

の  
様式 7

## アドバイス・レポート

令和 5 年 3 月 16 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 9 月 12 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（メディカルケアタカオカデイサービスセンター）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>藤ノ森神社の直ぐそばにあり、本町通りに面した昔ながらの商店街の趣がある地域で、事業所は接骨院として 20 年以上開業され、介護保険制度の設立を見通して、有限会社メディカルケア高岡を 1998 年に立ち上げられ、2000 年にデイサービスを 2001 年に居宅支援、訪問介護の介護事業を立ち上げられ、地域の中で 40 年以上貢献されています。</p> <p>○ 行動指針（メディカルケアの誓い）の唱和</p> <p>毎朝、利用者の朝の集いで、行動指針（5 か条）を読み上げ職員が唱和をすることで、利用者に宣言をおこなっています。このことは職員の姿勢を利用者に知ってもらい安心感を持ってもらうと共に、事業所の目指すことを共有できる場になっています。</p> <p>○ 機能訓練の充実</p> <p>常勤の機能訓練士の配置があり、1 人の利用者に対する機能訓練が手厚く丁寧です。専用の機器も使用し、無理なく訓練ができるので、機能訓練が目的で半日利用をされる利用者も少なくありません。また、機能訓練士の休みの日には看護師が兼務する等心身機能を衰えさせない工夫を重ね、自立支援に貢献されています。</p> <p>○ 多職種協働</p> <p>デイサービスの看護師や機能訓練指導員をはじめ、居宅介護支援事業所のケアマネジャーや、訪問介護事業所との密な連携により、利用者の情報を多職種間で共有し、多方面から利用者を支援されています。</p> <p>○ 管理者による状況把握</p> <p>管理者は、週 1 度丹後の同法人の施設に行くほかは、当事業所を拠点として行動し、デイサービスの状況把握をおこないやすい位置にいます。業務日誌の確認を日々おこない、何か話し合う必要があれば、随時管理者とデイサービスの相談員、ヘルパーステーションのサービス提供責任者や、看護師等で役員会を開き、</p>
-----------------------------	---

	<p>各事業の運営状況や問題点を把握し、法人の事業全体の見渡しをされています。緊急時もすぐに連絡できる体制があります。</p> <p>○ 買い物サービス</p> <p>利用者の家族構成は独居の方が大半という、地域の事情があります。そのような利用者のために、買い物の日を月2回設け、事業所の車で送迎をされています。利用者ニーズを読み取り、買い物が困難な人を助け、暮らしやすくすることで、少しでも長く地域で暮らせるように支援をされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番3</p> <p>○単年度の事業計画の作成や経営理念・経営方針の実現を目指す、中長期計画の策定がされていませんでした。</p> <p>通番9</p> <p>○研修計画の作成と、外部研修の情報収集や情報提供がされていませんでした。</p> <p>通番17～20</p> <p>○アセスメントから介護計画に至る道筋が明確にされておらず、介護計画も通所介護としての掘り下げがなく、居宅サービス計画の転記にとどまっていました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番3</p> <p>○法人として事業展開や拡充、今後の展望も話し合われていますが、中長期計画として策定されていません。また、年度当初の会議で各部門の年間計画は、経済面の到達計画になっており、事業内容等への計画は作成されていませんでした。単年度の事業計画の作成や、経営理念や経営方針の実現を目指す中長期計画を策定することで、職員や利用者に事業所の取り組みを明確にされることを期待します。</p> <p>通番9</p> <p>○法令で定められた研修の計画のみならず、職員が体系的・段階的に必要な知識や技能が身につけられる研修などを組み立てて系統的に学べる計画が必要です。また、コロナ禍の中ですが、ICTなどのツールを使って学べる機会も増えてきていますので、外部研修の情報収集や、職員への情報提供で、積極的に学びにつながる環境を組み立てられることを提案します。</p> <p>通番17～20</p> <p>○アセスメントが単に利用者の身体状況の把握にとどまり、デイサービスとしての課題分析が十分ではないため、アセスメントから介護計画に至る道筋が定かではありません。また、介護計画は、介護支援専門員の居宅サービス計画をそのまま引用するのではなく、デイサービスに特化した具体性のある記載をされるよう期待します。ふだんの支援の中では、入浴・歩行・排泄・レクリエーション等に関して、本人ができること、見守りや支援の必要な個所の見極めを絶えずされています。しかし、それが介護計画として具体的に文書化されているとは言えません。今後デイサービスならではの細やかな支援を介護計画に落とし込み、具体的に文書化し、職員全員が介護計画を念頭に日々の支援をされるようお奨めします。</p>

	そして定期的に振り返り、P D C Aサイクルを踏まえた、利用者の心身機能の維持・向上を実現されるよう望みます。
--	--

※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	2670900204
事業所名	メディカルケアタカオカデイサービスセンター
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5年2月8日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>1. 経営理念を「保険事業と介護事業を通じて、明るく豊かな福祉社会の実現を目指します」とされ、理念実現のための経営方針と職員の行動指針を掲げている。休憩室や玄関に掲示するとともに、利用者の朝の集いで行動指針を職員が唱和して職員の姿勢を宣言している。施設長（管理者）は年度当初の全体会議で職員に説明すると共に、折にふれて事業所の目指すことや大切にすることの話を浸透するように取り組んでいる。利用者・家族には理念、経営方針をパンフレットやホームページに掲載し、利用申し込み時に説明をしている。</p> <p>2. 併設の訪問介護・居宅介護支援と通所介護の各部門の長と施設長からなる役員会をつど開催し、最終決定の場としている。デイサービスは毎日業務終了時に反省会を持ち、情報交換や気づきを共有すると共に職員から出た意見をデイサービス会議で話し合っている。職員から出た意見は職員にとって働きやすい職場になることに重きを置き、反映されていることが多い。現場の職員への権限委譲は「職務権限および裁権について」となっており、権限を委譲し、各職員の責任を明確にしている。デイサービス会議や役員会が定期的に行われ、議事録の作成を望む。</p>			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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	C	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>3. 法人として、事業展開・拡充に取り組み、各部門で話し合わせ、職員の意向を役員会で取り上げ、反映する仕組みになっているが、経営理念や経営方針の実現を目指す中長期計画が作成されていなかった。また、年度当初の会議で決定事項とされている各部門の年間計画は経済面の到達計画になっており、事業内容等の計画は作成されていなかった。中長期や単年度の事業計画を作成することで、職員や利用者による事業所の取り組みを見える化されることを提案する。</p> <p>4. 併設の訪問介護・居宅介護支援と通所介護それぞれ部門ごとに現状把握や課題の設定に取り組まれているが、デイサービスとして課題の設定や話し合ったことが記録できていなかった。</p>			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	B	

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	B
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（施設長）は地域包括支援センター主催の「深草べた焼の会」（2か月に1回）や、京都市の集団指導に参加して、経営に必要な法令を把握し、職員には重要な事だけを説明し、資料はファイリングして、いつでも見られるようにしている。しかし、遵守すべき法令のリスト化など、すぐに調べられる体制にはなっていなかった。</p> <p>6. 施設長（管理者）の役割と責任については、「役職における職務権限及び決裁権」や運営規程に明記されている。それを全体会議（年度当初）で表明されているのを年度初めの全体会議の議事録で確認した。施設長はデイサービス会議や役員会を開催し、運営方針を決定している。施設長はデイサービス会議での意見や、常日頃から、職員の意見には耳を傾け、運営方針に反映させている。職員からの施設長評価の取り組みはできておらず、業務繁忙のため職員への定期的なヒヤリングも実施されていなかった。</p> <p>7. デイサービス・居宅介護支援事業所の施設長（管理者）は兼、ケアマネジャーとして、現場に入って業務を行い、業務の実施状況は常時確認をしている。また、常に携帯電話を所持し、緊急時も施設長（管理者）に報告をして、指示を仰ぐ体制になっている。また、施設長不在時の事業の実施状況は、生活相談記録や業務日誌等で状況を把握している。</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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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	B
		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)		8. 人事管理に関する方針は、介護保険法の規定に準じて実施している。利用者の利用状況や職員体制を常に把握して常勤職員や非常勤職員の雇用に結び付けられるように、常に検証している。資格取得者の採用を優先しているが、採用後の資格取得への支援は、勉強ができる場の提供などで実施している。また、資格取得後は資格手当を付けている。 9. 職員の気づきを大切に、日々の反省会で職員全員が共有できるように話し合っている。また、その時々に必要な「感染症」などの研修は、資料の配布とレポートの提出を義務づけ実施しているが、研修計画の作成はできておらず、外部研修の収集や情報提供もできていなかった。 10. 実習に対する基本姿勢やマニュアルは作成され、学校には働きかけてはいるが実習生の受け入れは無く、実習指導者に対する研修も実施されていなかった。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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)		11. 職員の有給休暇や時間外労働のデータは施設長が有給台帳で管理をして、36協定を締結するなど労働環境水準に配慮されている。コロナ禍の影響で、時短利用者が多く、1日利用者の減少による職員の就労状況や意向を施設長は分析検討をしている。また、育児休業や介護休暇の取得は適切に対応している。職員の負担軽減の対応は階段の昇降機やシャワーキャリー、機械浴槽、エレベーターなどを設置し活用している。 12. 職員の相談が出来る体制は併設の訪問介護事業所の管理者やデイサービスの主任が職員の相談に応じている。職員ヒヤリングでも話しやすくいつでも相談が出来ることや、この職場の人間関係の良さが話されていた。福利厚生制度はグランディゾートクラブ（主に旅行の時の宿泊補助）や互助会での親睦会や冠婚葬祭や勤続年数の祝い金制度がある。（コロナ禍で、外に出られないので、会議の時に弁当が支給されている）職員の休憩室は食事やお茶を飲んだり、職員同士で話が出来た環境は整っている。ハラスメントに関する規定は作成できていなかった。		
		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	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)		13. 事業所の理念・方針・行動指針が記載されているパンフレットを地域の人に配布したり、ホームページにも掲載している。また、コロナ禍までは夏祭りの時などに地域住民が血圧を計りに来られていた。また、情報の公表はホームページでの公開やファイル化して玄関に置き、自由に閲覧できるようにしている。地域の情報や地域包括支援センターからのお知らせは掲示板に掲示して、利用者に提供している。 14. 京都市深草・中部地域包括支援センターの策定委員長として「ほっとしましよう」を開催して、地域に参加を呼びかけている。また、「深草べた焼の会」に出席して地域の情報取得や介護・医療のニーズの把握に努めている。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
		(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。	B	A
(評価機関コメント)		15.パンフレットを作成して、料金表も添えて希望者に配布し、ホームページでも事業所情報を詳しく紹介している。見学者のリストを作成し、お試し利用や、即日利用につながった例など結果も含めて記録している。		
(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. 利用される際は、契約書や重要事項説明書を用いて詳しく説明し、料金も明示している。介護保険外の料金についても重要事項説明書に記載し本人や家族の同意の署名を得ている。現在成年後見制度を利用されている方は7~8名おられ、居宅介護支援事業所と兼務の事業所管理者が本人の状況に適した弁護士、司法書士、社会福祉士等の後見人につないでいる。		

(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	B
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	B
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。	B	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. 居宅介護支援事業所との連携や日常業務の中で利用者情報を入手しアセスメントをしている。しかし、身体状況や日常生活動作の記述にとどまり、医療面や心理面の記録、デイサービスとしての課題分析が希薄である。職員は利用者を熟知し、適切な処遇に向けて日々反省会で話し合っているが、その結果がアセスメントに充分反映されているとはいえない。</p> <p>18. 居宅サービス計画に記載された本人や家族の希望を尊重して通所介護計画を作成し、本人や家族の同意をもらっている。送迎時やサービス利用中に家族や本人とのコミュニケーションの機会があり、多くの情報を得ることができている。居宅サービス計画との整合性を取りながらも、日頃の利用者とのコミュニケーションを糸口に、通所介護ならではの視点に立った、より詳細な計画作成が望まれる。</p> <p>19. デイサービスの管理者が居宅介護支援事業所の管理者を兼ね、主治医意見や利用者情報が共有しやすい。事業所の看護師や機能訓練指導員、系列のヘルパーステーションとの連携も密で、サービス担当者会議で聴取した多方面からの意見は、居宅サービス計画やそれに連動する通所介護計画に反映されている。主治医とは介護支援専門員を通じて連携している。</p> <p>20. 通所介護計画のモニタリングは毎月おこない、3か月に1度相談員がまとめてモニタリング用紙に記載している。通所介護計画は居宅サービス計画更新の時期に合わせて変更・更新している。</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. 医師とは介護支援専門員を介して連携している。また、関係機関のリストは管理者の携帯や京都市のホームページ等に記載している。地域包括支援センターとは地域ケア会議等で連携している。利用者が入退院する場合は事業所管理者が退院時カンファレンスに出向き、そこで得た情報や看護サマリー等の情報を職員間で共有している。		

(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。	B	B
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. 接遇、マナー、排泄、入浴、保清、着脱、食事介助等の各種業務マニュアルを整備している。また、感染症では研修を兼ねてマニュアル確認をおこない、その記録がある。1年に1回全マニュアルを見直すようにしているが、その記録は確認できなかった。改定の必要のないものでも見直しの日付を記録するとともに、苦情や事故防止の観点を取り入れて見直した場合には変更点の記載も望まれる。</p> <p>23. サービス提供に関する記録は、個別ケース記録や業務日誌、機能訓練記録に記載されている。1人1枚の用紙に、その日の利用者の体温・脈拍・血圧、食事摂取状況や身体状況、リハビリ状況、特記等を詳しく記入している。紙帳票類は1階事務所の棚で施錠・管理し、パソコンはIDパスワードで情報を保護し、夜間はセキュリティ会社と契約している。文書管理や電子端末に関する規程があり、廃棄は信用のおける金融機関で溶解処分をしてもらっている。個人情報保護の定期研修は実施していなかった。</p> <p>24. 年1回の全体会議、その後の部門会議、年2回のデイサービス会議、毎日の朝礼、デイサービス終了後の反省会で組織全体の事や利用者情報や改善案を検討している。記録が少ないので、業務日誌に会議や反省会の内容をそれぞれの議事録として簡潔に記載されるよう期待する。</p> <p>25. 送迎時に家族と情報交換する機会もあるが、独居の方が多く、家族とは必要に応じて電話で連絡を取っている。連絡帳にその日の利用者の状況や連絡事項を記録し家族から返答をもらうなどしている。</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. 感染症マニュアルを用いて感染症に関する研修を全職員がおこない、資料はファイルに綴じている。日頃から衛生面に注意し、職員は市から供与された新型コロナウイルスの抗原検査キットで2週間に1度検査をしている。職員、利用者ともに、事業所出入り口に消毒液を配置し、洗面台での手洗いやうがい、検温をおこなっている。他の感染症に関しても、必要な情報を入手し、感染力のないものであれば、疾病の状況に応じて血液や入浴などに配慮をしながら利用者を受け入れている。</p> <p>27. 事業所内は整理整頓され、空気清浄機を置き、換気や消毒にも注意している。普段は職員が朝夕掃除をするが、月1度業者による清掃があり、その点検表を確認した。トイレは定期清掃以外にも使用の度に便座などの消毒をしている。</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	B
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	B
(評価機関コメント)		<p>28. 事故や緊急時マニュアルに沿って対応し、急病や怪我、発熱等はすぐに管理者に連絡がいくようになっている。看護師がいる場合は看護師が主となり緊急対応をし、管理者に連絡をする。事故報告書は当事者が作成し、考察や事後検証もおこなっている。行政への事故報告事例も確認した。送迎時の交通事故等への対応方法は口頭で管理者が運転者に伝えているが、救急救命講習やごえん等の事故の研修や訓練は実施していなかった。</p> <p>29. 事故報告書やヒヤリ・ハットの報告書がある。ヒヤリ・ハット報告書では、気付かずに放置した場合に予測される事故までも各職員が考えて記載している。最終的な対応や自己検証までの記録はあるが、その後、事例をもとに組織として再発防止の取り組みやマニュアル改訂に生かしているかの確認はできなかった。</p> <p>30. 消防訓練実施計画や防災計画を作成し、災害時対応マニュアルを作成している。消防訓練と、水害・地震想定での防災訓練を実施している。被災時の指揮命令系統も各計画書に明示している。訓練時に消防署の立ち合いはなく、訓練の報告書を提出しアドバイスを受けている。有事には携帯電話で管理者にすぐに第一報が入っている。町内会に加入しているが、地域全体が高齢化し、なかなか緊急時に地域の協力を依頼できる体制にはない。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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。	B	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	B	
	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. 利用者の尊厳を重んじるサービスの提供については理念や運営方針で明確にし、業務終了後の反省会で日常業務を振り返る仕組みになっている。また、人権に配慮したサービスの提供や、援助の方法は、身体拘束の排除マニュアルに身体拘束禁止の明示をしている。「高齢者虐待防止法」や「高齢者尊厳の保持」については、併設のヘルパーステーションの研修に参加し、反省会で周知している。</p> <p>32. 利用者の立場に立った羞恥心やプライバシーへの配慮は常々気配りをしているが、気になった時は、管理者がその場で声かけをおこない、職員への意識付けをしている。入浴時のカーテンの利用や排せつ時の声のかけ方・介助の仕方、そして、食事介助の時にも気配りをされている。プライバシーについてのマニュアルは活用されているが、研修はされていなかった。</p> <p>33. 「サービス利用者等の決定の規定」や、「利用申し込みを受け入れられない基準」を作成し、利用時間や曜日など調整をしながら、申込者の希望にそって受け入れている。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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	B	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口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. 利用者の意向は利用時に聞くと共に、送迎時など家族に会う機会があれば、思い（苦情）や希望を聞きとるようにしている。利用者・家族の意向は正確に聞くようにして、管理者や相談員、スタッフに報告し、話し合ったうえで全体に報告して全職員が理解できるようにしている。事業所の管理者が居宅介護支援事業所のケアマネジャーでもあるので、毎月、ケアマネジャーの訪問時に利用者の意向や満足の把握に努めている。</p> <p>35. 苦情対応マニュアルで利用者の意向への対応方法が決められている。利用者からの意向は管理者に報告するとともに、職務権限が委譲されている主任に報告し、組織として対処している。利用者からは、自分に合ったレクリエーションがないことなどの相談があり、利用者の過ごし方も含め職員で検討して、利用者の好きなレクリエーションを取り入れ、反映しているが、改善内容については公開できていなかった。公開されることで、事業所のオープンな姿勢に信頼度が増すと思われる。</p> <p>36. 苦情の相談窓口は事業所担当者と公的機関の受付時間や電話番号を重要事項説明書に記載し、事業所玄関に掲示している。寄せられた苦情は苦情対応マニュアルで迅速に対応する仕組みを確認している。事業所関係者以外の第三者を相談の窓口として設置できていなかった。また、今後介護相談員などで利用者の相談機会の確保を検討されたい。</p>			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	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職員が積極的に参加している。	B	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。	B	B	

		(評価機関コメント)	<p>37. 利用者との会話の中で、思いを感じ取り、支援につなげられるようにリスクマネジメント委員会や介護技術委員会などで意見交換をしているが、分析・検討はできていなかった。今後、年1度は利用者への満足度調査を実施され、調査結果を分析・検討され、サービスの質の向上に取り組まれることを期待する。</p> <p>38. サービスの質の向上に関わる話し合いは常時しているが、定期的な話し合いや議事録の確認はできなかった。深草地域包括支援センターが開催する「深草べた焼の会」や、深草・中部地域包括支援センター主催の「ホッとしましょう」に参画をして他事業所の取り組みの情報収集をおこない、自事業所の取り組みと比較検討をしている。</p> <p>39. 第三者評価は3年に1回受診しているが、年1回以上の自己評価はおこなってなかった。また、評価結果を組織的に分析・検討し課題を明確にされる部署の設置もされていなかった。今回の第三者評価結果を職員で共有され、分析・検討されて改善計画を作成のうえでサービスの質の向上に向けて取り組まれることを期待する。</p>
--	--	------------	---