

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 2 月 8 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 3 年 1 1 月 2 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ミストラル介護センター様）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、だい。

記

| | |
|-----------------------------|---|
| <p>特に良かった点とその理由 (※)</p> | <p>1. 地域の中核事業所として、人材の確保と育成に努めています</p> <p>○都市部に比べ人口の少ない中丹地域の中で、人材確保を重要な課題とし事業計画の中で継続的に取り組むことで、現在事業所には介護福祉士・訪問介護職員 40 名以上が在籍しています。</p> <p>○職員の仕事への意欲を評価し、能力に見合った処遇を実現するため、嘱託職員から正規職員への登用や資格取得のための研修費の助成を行っています。</p> <p>○介護員養成研修指定事業者として地域の介護職員の養成に積極的に取り組み、養成した介護員の働く場の提供を行うことで人材の確保に努めています。</p> <p>2. 利用者・家族の思いを尊重したサービス計画が策定され、実施されています</p> <p>○アセスメント様式の「利用者及び家族の意向欄」には利用者・家族の意向・希望等が丁寧に記載され、合わせて家族の思いを尊重した介護目標や解決すべき課題、目標達成へのサービス計画が策定され、具体的手順も記載されています。</p> <p>○調理内容にこだわりのある利用者の希望に応えるため、調理情報の提供や調理内容のスキルアップ研修を行い、利用者ニーズに答えています。</p> <p>○利用者の状況は、訪問時に現場から写真と一緒に SNS で事務所に送られ、詳細に把握されています。身体状況の変化等があれば管理者等が速やかにケア会議等で検討を行い、計画の見直し等に繋げています。</p> <p>3. 事業所内は整備され働きやすい環境が作られています</p> <p>○同種他事業所は、比較的スペースが狭く休憩場所もテーブルと椅子が数</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|---------------------------|---|
| | <p>脚あるだけという所が多い中、執務室は担当部署ごとにゆとりを持って机を配置し、関係法令やマニュアル等も見やすいところに整理されています。登録ヘルパーが立ち寄ることも多く、業務の相談等、気軽に話することができる環境があります。また、ヘルパー間のコミュニケーションの場ともなっています。</p> <p>○事務所内は、職員が当番制で清掃を行い、誰もが清潔を保つように心掛け、常に整理整頓されています。</p> <p>○休憩室は食堂と兼ねていて、10数人が寛ぐことができる広さが確保されています。スペースに余裕があるため、公私の相談もしやすく（コロナ禍においては黙食中）、午後からの業務にスムーズには入れると、職員からのヒアリングにありました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>1. 単年度事業計画の策定を職員全員で取り組むことが必要です ○全職員で業務内容を振り返り、ボトムアップ方式で事業所の短期事業計画を策定されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 研修の方法について検討が必要です ○新任と現任の研修が用意されていますが、研修方法に、トップダウンの傾向が見られます。事業所独自の研修についても検討が必要です。</p> <p>3. 苦情処理の公開が必要です ○苦情処理は、マニュアルに沿って丁寧に行われていますが、苦情の公開について明記されていませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1. 単年度事業計画の策定について ○中・長期事業計画は法人本部が作成し、単年度事業計画は、職員の意見を反映したものを、法人本部と管理者が中心となって策定しています。今後は、職員自らが業務を振り返り、課題を明確にして、次年度の取り組み方法と達成目標を部署・項目ごとに作られてはどうでしょうか。その際「自己評価シート」を活用し、全体のレベルを把握して、チームの課題を単年度事業計画にされてはいかがでしょうか。加えて、現場職員が参画してPDCAサイクルを回し、それらの事業評価を、次年度計画へと移すプロセスを明確にすることが望まれます。</p> <p>2. 研修の方法について ○従来の研修に加え、体験学習、問題解決学習等、学習者が主体的に参加</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>できる学習法（アクティブラーニング）を取り入れてみてはいかがでしょうか。対人援助には、創造性と柔軟性が求められるため、職員自らが考える研修スタイルが有効と思われます。</p> <p>3. 苦情処理の公開について</p> <p>○ 苦情処理規程に、苦情の公開についての項目を加え、マニュアルにも明記されてはでしょうか。また、苦情処理のおかげで業務改善ができた例などを事業所内で共有し、「苦情歓迎」の風土づくりも、一つの方法と考えます。苦情は、業務改善のチャンスであり、苦情処理は、信頼醸成のチャンスという捉え方への転換が望まれます。</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 | 2672600034 |
| 事業所名 | ミストラル介護センター |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 訪問介護 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 訪問入浴介護、居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 2021年12月14日 |
| 評価機関名 | 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. 理念及び運営方針を事業所入口・面談室等に掲示し、経営責任者は、全職員に対して、毎年、全社員会議や毎月発行の社内機関紙等で周知しています。また、理念・運営方針等が記載されたカードを、身分証と一緒に携帯することで、理念の浸透を図っています。利用者・家族等には、契約時に説明し周知に努めています。 2. 介護事業部長を筆頭に、西日本のグループリーダー、各事業所ごとの管理者までの組織体系が、職務分掌に規定され、職務権限が明確になっています。毎月の役員会に事業部長が出席し、会議内容は、グループリーダーから各事業管理者に伝えられ、毎月開催するサービスケア会議等で、職員に共有されています。また、事業所の会議で出された職員の意見は、毎月開催される西日本グループ会議にて報告し、意見の反映に努めています。 | | | |
| (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. 法人の事業計画を基に、事業所の単年度計画が作成されています。職員の意見は、部署内会議、管理者会議等で確認し、事業計画に反映しています。事業所全体として、課題と方策を明確にしサービスの質の向上に努めています。 4. 「ケア会議」（テーマを決めた研修）や事例研究の「ケース会議」を通して、各業務レベルの課題が設定され、事業所が一体となって、課題の達成に取り組んでいます。また、全職員が毎年自己評価を行い、課題の確認をしています。管理者は、毎年、職員との面談時に、各人の自己評価をもとに、課題の達成状況について話し合い、必要な助言をしています。 | | | |

(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. 法令遵守に関する研修会に、事業部長・課長が参加しています。必要な法令は、リスト化され、職員がすぐに確認できるように、事務所内に配置されています。改正法令等の情報は、法人本部から通知され、管理者も、常にネットワーク等で情報収集に努めています。各事業所にコンプライアンス委員が置かれ、関係法令等について、適宜職員に周知しています。</p> <p>6. 法人規程で役職の職責が規定され、管理者の職責は、事業所の職務分掌で規定しています。事業所の運営方針等は、管理者から事業部長に報告され、事業部長が事業部会議等で意見を述べています。管理者は、日常のミーティングや会議で、職員が意見を出しやすい雰囲気づくりをして、リーダーシップの発揮に努めています。</p> <p>7. 管理者は、常に、事務所内で事業の実施状況を確認できる状態にあり、事業所を離れる場合においても、携帯電話やメール等で連絡できる体制になっています。休日は、管理者と副管理者が交代で、携帯電話等に対応しています。職員は、事故等の緊急事態発生時には、速やかに家族等に連絡をするとともに、直ちに管理者等に報告し、指示を仰ぐ体制になっています。</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. 人事や職員の採用の総括は、法人本部で行っています。有資格者や実務経験者の採用を優先していますが、近年は、求人状況の悪化やヘルパーの高齢化などに対応するため、事業所で、介護職員初任者研修の実施や非常勤から常勤への登用、資格取得のための研修費用の助成等を行い、職員の確保に努めています。管理者とサービス提供責任者の兼務については、業務の割り振り等を明確にした人員体制が望まれます。</p> <p>9. 法人全体の研修計画は、「新任社員教育計画」と「現任者対象計画」に分けて全体研修や業態別研修、OJTなどが組まれています。登録ヘルパーは、伝達研修や「個別研修計画」によって、スキルアップが計られています。外部研修の情報は、その都度、職員に通知し、参加を促しています。参加後は、報告書を提出し、他の職員に回覧する等し、職員が互いに学び合う機会としています。</p> <p>10. 実習生受け入れに関するマニュアルが整備されており、近隣の医療機関や高校からの実習生を、受け入れています。毎年、法人の養成機関から、初任者研修実習生の受け入れを行っています。管理者が講師となって、実習指導を行っています。</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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | <p>11. 常勤職員の勤怠管理、就業状況は、法人本部で管理・分析を行い（登録ヘルパーは事業所で管理）、有給休暇の取得は、できる限り希望に沿うよう、管理者が調整しています。育児・介護休業制度が定められ、取得しやすいよう、事前に部署を変更し、復職時は、元の職場に戻すようにしています。職員の就業状況や意向は、管理者がミーティングや会議の中で把握するようにしています。職員の業務負担軽減のためのスライディングボードが、常備されています。</p> <p>12. 法人本部には、非常勤産業医が配置されており、職員のストレス解消やメンタルヘルス維持の相談に応じる体制があります。毎年、上司が職員面談を実施して、職場の状況についての意見や本人の担当職務についての意向を聞く機会を設けています。事業所内には、くつろげる休憩室が整備されています。また、近隣にある健康センターのマシンの無料開放、インフルエンザワクチンの助成等、福利厚生仕組みがあります。就業規則の中に、各種ハラスメント規定が整備され、法人内に相談の窓口も設置されています。</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 | 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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>13. ホームページで事業所概要の発信や京都府の情報公表制度、第三者評価受診結果などを、情報公開しています。地域から情報提供の要請があれば、応える体制は出来ていますが、自ら、理念や詳しいサービス内容を開示するという視点では、より一層の改善が望まれます。</p> <p>14. 今年度は、地域から依頼のあった車椅子の扱い方に関する講習に、講師を派遣していますが、今後は、より積極的なアプローチが望まれます。圏域の地域包括支援センター（市直営）の会議に出席し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。</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 |

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) | | <p>15. 事業所内容は、京都府の情報公表制度やホームページを活用して、情報提供しています。新規の問い合わせについては、職員間で情報共有を図っています。パンフレットは、ミストラル全体のもので、事業所独自の情報が少なく、表記の仕方や内容も含めて、利用者・家族がサービスの選択に必要な、詳しい情報提供を期待します。</p> | | |

| | | | | |
|------------------|----|---|---|---|
| (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. 介護サービス契約時等に利用者・家族に重要事項説明書等の資料で、サービス内容や料金及び保険外サービスについて説明をし、同意を得ています。サービス利用開始時や利用中に、利用者本人の判断能力に支障があると判断された場合は、社会福祉協議会と連携を取り、適切に対応しています。成年後見制度についての事例は、これまでありませんでしたが、アンケート結果からは利用開始後にも、説明機会を設ける必要があると思われました。 | | |
| (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. 決められたアセスメント様式を用い、利用者・家族等への面接で、心身の状況・生活状況を把握しています。主治医等の意見を参考にして、解決すべき課題や介護目標を明確にし、ヘルパーからの支援経過を基に、ケース会議等で適宜見直し、特に状態に変化のない利用者に関しては、6ヵ月毎に見直しを行っています。 18. アセスメントに基づき、利用者・家族の個々の希望等を確認し、目標を明確にした個別援助計画を作成しています。食材の処理方法に、細かな希望があった時も、ケア会議で検討し、調理経験が豊富なヘルパーの派遣を行うなど、個別の対応をしています。サービス内容の決定については、本人等の同意を得ており、サービス担当者会議には、本人・家族も参加しています。 19. 個別援助計画策定時には、主治医と連携し、更には、京都府医師会運用の「京あんしんネット」で、利用者の近隣の登録医療機関等と連携し、医師・看護師・OT/PT等専門家と意見交換を行っています。サービス担当者会議に参加し、専門家等からの意見を計画に反映させるとともに、居宅介護計画との整合性を図っています。 20. 毎月、モニタリングを行うとともに、短期目標更新時やサービス内容の変更時及び6か月ごとの見直しを行っています。管理者は、ヘルパーからの情報をPCで随時確認し、利用者の身体状況に変化がある場合は、ケア会議を行い、必要に応じて計画の見直しを行っています。 | | |
| (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. 「京あんしんネット」により、医師との連携体制が、確保されています。利用者の主治医や関係機関、団体のリストは、市が作成したパンフレットを活用し、利用者の入・退院時には、迅速に情報共有を行うなど、医療機関との連携が取れています。また、隣接する地域包括支援センターは、市直営であるため、行政との連携もできています。 | | |

| (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. 業務に必要なマニュアルが整備され、職員誰もがいつでも見ることができるよう、事務所内に配置されています。マニュアルの見直しを毎年定期的に行うとともに、感染症等については、適宜見直しを行い、新しい情報に置き換えています。苦情や事故防止等の意見も参考にされ、見直しに反映されています。</p> <p>23. 訪問時の情報が、リアルタイムで事務所に送信され、個人記録ファイルに、直接入力しています。サービス提供責任者が記録することで、サービス実施計画に基づくサービスが実施されているかを確認することができます。利用者の状態の推移等も、具体的に記録されています。利用者記録の保管等については、鍵付きのロッカーや書庫があり、保存・保管・持ち出し・廃棄規定も整備されています。個人情報保護についての研修を、全職員に、毎年、実施しています。</p> <p>24. 個人の状況の変化等については、適宜ミーティングを行い、職員間で情報共有を行っています。カンファレンスに参加できなかった職員には、サービス提供責任者が電話で連絡しています。緊急の場合は、メールを活用して職員全員に速やかに連絡し、事務所内の共有ノートには、毎朝、電話等で入って来る利用者からの連絡事項が記載され、職員が随時確認しています。</p> <p>25. 利用者・家族と事業所で連絡を取りあえるように、利用者宅の連絡ノートを活用しています。遠方の家族に対しては、電話で利用者の状況を伝えています。また、家族との面接では、本人に配慮し、場所を変えて相談等を行っています。</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. 厚労省等からの最新情報を基に、感染症対策マニュアルを見直しています。職員・登録ヘルパーは、京都府の感染症対策テキストでの研修や事業所が実施する手洗い研修・感染拡大防止研修に、参加しています。また、消毒液・使い捨て手袋・ガウン等を携帯し、訪問時の二次感染対策にも配慮しています。</p> <p>27. 事務所内の書類・備品等は整理・整頓されています。担当者が備品の在庫管理を行っています。職員が当番制で事務所内の清掃を行うほか、職員全員が常に衛生管理に努めています。</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 | B |
| 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 | A |
| (評価機関コメント) | | <p>28. 緊急時対応マニュアルがあり、指揮命令系統が示されています。事故等に備えて、応急処置訓練を、消防署に依頼し、毎年、ヘルパー全員が参加して行っています。訪問時に応答が無いなどの事案が発生した場合は、事務所が中心になって、利用者宅に確認を入れるなど、対応しています。</p> <p>29. 事故発生時には、先ず、生命最優先で適切に対応したうえで、事業所から利用者宅に急行して家族等と協議し、必要に応じて自治体等関係機関にも連絡しています。事故等の報告書が作成され、事業所としての対応経過を記載し、原因分析をしています。ヒヤリハットの内容を、職員向けの通信紙に掲載していますが、事業所としてそれ以上の組織的取り組みまではしていません。事故等の再発防止のためにも、ヒヤリハットの活用・分析・原因特定と解決策に関する検討会を、実施されてはいかがでしょうか。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、毎年研修も行っています。災害発生時における責任者及び指揮命令系統を、明らかにしています。建物の1階にある保育園とは、消防署立会いの下、合同避難訓練を実施し、災害時に備えて、食料等の備蓄もしています。今後は、ヘルパー訪問時に災害が発生した場合等の、個別の避難対策を考慮してはどうかと伺います。</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. 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供について、事業所運営方針に、明記しています。身体拘束禁止・高齢者虐待防止について、毎年、研修を行っています。人権に配慮したサービスの提供、援助方法についての研修も行い、管理者やサービス提供責任者が、日常業務に活かされているかをチェックしています。</p> <p>32. プライバシー保護や羞恥心への配慮については、毎年、研修を行い、職員に周知しています。研修だけでは、浸透するのが難しいこともあり、現場でわかりやすく伝えるようにもしています。入浴介助等でも、利用者にタオルをかける等、家族からの視線にも配慮しています。</p> <p>33. 利用申し込みは、原則、全て受け入れています。男性ヘルパーの指定やシフトが重なり人員が足りない場合に、希望日時の変更をお願いすることがあります。利用申し込みが受けられない場合は、家族・本人・ケアマネジャーに、理由を丁寧に説明し、対応記録を残しています。また、他事業所を紹介した事例も、ありました。</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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | <p>34. 利用者が自由に意見を言える雰囲気づくりができるように、接遇研修等の中で、職員に周知しています。ヘルパーが訪問時に利用者や家族の要望を聞くように努めており、要望があれば、サービス提供責任者が訪問し、詳しく話を聞くように、心掛けています。聞き取った意見・要望等は、ケア会議等で検討し、職員に周知しています。意見・要望・家族の悩み等、各利用者と同じ内容で聞き取りを行い分析することも必要と思われれます。</p> <p>35. 苦情対応については、規定、マニュアルが整備されており、手順が明記されています。内容については、毎月の部署会議や管理者会議で検討、周知していますが、検討内容や改善状況の公開ができていません。公開の方法について、規定やマニュアルに明記されてはでしょうか。</p> <p>36. 利用者からの公的機関を通じての苦情に対しては、迅速に対応する仕組みができています。重要事項説明書に、苦情受付機関を記載し、契約時に、説明を行っています。第三者相談窓口はありましたが、利用者への周知や掲示は、確認できませんでした。機関紙等で周知されてはいかがでしょうか。</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。 | A | B |
| 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) | | <p>37. 利用者満足度調査を、年に1回実施し、調査の結果は、管理者会議、部署内会議で分析しています。職員の言葉遣い等、抽出された課題を、接遇研修のテーマにするなど、サービスの質の向上に活用しています。</p> <p>38. 毎月、事業部長・グループリーダーから事業所改善シート（事業内容評価表）が送付され、管理者から報告された内容について、法人本部から改善策が示されています。登録ヘルパーの意見等は、ケース会議で取り上げ検討されていますが、サービス改善のための具体的取組みの記録が、確認できませんでした。管理者には、法人内の他の訪問介護事業所間と情報交換を行う機会があり、改善に役立っています。</p> <p>39. 年度末に事業の振り返りを実施し、サービス内容の見直しを行っています。介護事業部長が、管理者とともに、毎月、現状を把握し、改善点について、検討しています。第三者評価を、3年に1回、受診しています。</p> | | |