するなど適切に管理しています。毎年法人で研修会を開催しており、参加した職員は、その内容を全職員に報告し、周知しています。</p> <p>24. 毎朝のミーティングで、利用者情報の共有を図り、業務日誌で、担当者会議や入退院・新規相談・特記事項等の内容について確認しています。困難事例等は、部署会議・定例会議で検討し、支援内容を共有しています。年2回、総合ケアステーションの各部門が連携し、事例検討を行い、職員間の意見集約をしています。</p> <p>25. 毎月のモニタリング訪問は、家族を含めた面談ができるよう、訪問日時に配慮しています。遠方の家族には、必要に応じて、モニタリング結果を電話やメールで報告するなどして、月1回は、キーパーソンや家族と情報交換をしています。</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. 感染症対策及び予防に関するマニュアルがあり、毎年法人が開催する感染症予防研修会に参加しています。参加者は、部署会議で伝達を行い、定例会議でも報告しています。行政等のホームページから最新情報を常に入手し、職員に周知しています。</p> <p>27. 事業所内の書類・備品等は整理整頓し、適正に保管しています。年3回、事業所内の定期清掃を業者委託し、職場は、職員全員で清掃をしています。換気は毎日行い、コロナ禍に伴い、7月に部署共通の日直業務マニュアルを見直し、居宅部署の業務内容をより細分化して、効率的で安全な衛生管理を行っています。</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。 | 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) | | <p>28. 事故・緊急時の対応マニュアルがあり、毎月の事故・インシデント/アクシデント報告を、職員全員で検討・分析し、対応しています。法人内の事故防止委員会が主催する研修会に参加し、参加者は、職場に内容伝達を行っています。緊急連絡網が職員に配布され、マニュアルに沿った指揮命令系統を明らかにしています。</p> <p>29. 事故・インシデント/アクシデント報告について、ミーティングや部会で原因や対応方法について検討し、職員に周知しています。事故管理委員会にも報告し、事業所全体として再発防止策を確認するとともに、改善策をマニュアル改訂に繋げています。</p> <p>30. 法人の「非常・災害時マニュアル」に基づき、事業所独自のマニュアルを策定し、毎年、職員研修を行うとともに適宜見直しをしています。年1回は、消防避難訓練の実施、または消防署からの訪問指導を受け、避難訓練実施時は地域へ周知し、消火訓練への参加を呼び掛けています。「私の避難計画」と題した利用者ごとの避難情報をリスト化しており、地域避難計画との連携を検討しています。</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. 理念、運営方針、基本姿勢に、利用者の意思および人権を尊重したサービスを行なうことを、明記しています。利用者・家族からの苦情や尊厳への配慮が足りないと思われる事柄に関しては、苦情報告書で業務を振り返り、事例検討を行うことで業務に反映しています。虐待防止法などの研修会に参加し、内容の伝達を行なっています。家庭内もしくは地域から、虐待の可能性が疑われる情報を収集・検討し、サービス事業所や包括支援センターと協力して、解決に当たっています。</p> <p>32. 人権・倫理・個人情報に関する研修会を法人で開催しています。参加者は職場で伝達を行い職員に周知しています。プライバシー保護についてマニュアルがあり、部内で研修会を実施しています。</p> <p>33. 居宅介護支援事業所として、サービス提供地域の利用希望者の受入れを運営規定に基づき公平・公正に行っています。運営規定に定めた「サービス提供地域外」の相談については他の事業所を紹介しています。</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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 34. 重要事項説明書に、意見・苦情・要望の窓口を記載し、利用者に説明しています。家族同士の交流の機会やスタッフ・専門医との相談の機会を設けるとともに、日々のモニタリング訪問でも、利用者・家族の話を傾聴し、希望や意向を引き出す努力をしています。 35. 利用者から寄せられた意見・要望・苦情は、それぞれ整理分類し、管理委員会や部署会議で分析や改善策を検討して、管理者に報告しています。自事業所に関わるものは、速やかに対応を検討し、部署会議でも共有しています。 36. 公的機関の相談窓口は、重要事項説明書に記載するとともに、事業所玄関の掲示やホームページ等で周知しています。葬会の法人や友の会に相談された事項にも、対応しています。第三者窓口の設置について検討しています。 | | |

(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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 37. 毎年利用者アンケートを実施し、結果は広報誌やホームページに公表しています。また、調査結果は部署会議で検討し、サービス改善のための計画を作成するとともに、マニュアルの改訂にも繋げています。2019年度利用者アンケートは、ケアマネジャーによる聞き取りも実施し、前年より回収率を上げ、より多くの課題の把握に繋がっています。満足できないところ・改善してほしい項目について、部署会議で協議・検討し、対処方法を、（議事録と一緒に）職員に回覧して周知を図っています。 38. サービスの質の向上を目指し、意見・要望・苦情やインシデント/アクシデント報告について部署会議で議論し、改善の為に協議を行っています。協議結果は、管理委員会・役員会議で報告され、問題意識を共有しています。検討内容は、事業所の接遇や支援内容を改善する取り組みに生かされています。事業圏域の居宅介護支援事業所世話人会や法人内のケアマネジャー委員会（隔月）に参加して、積極的に他事業所の取り組みを学び情報交換をしています。 39. 総括会議でサービスの評価を行い、次年度の事業計画に生かしています。年1回は、他の居宅事業所からの外部監査を受けるとともに、自事業所からも他の事業所に出向き、法人内でサービスの質の向上に努めています。第三者評価を3年毎に受診しています。 | | |