

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 1 月 1 2 日

令和 2 年 1 2 月 1 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ハーモニーこがなの家 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 2) 組織体制 (通番 9) 継続的な研修・OJTの実施 組織において、法人のミッション、部門のミッション、個人の目標がすべて紐づけされ、連動する仕組みが構築されていました。これに加え、各々の会議の目的や、会議出席者の役割等級等も明示され、法人が求める人材像が明確になっていました。この基盤をもとにしてキャリアパス制度が構築されていました。また、法人理念や部門のミッションを意識しながら、自らの成長を振り返ることができる「成長記録シート」を用いて、定期的な職員面談を実施されていました。法人で定める経験別・役職別の研修に加え、毎月の職員会議の中で勉強会を実施するなど、職員の成長を支援する仕組みが重層的に構築されていました。</p> <p>(通番 8) 質の高い人材の確保 法人全体で離職状況について把握し、人員・人材確保に関する方策を検討し、採用活動を行っていました。採用にあたっては、先輩による面談を挟むことで、就職前と就職後のギャップの防止を図るなど、丁寧な取り組みをされていました。厚生労働省の人材開発支援助成金を活用し、新卒者や資格未取得の介護職員に実務者研修の受講を勧めるなど、法人として人材を育成していく姿勢が見られました。また、地域の高齢者を「介護サポート職」として雇用するなど、地域住民の力を借りながら、サービスの質を担保されていました。</p> <p>(通番 28) 事故・緊急時の対応 施設の火災報知機周辺に、「緊急時は必ず携帯」と書かれたカードをぶら下げ、施設の見取り図とともに、一目で利用者情報がわかるようになっていました。緊急連絡先なども含め、必要なときに確認しなければならない情報がコンパクトにまとめられており、マニュアルを実践的に活用するという面で、非常に優れた取り組みとなっていました。</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 利用者の日々の記録はエクセルの書式を使用しており、ケアプランと連動した具体的な記録も確認できましたが、他の記録と混然一体となっており、モニタリング等であとから記録を確認したいときに、全部の記録を追わないといけない状態になっていました。色分けやカテゴリー別にするなどして、ソート機能で抽出できるようにされると、より効率的で、生産性が高まります。記録の整理等検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番30) 災害発生時の対応 防災マニュアルや消防計画が作成され、指揮命令系統も明示されていますが、地域との連携については不十分との認識でした。施設の周辺地域は歴史的に水害の多い場所であり、水害対策は地域住民にとっても大きな課題であると思われます。学区社協や老人会など、地域団体との良好な関係性を活かし、地域との連携を意識した実地訓練を実施されることを期待します。</p> <p>(通番39) 評価の実施と課題の明確化 法人のミッション、部門のミッションが個人のミッションと紐づけられ、それを評価する仕組みは整っていますが、サービスの質を自己評価するための客観的な指標（物差し）は確認できませんでした。第三者評価は3年に1回受診されていますが、たとえば、受診しない年においても、共通評価項目チェックシートに沿って振り返りを実施するなど検討されてはいかがでしょうか。</p> |
|-------------------------------------|--|

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>ハーモニーこがなの家は、介護老人保健施設ハーモニーこがのサテライト施設として、2009年11月に開設されました。</p> <p>運営主体である社会福祉法人くらしのハーモニーは、ハーモニーこが開設時から、地域（在宅）支援を事業の中心に位置付けており、こがなの家も、サービス付き高齢者住宅、特定入居者生活介護、認知症通所介護のサービスのほか、1階ではカフェなど、地域住民対象の活動を行っておられます。地元の老人会の強力な支援を受け、また家族会も活発に活動されているなど、周囲との関係性をうまく築き、協力しあいながら、利用者にとって居心地の良い温かなサービスを実現されています。</p> <p>コロナ禍の中、なかなか本来の活動が実施しにくい状況ではありますが、近隣への散歩や出前企画など、閉じこもりにならないような支援を心がけておられました。</p> <p>また、食事提供について、よりおいしく食べてもらうための小さな工夫がたくさん施されており、例えば利用者の要望にあわせて、その場で焼きおにぎりにしたり、焼き魚にも柚子風味を加えるなど、一人ひとりに応じた対応がなされていました。</p> <p>質の向上に関しては、全職員が参加する月1回の「特定会議」が、様々な意見を交換しながら、方策を生み出す場として機能しており、実際にサービスが改善されている様子が確認できました。各種マニュアルも、現場の中で活用され、見直しもきちんとされていました。</p> <p>一方で上記に挙げた改善が望まれる点以外では、苦情や意見に対しての公開がされていませんでした。事業所の信頼性を高め、安心してサービスを受けてもらうためにも、いただいた苦情や意見に対し、どのように対応されたのかを明らかにされることを検討いただければと思います。</p> <p>今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたいサービスの提供を期待します。</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)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| 事業所番号 | 2690900101 |
| 事業所名 | ハーモニーこがなの家 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | サービス付き高齢者向け住宅 地域密着型特定施設 |
| 併せて評価を受けた サービス(複数記入可) | 認知症対応型通所介護 |
| 訪問調査実施日 | 令和3年4月9日 |
| 評価機関名 | きょうと福祉ネットワーク一期一会 |

| 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）及び事業所のスタッフ全員が、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・運営方針が明文化され、ホームページやパンフレット、事業計画書に記載されている。理念・運営方針に基づいて事業計画書にエリアビジョン・施設ビジョン、部門ミッションを掲げている。5月に開催される法人研修で職員には配布するとともに説明をしている。家族には通信ハーモニーこがなの家便り(毎月)および家族会で説明を伝えている。 ②理事会(年3回)評議員会、部門の長による企画管理委員会(月1回)、施設運営委員会(月1回)、特定会議(月1回)、ハーモニーこがなの連携会議(月1回)等が開催され階層別に職員の意見を反映している。組織図、キャリアパスの等級基準表により職務権限が明文化されている。 | | | |
| (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法人として2025年に達成したい姿を明示するとともにエリアビジョン、施設ビジョンを策定している。ビジョンに基づき、単年度収支計画、事業計画である部門ミッションを策定している。必要に応じ見直しをしている。策定にあたっては職員の意見を取り入れている。内容は具体的に評価できるものとなっており、中間見直しもを行っている。 ④施設ミッションを踏まえ各部署が策定する部門ミッションは、全職員対象の法人研修で周知をするとともに中間期に進捗の見直しをしている。また、施設運営会議(毎月)にて達成状況について報告・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。 | 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、いつでもスタッフ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理事長、事務長が社会福祉法人経営者協議会等のセミナーに参加し、必要な法令を把握している。法人研修で全職員で周知を図っている。法人内で法令順守マニュアルを(リスト化含む)策定して職員が閲覧できるようになっている。部門会議である特定会議等で権利擁護や身体拘束等の研修会を実施している。 ⑥キャリアパスの基準表により、管理者(理事長が責任者)等の責任・権限を明文化している。年2回人事面談の前に部署長による面談を行っている。職場活性化アンケートによる上司の評価を行っている。(より現場にとって具体的な仕組みがさらに必要と認識している。) ⑦日常の状況は、部門長である管理者が把握しており、本体施設である介護老人保健施設ハーモニーこが(以下本体施設)の管理者(理事長)と情報共有を密に行っている。また、夜間時緊急時マニュアル等を対応別に整備して、職員室に掲示している。携帯電話を所持するとともに、本体施設と連携して対応している。 | | | |

| 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 | |
| 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キャリアパス制度を確立している。人事研修担当を設置するとともに、人材育成ビジョン、ミッションが明文化している。具体的行動事例を示し成長記録シートを活用している。入職時の条件として初任者研修受講を条件としている。実務者研修等の資格取得支援として勤務上の配慮や資格手当を整備している。サービス提供体制強化加算Ⅰを取得している。</p> <p>⑨法人本部と人事研修担当が連携し、経験年数ごとに研修プログラムを策定している。1年目の職員にはOJTを実施している。キャリアパス制度に基づく人事考課制度を行っている。成長記録面談として具体的行動事例、成長記録シートを活用して、研修目標等を作成し動機付けにつなげている。(人事考課面談と成長記録面談は連携している。)法人全体研修、事業所の各部門ごとの研修も開催され職員が講師となってお互い勉強をする仕組みがある。外部研修の情報は掲示をしている。(行ったものは報告をもらっている。)</p> <p>⑩実習のしおりに受け入れの意義等を明示している。「実習受入マニュアル」、「オリエンテーション」を策定している。実習指導者研修を受講して法人内福祉実習に関する連絡会でSVを中心に受け入れに係る検討の場を持っている。法人として社会福祉士の実習を受け入れている。(プログラムの一部として受け入れている。)</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、スタッフの労働環境に配慮している。 | A | A | |
| | | ストレス管理 | 12 | スタッフ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労働状況については、法人本部が把握し、勤怠表により報告もしている。事業所としても把握している。キャリアアップ面談において資格取得や異動に関する意向調査を実施している。育児・介護休業の取得実績もあり、育児休業後の復職について配慮などもある。リフト浴、バスボード、腰痛ベルトを半額支給するなど、職員負担の軽減に努めている。</p> <p>⑫年1回、ストレスチェックを実施し、必要に応じて産業医(本体施設の医師)によるカウンセリングを受ける仕組みがある。「職員の健康と労働環境に関する相談窓口」を設置している。休憩スペース・読書スペースを確保している。就業規則にハラスメント禁止事項が明記されており、管理職・指導職は研修を受講している。福利厚生としてハーモニー共済会がある。</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。 | B | A | |
| | | (評価機関コメント) | | <p>⑬ホームページにブログを掲載し、事業所の情報を公開している。こがなの家便り(毎月)を発行して情報発信をしている。フロアの掲示版で地域の情報を掲示している。情報公表等制度の公表を行っている。町内会に加入をしている。</p> <p>⑭コロナ前は、事業所を利用して、1階を活用したカフェの開催、体操教室などを実施している。定期的に認知症サポート研修を開催している。コロナの中で運営推進会議を開催できず書面での報告となっている。町内会を通じて所有しているAEDの活用についての相談があり、コロナ収束後に共同訓練を予定している。</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、2種類のパンフレット(ひとつはより写真をふんだんに用いたわかりやすいもの)を通じて情報提供している。ホームページにはブログを掲載し、日常の様子を伝えている。見学希望者等は随時受け付け、インテーク記録として保存している。体験宿泊の希望にも応じている。 | | | |
| (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サ高住の賃貸契約と特定施設入居者生活介護の契約があり、利用料に関しては賃貸契約書、重要事項説明書、運営規程等を用いてきめこまかく説明している。現在、成年後見制度を活用している事例が2名あり、法人として後見人制度利用に係る窓口も設けている。 | | | |
| (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 | 定期的又は必要に応じて、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「こがなの家施設サービス計画書」のシートの中にアセスメント項目があり、きめ細かい項目によりアセスメントを実施している。定期的に再アセスメントを実施するとともに、状況変化があれば都度実施している。 ⑱居室で話を伺う等、日々の業務の中で個別に意向を聞き取り、毎日のミーティングでタイムリーに情報を共有し、必要があれば適宜見直しを行っている。サービス担当者会議には、可能な限り利用者が参加できる仕組みがある。会議録は経過記録の中で記載している。 ⑲サービス担当者会議には、専門職として看護師が参加し、利用者の主治医である医師や作業療法士、理学療法士、管理栄養士等との調整を行い、必要に応じて連携している。本体施設の食事サービス委員会に参加し、意見交換も行っている。 ⑳「ケアプラン作成マニュアル」に基づき、原則半年に1回モニタリングを実施している。体調変化や入院等があれば都度再アセスメントを実施し、計画の見直しを行っている。毎日、ミニカンファレンスを実施して、必要に応じてサービス担当者会議につなげている。その記録をもとに、定期的に個別援助計画の見直しを行い、心身機能の維持に努めている。 | | | |
| (4)関係者との連携 | | | | | | |
| | 多職種協働 | 21 | 利用者の主治医をはじめ、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協力医院の医師の協力のもと、事業所の看護師が毎月、主治医に診療情報提供書(看護面・生活面)を提供し、月2回の往診時に医療的な支援を行っている。入退院時は、主治医と入院先との間で適切な連携が行われている。独自に「関係機関リスト」を作成し、連絡先を把握している。地域包括支援センター主催の「認知症にやさしいまちづくりネットワーク会議」に参加し、必要な連携をとっている。 | | | |

(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、スタッフに活用されている。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 | B |
| 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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>⑳「各種対応マニュアル」の中に、標準的な業務マニュアルが場面ごとに作成されており、職員がいつでも見られるように配架されている。職員全員でチェックをしながら、すべてのマニュアルを見直している。実際に実践してみて使えなかったマニュアルの内容は、その時点で更新している。</p> <p>㉑利用者の記録はエクセルの書式を使用している。ケアプランと連動した具体的な記録があるが、他の記録と混然一体となっており、あとから確認するときに全部を記録を追わないといけないので、色わけやカテゴリー別にするなどして、ソートで抽出できるようにしたほうが良い。「個人情報保護規定」に開示、持ち出しについての記載があるが、保存、保管、廃棄についての規定は確認できなかった。</p> <p>㉒毎日、ミニカンファレンスを開催し、日々の情報を共有している。毎月の特定会議で、情報変化等詳細な情報を共有している。情報は記録に残し、職員間で供覧している。法人内の意思決定に関する情報伝達も特定会議で実施している。こがなの家の共有クリアファイル「伝言板」に周知したい事項を入れたり、オンライン上の共有ファイルから必要な情報が取り出せるようになっている。</p> <p>㉓多い人は毎週面会に来て、差し入れをされる家族もいる。利用者家族の希望に応じて、写真を多く掲載した「ハーモニーこがなの家便り」を月1回発行している。毎月、請求書送付時に医療情報や生活の様子を送付している。コロナ禍でも、短時間での面会機会を確保するように努めている。</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、スタッフ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>㉔年1回、感染症の勉強会を実施している。本体施設の感染対策委員会に参加し、必要な情報を得て、ミニカンファレンスや特定会議で共有している。感染症ごとに対応マニュアルを作成し、感染症対策と予防に努めている。入職時や施設内の勉強会で実地訓練も実施している。</p> <p>㉕清掃時間は業務マニュアルに規定され、実施したら記録に残している。年末にはエアコンのフィルターも含めて職員全員で1か月かけて大掃除している。介護サポーターを雇用し、シーツ交換や掃除などを担当している。コロナ禍での感染予防のために玄関にハイターマットを敷くなど、衛生管理に努めている。施設全体は、臭気もなく衛生状況は良好であった。全体的に整理整頓がされている。</p> | | |

(7)危機管理

| | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時等の対応 | 28 | 事故や緊急時、災害発生時等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 | 災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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>㉖昼間・夜間緊急時対応マニュアルを作成している。事故発生時刻を確認する、連絡先を確認する、といった事故や緊急時に対応した勉強会を実施している。緊急時の指揮命令系統はバウチした上、職員がわかりやすい場所に掲示して、いつでも持ち出せるようになっている。</p> <p>㉗ヒヤリハット・事故報告書を作成し、月2回の特定会議で分析・検討して、再発防止に努めている。事故やヒヤリハットの情報はミニカンファレンスで共有され、場合によっては専門職に助言をもらうなど、最善の対応を検討している。</p> <p>㉘消防計画、防災マニュアルを作成している。マニュアルに基づき、年2回、消防及び風水害を想定した訓練を実施している。地域との共同訓練は今後の課題である。</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>①法人ビジョン・部門ミッションに利用者本位を掲げている。法令遵守マニュアルや身体拘束対応マニュアル、身体拘束廃止に関する指針などを定め、法人として利用者の権利擁護について明文化している。毎月の施設運営委員会のうち4回は身体拘束廃止委員会を兼ね、年2回「人権・尊厳保持」をテーマとした研修を実施している。環境設定の工夫で、極力センサーマットを使わないようにしている。</p> <p>②プライベート空間、セミプライベート空間を意識した研修を実施し、プライバシー保護マニュアルを整備している。同性介助に配慮した1日のシフトを組み立てている。</p> <p>③申込者に対しては施設見学を案内し、環境面を確認してもらっている。サービス利用に関しては、医療面等心身の状況を確認し、公平公正に決定している。住所地要件や要介護度などの理由で受け入れが難しい場合は、理由を丁寧に説明した上で、他施設を紹介している。看取りについても主治医と連携しながら、対応できる方については対応している。</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。 | 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 | 公的機関等の窓口にご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>④「ほめしかBOX」(褒めてください、叱ってください)を設置して、意見や要望を拾い上げる仕組みがあるが、コロナ禍ということもあり、あまり投函されることはない。苦情報告書があがりにくいので、日々の記録の中から苦情に該当しそうなものをピックアップし、共有している。苦情対応窓口を設け、重要事項説明書等で明示している。ケアプラン更新時に利用者の意向を聞き取っている。</p> <p>⑤利用者等からの意見や要望は、マニュアルに従い迅速に対応している。利用者の日々の言動の中にもアンテナを張って、苦情の種として拾い上げるよう心がけている。一昨年までは家族会を開催し、意見交換や苦情説明を行っていたが、コロナ禍でできなかった。アンケート調査について検討しているが、現時点ではできていない。苦情の公開もできていない。</p> <p>⑥重要事項説明書に公共機関の苦情相談先を掲載している。第三者委員を設置しているが、重要事項説明書や施設内への掲示はできていなかった。介護相談員等、外部の人材の確保もできていない。</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。 | 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スタッフ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>⑦利用者満足度の担当者は定めているが、一昨年以降、満足度調査が実施できていない。</p> <p>⑧多職種や非常勤職員も参加する毎月の特定会議で、利用者の課題を抽出し、サービスの質の向上について検討する機会を設けている。会議では、職員からの意見をもとに、コロナ禍での家族への近況報告や外出行事の代わりに出前企画など、「サービス改善」の重点事項を掲げ、事業所全体で取り組んでいる。法人内他施設と情報を共有し、適宜自施設に取り入れている。</p> <p>⑨法人のミッション、部門のミッションが個人のミッションと紐づけされ、それを評価する仕組みは整っているが、サービスの質を測る客観的な指標は持っていない。第三者評価は前回受診から3年後に受診している。</p> | | |