

アドバイス・レポート

2024年 6月 7日

令和5年10月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ケアハウスとだ 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

| | |
|---------------------|---|
| 特に良かった点とその理由 (※) | <p>(通番 3) 事業計画の策定 人口減少など、介護を取り巻く社会情勢を踏まえ、冷徹な現状認識をもとに法人としての中長期計画が立てられていました。この計画に基づいて、現実的な数値目標や職員の採用計画が立てられてるなど、実際の運営にも反映されており、実効性の高い内容だと感じました。</p> <p>(通番 19～21) 個別状況に応じた計画策定 入居者の困りごとを一つひとつ丁寧に拾って、個別援助計画に細かく反映されていることが見て取れました。業務マニュアルも一つひとつの手順について事細かに定められており、情報の共有、支援の標準化が意識的に行われていると感じました。</p> <p>(通番 36) 利用者の権利擁護 全職員参加の虐待防止研修を6回に渡り実施するなど、周知徹底を図る姿勢が顕著です。実際に虐待や不適切ケアを発見した場合、迅速かつ適切な対応を取れる仕組みが構築されています。これらの仕組みや取り組みは、利用者の尊厳を守り人権を大切にすることをケアの基本と位置づける理念の実践として評価できます。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由 (※) | <p>(通番 11) 実習生の受け入れ 実習受け入れマニュアルを整備して、法人として様々な職種の実習生を受け入れています。事業所として実習指導者に対する研修の実施等は確認できませんでした。人材育成・確保の観点からも検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番 26) サービス提供に係る記録と情報の保護 個人情報保護について、持ち出し・廃棄にかかる規程が確認できませんでした。通院時など、外に持ち出す機会が皆無ではないので、組織防衛の観点からも、きちんとルールを定めておかれたほうが良いと思います。また、記録の管理について注意喚起は行っているものの、研修や勉強会までは実施できていませんでした。</p> |

具体的なアドバイス

社会福祉法人みつみ福祉会が運営するケアハウスとでは、地域密着型の特定入居者生活介護の指定を受けている定員20名のケアハウスです。比較的軽度の方が入居される「けやき棟」と、中重度の方が入居される「ききょう棟」の2ユニットに分かれ、近年は作業療法士を雇用し、リハビリテーションにも力を入れているほか、場合によっては看取りにも対応しています。日当たりの良い閑静な住宅街にあり、施設内から保育園児の散歩の光景を見ることができると、穏やかな環境の中にあります。

法人全体の理念、人材育成・確保の取り組みがしっかり構築されており、スケールメリットを活かした運営が行われています。特に権利擁護には力を入れておられ、きめ細やかな研修の実施や、早期に虐待の目を摘むための、さまざまな取り組みが行われています。

新型コロナが5類に移行したことで、久しく交流が途切れていた地域との関係性も徐々に再開され、今後ますます地域にとってなくてはならない事業所として発展されることを期待します。

以下、今回の評価で気づいたことを記載します。

○業務レベルにおける課題の把握と目標の設定

個人だけでなく、チームとしての目標も示すなど、しっかりと取り組まれています。内容が事業計画との連動性が見られませんでした。個人の目標と組織の目標の方向性に一貫性があると、個人の頑張りが組織の発展へと繋がります。意識してみたいかがでしょうか。

○事故・緊急時の対応

事故や緊急時のマニュアルは整備され、周知もされていましたが、実践的な訓練という点では工夫の余地があると感じました。今後はKYT訓練などの手法を取り入れながら、より実践的な訓練が実施されることを期待します。

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|-------------------------|
| 事業所番号 | 2692600220 |
| 事業所名 | 社会福祉法人みつみ福祉会 ケアハウスとだ |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | なし |
| 訪問調査実施日 | 令和6年3月7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思決定を行い、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) 理念や運営方針は明文化され、ホームページやパンフレット、広報誌などに掲載し、利用者や家族への浸透を図っている。年度当初に管理者から全職員に対し事業方針を説明する場があり、その際に理念についても言及している。 2) 理事会、経営会議、管理者会議等、案件レベルに応じて意思決定機関が定められている。職員会議や職員面談から拾い上げた意見を上部会議にかけたり、決定事項についてサーバー内で共有したりと、双方向のやり取りを心がけている。職務分掌によりそれぞれの役割と責任が明確化されている。 | | |
| (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質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把握と目標の設定 | 4 | 各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 3) 現実的な数値や社会情勢の分析のもと、「みつみ福祉会の経営課題と中長期の展望」を策定している。それをもとに事業ごとの単年度計画が立てられている。計画は職員面談や利用者満足度の調査の結果、さらには職員との意見交換を経て策定される。計画は広報誌を通じて家族にも示されている。 4) 職員個別の目標管理シートに、チームとしての目標を記載する欄を設けるなど、組織的な取り組みを図っているが、内容が事業計画と連動したものになっていない。半年ごとに振り返りを行っており、議事録にも残している。他事業所からのアドバイスをもらう仕組みがある。 | | |
| (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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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) 管理者は集団指導をはじめ、法令に係る研修や説明の場には参加するようにしている。遵守すべき各種法令はパソコン内に格納しており、必要なときに全職員が確認できる。</p> <p>6) 経営責任者及び管理者の役割は、職務分掌や「専決フロー表」によって明らかにされている。職員会議で出た意見を管理者会議で伝えたり、管理者会議の決定事項を職員会議で周知するなど双方向のやり取りを行い、運営に反映させている。年2回ヒアリングを実施するとともに、ストレスチェックのフィードバックなどを通じて、組織としての状態を把握し、適宜修正を図っている。</p> <p>7) 管理者は個人携帯の番号を周知しており、必要に応じ連絡がとれる体制を敷いている。介護ソフト「ほのぼの」の業務日誌を毎日確認している。緊急時の連絡体制も整備している。</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 |
| II 組織の運営管理 | | | | | | |
| (1) 人材の確保・育成 | | | | | | |
| | | 総合的な人事管理 | 8 | 人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。 | A | A |
| | | 質の高い人材の確保 | 9 | 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 |
| | | 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 | 10 | 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 |
| | | 実習の受け入れ | 11 | 実習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) 「みつみ福祉会職員倫理綱領」に、求める職員像を示している。「人事考課規則」で人事の基準を定めており、職員にも周知している。研修と連動したキャリアパスの仕組みがある。 9) 中長期計画の中で採用人数を明示するなど、計画的な人材確保に努めている。法人内の人材育成部が中心となり、就職説明会への参加など採用活動に取り組んでいる。まちの魅力とセットにしたIターン用のパンフレットを作成している。 10) 経験年数別、役職別の研修体系が整備されている。研修内容はアンケートを実施し、評価し、見直しを実施している。外部研修の案内は内容を精査し、職員を指名して参加させている。資格取得支援については、市連協主催の実務者研修への派遣や、受験対策講座を開催している。支援の振り返りシートを月1回提出させ、それをもとに年2回の面談を行っている。 11) 実習受け入れマニュアルが整備されており、法人として様々な職種の実習生を受け入れているが、実習指導者に対する研修の実施は確認できなかった。 | | |
| (2) 労働環境の整備 | | | | | | |
| | | 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） | 12 | 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 | 13 | 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、職員が充分にくつろげ、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) | | 12) 年1回「自己報告書」を提出してもらい、職員の意向を把握するとともに、管理者との面談の場において、仕事内容の見直しなどについて協議している。人事情報は人事労務部が管理している。法人としての相談窓口「コンプライアンスコールゆう」を設置し、職員が相談しやすい環境を整えている。センサーマットや赤外線センサーなどのIT機器を導入している。 13) 健康診断の結果を産業保健センターの医師にチェックしてもらった仕組みがある。職員の要望や不満は「コンプライアンスコールゆう」によって汲み取り、解決を図っている。福利厚生はリロクラブに加入している。「ハラスメント防止規定」を整備している。 | | |
| (3) 地域との交流 | | | | | | |
| | | 地域との連携・情報発信 | 14 | 事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。 | A | A |
| | | 地域との交流（入所系・通所系サービスのみ） | 15 | ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。 | B | A |
| | | 地域への貢献 | 16 | 事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。 | A | A |

| | | |
|--|------------|---|
| | (評価機関コメント) | <p>14) 理念の中で地域との関わりにかかる考え方を示している。運営推進会議をグループホームと合同で開催し、民生委員らと意見交換を行っている。自治会に加入し、役員会にも出席している。</p> <p>15) 運営方針の中でボランティアに関する基本姿勢を示している。夏祭り、秋祭り等の地域行事への参加の付き添いや、園内美化などのボランティアを受け入れている。事前に留意事項について説明する機会をもっている。学校教育については社協に協力する旨を伝えている。</p> <p>16) 介護相談会を隣接のグループホームとだと協同で介護相談会を行っている。推進会議の場でも出席している民生委員や老人会の方から介護が必要な状態にある方についての相談を受けることがある。また、施設の会議室やストレッチャー浴を地域の方に活用してもらえるよう声かけしている。</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 | 17 | 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) | | 17) ホームページで情報発信しているほか、法人内の施設にパンフレットを置き、多くの人の目に触れるようにしている。入居希望や問い合わせがあれば説明し、見学を勧め、連絡先や進捗状況を記録している。パンフレットは施設の概要や入居の条件等の説明が記載され、料金一覧表も付け、わかりやすい内容になるよう工夫している。 | | |

| (2) 利用契約 | | | | |
|-------------------|----|---|---|---|
| 内容・料金の明示と説明 | 18 | 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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 18) 重要事項説明書には料金に含まれるもの、含まれないものが具体的に記載され、保険外サービスの料金がわかりやすく記載している。後見人等が選任されている入居者はいないが、成年後見制度のパンフレットを置く等制度の活用の仕組みがある。 | | |
| (3) 個別状況に応じた計画策定 | | | | |
| アセスメントの実施 | 19 | 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 | 20 | 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 |
| 専門職種を含めた意見集約 | 21 | 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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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 | 22 | 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) | | 19) 介護ソフトを活用し、アセスメント・課題分析を行い個別援助計画を作成している。初回面接時は独自のアセスメント様式を使い、希望や日々の困りごとを丁寧に聞き取った上で個別援助計画を作成している。介護認定更新時と状態に変化があった時には再アセスメントを行っている。 20) アセスメント結果をもとに本人や家族の意向を確認し計画に反映させている。サービス担当者会議は家族の都合に合わせて日程を調整し、参加してもらうことを基本にし、調整ができない時は電話でやりとりをしている。 21) 介護認定更新時や必要時には主治医に意見を求めている。施設内看護師・栄養士・介護職からも意見を聴取して個別援助計画を作成し、照会もしくは担当者会議に参加してもらっている。 22) モニタリングは6カ月毎に実施している。利用者の状態はケース記録に記載し、情報を共有しており、状態に変化がある時等必要に応じて計画の見直しをしている。個別援助計画のファイルは介護スタッフルームに置き、変更時も閲覧する仕組みがある。 | | |
| 多職種協働 | 23 | 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 |
| サービス移行時の連携・相談対応 | 24 | 利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 23) 往診の場合は医師と直接連携ができるが、定期受診の対応は家族が行うため、主治医との連携は家族を通じて行き、「健康に関するファイル」に医療情報を集約している。入退院時は施設看護師が窓口となり、連携している。推進会議において、地域包括や行政と連携している。 24) サービスの継続についての手順は重要事項説明書に定めており、必要な情報提供を行っている。サービス終了後も相談を受け付け関連機関に連絡する等の対応をしている。 | | |
| (5) サービスの提供 | | | | |
| 業務マニュアルの作成 | 25 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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 | 26 | 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 | 27 | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。 | A | A |
| 利用者の家族等との情報交換 | 28 | 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 |

| | | | |
|-------------------|---|----------|----------|
| <p>(評価機関コメント)</p> | <p>25) 業務別の具体的手順や留意点についてのマニュアルが作成され、必要に応じて見直しが行われており、見直しの基準も定められているが、見直した年月が一部で確認できなかった。変更した部分は赤字にする等で見やすい工夫をしている</p> <p>26) 介護記録は介護ソフトを活用し記録している。個人情報保護については、法人の文書取り扱い規則に定められているが、持ち出し・廃棄については確認できなかった。記録の管理について、職員に注意喚起は行っているが、勉強会は行えていない。家族に対しては契約時に説明し同意を得ている。</p> <p>27) 日々小さなことでもケース記録を残し、朝礼・夕礼で申し送りを行い情報を共有するようにしている。毎月の介護職員会議でケース検討を行い、職員会議で議題にあげ、施設内職員で情報を共有している。</p> <p>28) 施設は平屋建てのためコロナ禍においても窓越しの面会が可能であったため、オンライン面会の希望は少なかった。個人所有のスマホのテレビ電話の機能を希望された方には操作の支援を行った。面会時には、日頃の様子やモニタリング結果等を伝え、3~4カ月毎に写真付きの便りを家族宛てに送っている。</p> | | |
| <p>(6) 衛生管理</p> | | | |
| <p>感染症の対策及び予防</p> | <p>29 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。</p> | <p>A</p> | <p>A</p> |
| <p>事業所内の衛生管理等</p> | <p>30 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。</p> | <p>B</p> | <p>A</p> |
| <p>(評価機関コメント)</p> | <p>29) 個々の感染症についてのマニュアルを作成している。ガウンテクニックの実習も含めた感染症発生時の研修を行った。感染症が発生した場合の緊急連絡先（管理体制）は介護スタッフルームに明記している。感染症のBCPを作成している。</p> <p>30) 臭気対策として、各居室のトイレ掃除・ゴミ集めは毎日実施し、換気も行っている。施設内は整理整頓され清潔が保たれている。</p> | | |

(7) 危機管理

| | | | | |
|---------------|----|--|---|---|
| 事故・緊急時の対応 | 31 | 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 | 32 | 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 | 33 | 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 |
| 事業の維持・継続の取り組み | 34 | 大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>31) 事故緊急時の対応の流れを明示した事故緊急時対応マニュアルを設置し指揮命令系統を明示した緊急連絡表を職員が常駐するスタッフルームに掲示している。事故発生時、緊急時に備えて看護師のオンコール体制をとっている。危険予知トレーニングを取り入れ意識の向上を図っている。</p> <p>32) 事故発生時、利用者、家族、関係者に連絡、事故報告書を作成している。事故、ヒヤリハットは発生時、朝礼や申し送りの際に情報共有しリスクマネジメント会議で振り返り、再発防止対策を検討している。</p> <p>33) 夜間想定を含めて年2回の消防訓練と、月一回の避難訓練を実施する他、年1回水害想定総合訓練を行っている。備蓄の食料品や水等以外に各利用者ごとに衣装ケースに着替えや必要なものを納め災害に備えている。</p> <p>34) 自然災害・火災、感染症まん延時それぞれについてBCPを策定している。それぞれの災害の特性を精査した実効性のある内容となっている。</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 |

IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護

| | | | | |
|---------------------------|----|--|---|---|
| 人権等の尊重 | 35 | 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 |
| 利用者の権利擁護 | 36 | 虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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 | 37 | 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 | 38 | 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>35) 利用者の人権尊重を理念、基本方針や各マニュアル内に記載し、日頃の業務でも職員が意識するように工夫している。職員全員参加のケア会議やサービス調整会議でも意識付けを図っている。認知症研修は基礎と応用に分けて年2回、虐待防止研修は法人内全職員に向けて6回実施をした。</p> <p>36) 虐待防止等人権擁護についてマニュアルを設置する他「施設内で虐待（疑いも含め）が発生した場合の対応要領」を定めている。法人内高齢者施設合同で、全職員参加のもと、身体拘束・虐待防止委員会を定期的に行っている。研修は法人内、施設内で定期的に行っている。</p> <p>37) 居室は完全個室で各居室ごとに玄関が設置されている。また各サービスごとのマニュアル内に必要に応じて、プライバシー保護や高齢者の人権への配慮について記載されている。プライバシーポリシーを設置している。チェックリストを実施して介護職の振り返りを行っている。</p> <p>38) 利用者の決定は、原則入所判定会議でのルールにのっとり決定となっている。入所判定会議は、管理者、ケアマネジャー、職員の他看護師や栄養士等が参加している。現在待機中で入所は難しいが、認知症の症状や医療的措置の有無で断ることはない。</p> | | |
| 意見・要望・苦情の受付 | 39 | 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、利用者等に周知されている。 | A | A |
| 意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善 | 40 | 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 | 41 | 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。 | A | A |

| | |
|------------|--|
| (評価機関コメント) | <p>39) 日頃から定期的に管理者が支援に入ったり、利用者個々に担当職員がいるなど、利用者が直接意見を言いやすい雰囲気作りに努めている。月1回担当職員が話す「話合いの場」や相談室がある他、ご意見箱を設置している。明確な意思疎通困難な利用者にあつては、職員が日頃の様子や表情、家族からの聞き取りをもとに情報共有し、最大限汲み取る努力をしている。</p> <p>40) 苦情対応マニュアルを設置し、受付から解決への流れの仕組みを構築している。さらに受付担当者、解決責任者を事業所内にわかりやすく掲示している。改善状況は個人情報保護に配慮しつつQ&A形式で公開している。</p> <p>41) 事業所関係者以外で第三者委員を2名設置し、公的機関の相談窓口と共に掲示したり重要事項説明書の記載し説明している。福知山市の介護サービス相談員の派遣を定期的に受けており、相談活動後すぐにミーティングで方向を受け検討している。</p> |
|------------|--|

(3) 質の向上に係る取組

| | | | | |
|---------------|----|---|---|---|
| 利用者満足度の向上の取組み | 42 | 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている | A | A |
| 質の向上に対する検討体制 | 43 | 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 | 44 | 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>42) 利用者に対して満足度調査、思考調査をそれぞれ年1回実施している。アンケート結果は職員会議にて分析・検討し職員間で共有、改善すべきは速やかに改善を図っている。利用者、家族には結果をフィードバックしている。</p> <p>43) 月1回の職員会議にてサービスの質の向上に係る検討を行っている。職員会議には全職種の職員が参加して情報共有、ともに内容を検討し改善に向けて取り組んでいく仕組みとなっている。2か月に1回の運営推進会議にて報告するほか、他事業所の情報を収集し参考にしている。</p> <p>44) 自己評価として法人本部労務部が年一回監査を実施している。結果は分析・検討した上で課題となったことは事業計画に反映している。第三者評価を3年に一度受診している。</p> | | |