

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 7 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 4 年 1 月 31 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人京都福祉サービス協会高野事務所 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 利用者一人ひとりの状況を踏まえたアセスメントを行い、利用者の自立を支援しています</p> <p>○アセスメントの際に、行動の細分化シートを活用し、サービス内容を詳細に分析・具体化することで、サービスの向上に繋がっています。</p> <p>○利用者がヘルパー支援を利用する場合、アセスメントで「利用者のできること、できないこと」を確認し、「ご飯の準備ができる」という記述があれば、その内容を細く分析し、「お米を研いで、炊飯器の予約ができる」「冷蔵庫の弁当を出して、レンジで温めることができる」等、行動を具体的にアセスメントすることで、利用者の状況に応じた自立支援（何に対してのどんな支援が必要なのか）に繋がるように取り組んでいます。</p> <p>○利用者・家族が抱える様々な課題について、15 人のケアマネジャーが、経験や情報を共有し、380 名の利用者の自立を支援しています。介護保険サービスが限度額を上回る際には、障害者サービスの併用等を提案し、利用者・家族の希望に添うようにしています。また、難病などの、特に個別対応が必要な利用者には、理学療法士、言語聴覚療法士等、多職種と緊密に連携することで、自立度を高め、本人が希望する日常生活に、少しずつでも近づけるように、支援しています。</p> <p>2. 質の高いケアマネジメントの推進に取り組まれています</p> <p>○事業所内では、利用者に寄り添ったケアプランを作成するために、勉強会開催や内外の研修を受講するなど、積極的に、ケアマネジメントの研鑽に努めています。</p> <p>○職員全員が、ケアマネジャーの役割を自覚し、標準的な業務を遂行するために、組織内でマニュアル改定作業チームを立ち上げ「ケアマネジャー業務マニュアル」を作成し、活用しています。これは、ケアプラン作成時におけ</p>
-----------------------------	---

	<p>るミスが発生しないように、また、事故防止を踏まえたもので、年1回、見直しを図り、最新制度に則した内容になっています。</p> <p>3. 事業所の規模が大きく、利用者・家族にとっても安心な事業所です</p> <p>○左京区内で、20年以上サービスを提供しており、職員の経験年数が長く、情報量も多いことから、利用者・家族からの様々な相談に、迅速に対応できています。</p> <p>○職員間で情報共有ができていて、担当職員が不在のときも、他の職員が適切に対応しており、利用者・家族にとって安心感がある事業所になっています。</p> <p>○職員にとっても、相談事項を一人で判断するのではなく、チームで検討できることで、仕事を進めていくうえでの自信に、繋がっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 居宅サービス計画書への緊急避難場所の記載について</p> <p>防災対策をより効果的にするためにも、利用者の緊急避難場所を、居宅サービス計画書等へ記載されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 利用者の満足度調査の工夫と活用について</p> <p>毎年利用者アンケートを行い、本部で分析をされています。また、意見カードを利用者に定期的に配布し、利用者の思いを、自由にカードに書き込んでもらい、その内容を会議等で検討されています。大きな事業所でもあることから、さらに、調査や配布方法の工夫と回収結果の活用も必要かと思われます。</p> <p>3. 電話対応時の周囲の環境について</p> <p>事務所内は、職員数も多いため、電話対応時に、周囲の話し声や笑い声等が相手側に入ることがあります。執務中の会話のプライバシー保護やマナーについて、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>1. 居宅サービス計画書への緊急避難場所の記載について</p> <p>居宅サービス計画書は、様式に則り、丁寧に策定されており、緊急連絡先等も分かりやすく記載されています。近年、自然災害が頻繁に発生する状況にあり、利用者の緊急避難場所を、居宅サービス計画書等に記載されてはいかがでしょうか。利用者の安全・安心につながると思います。</p>

	<p>2. 利用者の満足度調査の工夫と活用について</p> <p>利用者アンケートの対象者数は、事務所規模からすると、少し少ないように思われます。また、率直な意見をもらうために、意見カード配布・回収の際の、匿名性も必要ではないでしょうか。収集結果の分析についても、意見カードであれば、意見の内容を「言葉づかい」「プライバシー」「説明」等、項目ごとに分類し、事業所の課題に結びつける等の活用方法に、工夫が必要です。</p> <p>3. 電話対応時の周囲の環境について</p> <p>事業所は従業員数も多く人の出入りも多いため、常に静かな環境で業務することは困難な状況ではあると思います。しかし、居宅支援事業所では、関係機関や利用者からの電話相談も多く、事業所内の業務環境も大事と考えます。電話対応時に周囲の話し声等が相手側に入る場合もあり、特に笑い声などは顔の見えない相手にとっては、不愉快と感じるのではないのでしょうか。電話対応時の環境や通話のプライバシー保持について考えることが必要かと思われる。相談内容によっては、事務所内の静かな場所に移動し話をする（ブースを設置するなど）等の配慮について、事務所内で意見交換されてはいかがでしょうか。</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	2670600044
事業所名	社会福祉法人 京都福祉サービス協会 高野事務所
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)	訪問介護
訪問調査実施日	令和 4年 5月 25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. 組織の理念「暮らしに笑顔と安心を」と運営方針は事業所内に掲示し、毎週朝礼で確認しています。毎年開催する全職員を対象とした「職業倫理研修」の中で、理念に則したサービス提供が行われているかを確認しています。また、年度当初に事業計画と事務所スローガンを全職員に周知しています。利用者・家族等には、冊子「きょうほのほの」「アソシエ」を配布し周知を図っています。 2. 評議員会、理事会、各種会議は定款等で規定され、案件別の意思決定方法が明確になっています。理事会及び運営会議等各種会議は、定期的に開催され、会議ごとに管理者・ケアマネジャー等必要な職員が出席し職員の意見が反映されています。部門ごとの会議の意見は、事務所会議等にフィードバックされています。各職務ごとの責任を明記した規程があり、職務に応じて権限が委譲されています。		
(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. 法人は、中・長期経営計画を策定し、それを基に、事業所が単年度事業計画を策定しています。サービスニーズを把握するため、モニタリングだけでなく、利用者アンケートや意見カードなどの実施に加え、関係事業所へのアンケートも行うなど様々な意見等を集約、分析することで運営の現状や課題を組織として把握しています。 4. 高野事務所の事業計画に基づき、居宅事業所の年間計画を立てて、チームごとの目標を設定しています。計画の進捗状況を、上半期と年度末に確認しています。		

(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。	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)		<p>5. 管理者等は、京都府集団指導に参加し、その内容は定例会議を通じて職員全員に周知しています。関連法令等については、リスト化してPCのフォルダーに保管されており、誰もがすぐに調べられるようになっています。法令等に関する情報は、事務所間の会議からも収集し、法令解釈も含めて事務所内のチーム会議で周知しています。</p> <p>6. 法人規則等事務分掌に職務の役割及び責任等が明記されています。事務所内の職種会議に管理者が参画し、意見を述べるとともに、職員の意見を聞いています。また、毎年の目標管理面談で職員の意見を聞く機会を持っています。ストレスチェックの質問項目の内容に、管理者の評価項目があり、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを確認する機会としています。ストレスチェックの管理者評価分析結果については、管理者等研修会で報告を受けています。</p> <p>7. 管理者はじめ全職員が、同室内で業務を行っており、職員は業務用携帯、管理者はタブレットを貸与され、常に連絡の取れる体制ができています。管理者は業務報告書等でも、毎日の業務を確認しています。緊急時には、直ちに管理者に報告を行い指示を仰ぐ体制ができています。</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. 法人本部が人事管理を行っており、人員体制や職員採用の方針が決められています。離職理由は、事業所で分析し、法人本部に報告しています。正職員は、介護福祉士及び介護支援専門員の受験を必須とし、資格取得に必要な時間と費用は業務として位置付け、全て法人負担です。実務者研修は、法人の人材研修センターで実施しており、採用後の資格取得支援など、キャリアアップの支援をしています。また、仕事上の不安が離職に繋がることがないように、プリセプターシップ制を導入しています。</p> <p>9. 法人の年間研修計画が策定され、階層別研修・専門研修等を実施しています。個人ファイルで職員の研修受講歴を管理し、外部研修についても、センターから受講案内が通知されます。職種会議の中で出た研修要望を本部に上げることもあります。統括責任者からの申し出等による事業所内の研修については、管理者の承認で実施しています。</p> <p>10. 法人は、介護支援専門員法定研修の実務研修実習協力登録施設であり、実習生受け入れマニュアルに受け入れ手順等が定められています。各事業所で実習生の受け入れを行うため、実務指導者に対する研修を法人内で実施し、どの事業所の実習生に対してもマニュアルに基づく適切な指導ができるよう対応しています。</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	B
(評価機関コメント)		<p>11. 事業所で、職員全員の有給休暇や時間外労働のデータを把握し、法人本部に報告しています。管理者は、年2回の全職員に対する面談で、業務実施状況を聞き取りするなど職員の意向の把握に努めています。育児・介護休業を就業規則に規定しています。また、有給休暇以外にも毎年、特別休暇や永年勤続等の休暇制度があります。サービス区域内の移動が容易に行えるように、職員用のバイク・電動アシスト付き自転車が配備されています。</p> <p>12. 産業医を配置し、相談できる仕組みがあります。職員のストレスチェックを毎年実施しています。社会福祉施設の共済会に加入し、法人独自の福利厚生制度も設けています。職員の休憩室は事務所内に確保されていますが、フロアの一部を借用している事業所のため、十分なものではありませんでした。コロナ禍では、法人内で「コロナ専用相談ダイヤル」を早々に設置し、携帯から直接相談できることで、職員の安全・安心をサポートしています。各種ハラスメント規定が、整備されています。</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	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)		<p>13. ホームページで事業所概要や理念等を開示・広報しています。併せて、利用者向けの機関紙「きょうほのぼの」の配布や、法人機関紙「アソシエ」のホームページ掲載や、情報の公表制度で事業所情報を公開しています。社会福祉協議会の建物の中に事務所があるため、1階の掲示板に研修案内や事業所のポスター等を掲示しています。</p> <p>14. 介護や医療、福祉など、事業所が持つ専門的な知識や情報を、講習会や研修会等で、地域住民に提供しています。事業者連絡会・地域ケア会議・自立支援協議会等、地域の会議にも積極的に参加しています。また、「サービスのないところにサービスを」のスローガンのもとに、山間地へのヘルパー派遣を行うとともに、その機会に、地域の自治会や老人福祉の関係者と情報交換も行っています。</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

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. サービス内容や事業所概要は、ホームページ・パンフレットで分かりやすく説明しています。訪問介護では、サービス内容をイラストで表現し、できることとできないことを、分かりやすく説明しています。直接来所による相談があれば、丁寧な対応を心がけています。</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. サービス開始時には、サービス内容や料金等が記載された重要事項説明書等の資料を用いて、利用者・家族等に説明し同意を得ています。保険外のサービスや現金管理等についても、別途、説明用パンフレットや契約書で、同様に説明し同意を得ています。成年後見人等との契約や権利擁護事業との連携も行い、点字の契約書も作成しています。		
(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)		<p>17. 所定のアセスメント様式を使用して、利用者の心身状況や生活状況等を把握し記録しています。利用者及び家族が望む生活像やサービス内容を聞き取り、主治医や専門家と連携して、アセスメントを実施しています。利用者のニーズや課題について検討し、その内容を記録しています。定期的にあセスメントを実施するとともに、利用者の状態に変化があれば、随時アセスメントを更新しています。</p> <p>18. アセスメントに基づき、利用者や家族の希望を尊重した個別援助計画を策定し、目標を設定しています。サービス提供内容の決定に当たっては、利用者・家族の同意を得ています。サービス担当者会議には本人（必要な場合は後見人等）が参加しています。</p> <p>19. 個別援助計画等の策定にあたり、サービス担当者会議のなかで、医師やOT/PT、また、言語に障害のあるケースでは、S/Tが関わるなど、利用者の自立支援にむけて、多職種連携を図っています。また、課題解決に至らない場合には、「京あんしんネット」や事業所間で意見照会を行い、援助計画に結びつけています。</p> <p>20. 計画通りにサービスが行われているか、毎月モニタリングを行うことで、利用者の状態の変化について、確認する仕組みが機能しています。計画を変更する基準を定め、介護認定更新時や状態の変化に応じて、見直しています。</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. 介護支援専門員を中心に、医師をはじめ様々な職種が連携して、必要に応じて情報提供や意見交換を行っています。利用者の状況に応じて、対応できる他の事業所や施設・関係機関等のリストや資料を作成しています。地域包括支援センターや行政・関係機関・団体とも、連携が取れています。利用者の入退院時の連携も取っていますが、ケアカンファレンスは、コロナ禍のため、リモートで実施する機会が増えていません。		

(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. 標準的な業務の実施方法をまとめたマニュアル以外に「ケアマネジャー業務マニュアル」を、作成しています。毎年1回「マニュアル改訂作業チーム」を立上げ、最新制度に即した内容になるよう、見直しています。利用者ごとのサービス手順書によって、職員間の情報共有を図り、業務の標準化に繋がっています。利用者満足度調査や意見カード等をもとに、年間を通して、見直しを行っており、年度初めに改訂版を作成しています。</p> <p>23. 利用者別ファイルを作成し、サービスごとに必要な事項と利用者の状態が、具体的に記録されています。「個人情報保護マニュアル」「個人情報保護の執務基準」「文書管理規程」があり、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄が定められ、守られています。情報管理について、入職後直ぐに研修を行い、その後は、定期的に研修を実施し、個人情報保護の意識を高めています。</p> <p>24. 職員間の利用者情報の共有については、毎朝の申し送りと毎週定例会議を、チームごとに開催し、担当者が不在時でも対応できるようにしています。関係機関を含めた利用者支援について、定期的にケア会議を開催しています。全職員貸与の携帯電話やPCのメール等で、職員間の意見集約、情報共有を行っています。</p> <p>25. 家族との情報交換は、モニタリング時や電話で実施しています。モニタリング時の訪問は、家族の意向や都合を優先して調整し、機会の確保に努めています。</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. 感染症マニュアルを整備し、発生時期に合わせて毎年研修を実施するなどして、感染症に関する意識を高め、感染症予防の徹底を図っています。利用者の感染など、緊急時に迅速な対応ができるように、感染症対策備品を常備するとともに、十分な予防策を講じて、業務にあたっています。</p> <p>27. 事務所内の書類・備品等は、整理・整頓されていて、ケースファイル等個人情報に関する書類は、鍵付きロッカーで安全に保管されています。事務所内の清掃は、毎日職員が当番制で行い、清潔が維持できるよう分別等のルールを、定めています。週に1回は、業者に清掃委託し、点検表でチェックしています。感染対策も兼ねて、空気清浄機を設置し、換気も行っています。</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・緊急時対応マニュアルがあり、毎年、見直しを行っています。採用時には、研修を行って、周知しています。緊急時の指揮命令系統を明確にし、事務所内に掲示しています。損害賠償責任保険に加入し、物損・ケアプランミスや職員のけが等にも備えています。</p> <p>29. 事故報告書（ヒヤリハット含む）を作成し、状況や経過から最終的な対応までを、記録しています。事故の状況により、法人本部・保険者にも、報告しています。安全衛生委員会で、ケアプランミス・交通事故等の分析を行い、職員全員に、会議等で周知を図り、再発防止に努めています。事故・緊急マニュアルの内容で、疑問点等があれば、統括責任者に相談し、会議等で周知するなど、事故を未然に防ぐ取組みをしています。</p> <p>30. 災害時マニュアルを整備し、館全体の防災訓練に、年2回、参加しています。災害発生時の、管理者をトップにした、指揮命令系統が、定められています。アセスメントシートに「災害時の対応」の項目を、設けて、全ての利用者に、必要事項を記載しています。また、安否確認リストを作成し、独居で重度の優先訪問者に対して、緊急時の優先度を付け災害時に備えています。地域の緊急避難場所の記載や訓練についても、検討されてはいかがでしょうか。</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. 法人理念、倫理綱領に、高齢者の人権擁護が明示され、人としての尊厳を尊重したサービスの提供を行い、自己決定権を尊重することを、明記しています。その内容を、事務所内に掲示し、ホームページにも、掲載しています。高齢者虐待防止の研修を、年1回、実施しています。コロナ禍でサービスが利用出来ないことから、家族介護が増えていますが、虐待案件の発見時には、関係機関と連携して対応できるようにしています。</p> <p>32. プライバシー保護・個人情報保護についての研修を、毎年、実施し、職員に徹底しています。また、利用者に対する言葉づかいや態度、家族と会話する場所や声の大きさに注意するなど、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮しています。施設見学时に、職員が電話対応している時の、周囲の音が気になりました。相談者の立場に立ち、職員が電話中の場合は、周囲のものは、会話を小声でするなど、配慮をされてはいかがでしょうか。</p> <p>33. 利用者の決定は、規程に則し、公平・公正に行っており、全ての利用申し込みを、原則、受け入れています。訪問希望曜日や時間の調整がつかない場合、地理的に訪問が不可能な場合以外の理由で、利用申し込みを断ることはなく、そうした場合でも、他の事業所を紹介するなど、適切に対応しています。利用の相談があった場合には、サービス利用に繋がらなかった場合でも、相談受付記録に記録しています。</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	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	A
(評価機関コメント)		<p>34. 月1回のモニタリング実施時に、利用者等からの意見・要望等を、聞いています。相談する相手が、利用者にとって相談しやすい人であるように、サービス利用開始時に、担当以外の統括責任者の名前を書いたカードを利用者に、渡しています。利用者の意見・要望等を把握するため「ご意見カード」を定期的に配布しています。</p> <p>35. 利用者の意見・要望・苦情等については、マニュアルに基づき、迅速に対応しています。苦情等の内容は、対応したスタッフが報告書を作成して、チーム会議で検討し、統括責任者、管理職及び本部が確認しています。ホームページに、苦情の公表制度について案内し、事務所で閲覧できるようにしていますが、ホームページや広報誌等には、掲載されていませんでした。誰もが見られるような機会の提供が、必要かと思われるます。</p> <p>36. 公的機関及び事業所の第三者相談窓口・連絡先等を重要事項説明書に記載するとともに、第三者委員の代表者の電話番号も、掲載しています。また、事務所内にも、相談先を掲示しています。苦情等があった場合には、マニュアルに定められた方法に基づく、迅速な対応ができています。</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	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)		<p>37. 利用者に対する満足度調査を、年1回、行っています。満足度調査の結果は、法人本部において、調査項目の内容も含めて検討分析を行い、サービスの改善に取り組んでいます。改善内容については、改善前と後の比較ができるように、テーマ別に記録を残すなど、事業所としての取組みも必要かと思われるます。</p> <p>38. サービスの質の向上に向けた「自立支援向上委員会」を、3か月に一度、管理者を含む各職種が参加して、開催しています。ケアマネジメントは、自立支援が目的であり、自立に向けた計画には、アセスメント力を高めることが必要との考えから、法人内の他事業所が作成した「アセスメントの細分化シート」を採用し、サービスの具体的内容を明確にすることで、サービス改善に繋がった事例がありました。</p> <p>39. 所長、副所長、統括責任者等で、毎年、自己評価を行っています。また、法人でも、3年ごとに監査を実施し、事業を評価しています。評価結果について、内部会議で分析・検討を行い、明らかになった業務課題を、次年度事業計画に反映しています。第三者評価は、3年に1回受診しています。</p>		