

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 30 年 2 月 22 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

平成 30 年 1 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「医療法人啓信会 ヘルパーステーション リエゾン大久保」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さい。

## 記

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1 職員のモチベーションが高く、働きやすい職場環境です</b></p> <p>○ 職員は年 2 回「ヘルパー自己チェックリスト」「自己目標シート」で自身のスキルを確認し、個人の目標を設定しています。それを基に管理者から半期毎に面談・評価を受け、必要に応じて目標を修正し次期に繋げています。各自が目標をしっかり持ち、目指す方向性が定まり、キャリアアップにつながっています。また、段階的に学べる組織体制があり、プロ意識を持ちやりがいのある職場となっています。</p> <p>○ 時間内での会議、育児休業・介護休業制度、子どもの体調不良時等の柔軟な対応で、小さいお子様がいる職員も働きやすい職場環境です（ヒアリングでも確認できました）。また、これらを可能にする職員の連携とチームワークの良さがあるといえます。</p> <p><b>2 サービスの質の向上を常に心がけています</b></p> <p>○ 利用者・家族の意向把握のために、サービス提供責任者による年 2 回の聞き取り調査をしており、無作為抽出で郵送によるアンケート調査も行っています。これらの結果を基に、サービス提供責任者会議やヘルパーミーティングを通して、サービスの質の向上に取り組まれています。今年度は、「自信をもって派遣できる訪問介護員の質の向上を目指し、研修・個人指導の強化を行い、利用者・家族・各関係機関からさらなる信頼を高める」を目標に取り組まれています。</p> <p><b>3 管理体制がしっかりしています</b></p> <p>○ 訪問介護ステーション リエゾン大久保では、一日 100 ケース程のヘルパー派遣をしています。サービス提供責任者もヘルパー業務に加わっています。その日の予定はホワイトボード 4~5 枚に時間割表のようにして張り出し、ど</p>
-----------------------------	--

	<p>この利用者にとのヘルパーがどのような内容で何時間訪問しているか、一目瞭然視覚としてわかるように工夫されています。このことにより、ほとんどミスなくヘルパー派遣ができています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1. 業務マニュアルの定例的な見直しが必要です</b>  ○ 業務マニュアルの見直しは、必要に応じてではなく、時期を定め、年間計画の中に明記して実施されてははいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 事業所情報の提供が不十分です</b>  ○ 法人全体のパンフレットやホームページはありますが、ヘルパーステーション リエゾン大久保のものは、基本情報しかありませんでした。</p> <p><b>3. 事業所の有する機能を地域に提供されてははいかがでしょうか</b>  ○ 事業所職員のモチベーションや介護に関する技術は高いと考えます。このような事業所職員の技術等を地域に提供されてははいかがでしょうか。  また、事業所の空間（1階、3階）を地域活動に活用されてははいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 業務マニュアルの見直しについて</b>  ○ 業務マニュアルは整備されていますが、以前見直してそのままになっているものや、見直し期日の不明なものもありました。業務マニュアルを活用する為には、やはり最新の情報として整備する必要があります。そのためには、</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>① 見直しの分担制やマニュアル委員会などの設置による担当の明確化を図る</li> <li>② 見直し基準を明確にし、年間計画の中に「業務マニュアルの見直し」という項目を追加する</li> <li>③ 最低年1回見直し、日付を各マニュアル末尾に記入する（現状維持の場合も）</li> </ol> <p>このような改善により、見直すたびにマニュアルの内容が充実し、そのことがより一層のサービスの質の向上に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p><b>2. 事業所情報の提供について</b>  ○ 法人全体の情報は、ホームページやリーフレットで提供されています。しかし、「ヘルパーステーションリエゾン大久保」と検索した場合、法人のホームページにはアクセスできるのですが、事業所の概要についての詳細な説明が</p>

見当たりませんでした。今後、事業所の日常の取り組みや思いが伝わるように、事業所独自のホームページやリーフレットを作成し、アンケート結果や要望等についての対応も併せて掲載されてはいかがでしょうか。

○ まずは、事業所にダイレクトにアクセスできる方法を考えてみて下さい。そのことで、今後ヘルパー利用を検討中の利用者や、就職を希望されている方の参考になるのではないのでしょうか。他事業所も、介護人材の確保に苦慮しているのが現状です。昨今、事業所のHPやブログ・ツイッターを通し求職時の参考に使っているとも聞きますので、今一度HPの内容充実をご検討ください。

### 3. 事業所の有する機能を地域に提供されてはいかがでしょうか

○ 相手からの依頼を待っているのではなく、自分たちから地域に出向いて行ってはいかがでしょうか。事業所周辺には、小学校や中学校、大きな公団住宅の建物がありました。伺うと、地域の高齢化が進んでいるとのことでした。事業所として地域のために何ができるか考えた場合、小学校や中学校に出向き、車いす介助の方法や、認知症と思われる方への声掛けの方法等の「ミニ介護講座」等があるのではないのでしょうか。

○ 事業所のスペースを利用して、介護相談日を設けたり、3階には介護ベッドもありますので家族のための介護講座を行うなども検討されてはいかがでしょうか。

○ 事業所は真向かいに郵便局があり、不特定多数の方の目に留まりやすい環境にあります。入口窓ガラスに小さく事業所のプレートはありますが、もう少し目に留まる工夫をされてはいかがでしょうか。まずは地域住民に知ってもらい、事業所の持っている機能を地域のために活用してもらいましょう。そのことで理解や信頼が深まるのではないのでしょうか。

#### (今後に向けて)

○ 今後、高齢者の増加とともに、医療依存度の高い利用者の増加も考えられます。現在、施設から在宅への動きもあります。そのようなことを考えた場合、在宅生活を継続するうえで喀痰吸引や胃ろう造設者の援助が必要になってくるのではないのでしょうか。モチベーションが高く意欲のある職員が多い中で、事業所として資格取得を推奨されてはいかがでしょうか。幸いにして、法人内には医療施設や教育部門もありますので、一度検討されてはいかがでしょうかと思います。

※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	267100505
事業所名	医療法人 啓信会 ヘルパーステーションリエゾン大久保
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)	介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成30年1月24日
評価機関名	特定非営利活動法人 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
<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。	A	A
	(評価機関コメント)			① 法人理念、運営方針を基に「心あたたかく 微笑みのある 暮らしサポート」を事業所理念として所内に掲示し、ヘルパーミーティング等で周知を図っています。また、名刺裏面に理念を記載し常に振り返る機会としています。利用者・家族等には契約時に重要事項説明書やパンフレットで、理念及び運営方針について周知し、理解が深まるように努めています。 ② 理事会は定期的開催され、法人全体の意思決定が行われています。センター長会議、運営会議、サービス提供責任者会議、定例会議等の各種会議が毎月開催され、職員の意見を反映させるとともに、決定事項の周知を図っています。毎月のヘルパーミーティングは、全員参加できるよう月2回開催し、欠席者には管理者が議事内容を直接伝えています。職種ごとの職務権限についても明確に規定されています。		
<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。	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 事業計画は、単年度及び中・長期計画を策定し、目標を明確にしています。利用者聞き取りチェックリストで利用者ニーズの把握とサービスの質の確認を行っています。各種会議等で職員の意向を確認し、事業計画に反映しています。 ④ 年度初めに全職員は、「ヘルパー自己チェックリスト」を使用し自己評価を行い、個人の目標を設定しています。それを基に半期毎に自己評価し、その後管理者は目標達成状況を職員面接で確認し、必要に応じ見直しを行っています。		

(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 管理者及びサービス提供責任者は、宇治市の全体研修会等に参加し、遵守すべき法令の把握・理解に努めています。また、不確かな点については保険者に必ず確認を取るなどして正しく理解したうえで、研修を開催し全職員に周知を図っています。各種法令等はファイリングされ自由に閲覧でき、またPCにて職員がいつでも調べることができる環境が整えられています。法令遵守の自己点検を年2回実施しています。</p> <p>⑥ 職務権限規程により、管理者の役割や責任を明確にしています。所長は自らの役割と責任を自覚し、職員に対してリーダーシップを発揮しています。ヘルパーミーティングや定例会議を通して、職員との意思疎通を図っています。本年度より職員アンケートを実施し、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価、見直す方法があります。</p> <p>⑦ 管理者およびサービス提供責任者は、業務日報等により事業の実施状況把握に努めており、必要に応じて携帯電話で全職員といつでも連絡できる体制があります。緊急連絡網や事故対応マニュアルが整備され、迅速に指示・対応しています。</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
<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。	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 質の高いサービス提供を行うため、指定基準以上の人員配置があります。法人の運営するケアスクールがあり、介護福祉士受験対策、介護職員実務者研修、ケアマネジャー受験については、授業料の減免等を行い、キャリアアップ支援を行っています。</p> <p>⑨ 「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証を取得しており、キャリアパス制度に基づく人材育成の仕組みがあります。新人職員は、採用時研修後3ヶ月間サービス提供責任者の指導を受けています。「自己管理目標シート」や「ヘルパー自己チェックリスト」により職員一人ひとりに気づきを促し、サービス提供責任者による面談で助言しています。</p> <p>⑩ 実習生受け入れマニュアルは整備され、法人のケアスクールからヘルパー実習生を常時受け入れています。また法人内で実習指導者に対する研修を実施しています。</p>		

<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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑪ 残業は残業管理票で毎月集計しチェックされ、有給休暇消化率も把握されています。年2回職員面接にて心身の負担感等を確認し把握しています。職員には育児休業法、介護休業法の通達を行い、職員ヒアリングからも働きやすい職場（子供の急な体調不良でも休みやすい）であることが伺えました。毎年「腰痛体操」を研修に取り入れ、常勤職員には原付バイクや電動アシスト自転車の貸し出しがあり、職員の健康と負担軽減に配慮されています。</p> <p>⑫ 産業医による相談体制は確保され、職員に周知されています。法人では専門のカウンセラーによるメンタルヘルスの研修を管理者等を実施しています。事務所には休憩所が確保され、くつろげる環境が整備されていました。福利厚生制度が有り、親睦会や日帰り旅行、のど自慢大会を実施し職員間の交流に努めています。</p>		
<b>(3) 地域との交流</b>				
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	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>⑬ 事業所概要は、法人のホームページやパンフレット（事業部・訪問部）、機関誌で開示しています。しかし、ホームページやパンフレットは法人全体のもので、事業所独自の詳しい情報提供が不十分です。</p> <p>⑭ 「小地域包括ケア会議」に参加し、地域への貢献については今後の課題という認識でおられます。是非実現され、地域での活躍を希望します。</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 ホームページやパンフレット、重要事項説明書で事業所のサービス提供内容を示しています。利用者の問い合わせ等は今までに数回ですが対応されています。今後は、ホームページで事業所活動の詳細が分かる工夫が望まれます。</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)		<p>⑯ サービス利用に際して、内容や料金については重要事項説明書等を用いて説明し、同意を得ています（介護保険外サービスの契約も含む）。判断能力に支障の可能性がある利用者に関しては、家族や後見人（保佐人）等に説明し、同意を得ています。現在5～6名の利用者が後見人と契約を結んでいます。</p>		

(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 利用者状況は法人規定のアセスメント様式（介護エイドソフト）を使用し、詳細に記録しています。更新時や利用者の状態に変化があるときにはアセスメントの見直しを行っています。</p> <p>⑱ サービス担当者会議には、利用者や家族等の参加があります。個別援助計画は、本人・家族の希望を尊重して作成され、同意が得られています。</p> <p>⑲ サービス担当者会議で意見交換した内容や、ケアマネジャーとのやり取りも詳細に記録し、特にケアマネジャーとは連絡を密にして支援が行われています。専門家の意見が必要な場合には、法人内の医療、看護部門に問い合わせを行い、より良い介護ができるように努力されています。</p> <p>⑳ モニタリングは、毎月サービス提供責任者が訪問して実施しています。ケアマネジャーには毎月把握した内容を報告し、利用者に変化が見られるときにはその都度報告しています。目標の達成度に応じ、サービス計画の見直しが行われています。</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)		<p>㉑ 退院時カンファレンス等には極力参加し、退院前カンファレンスにも遠方でない限りは参加され、医師や看護師などの意見を聞き、利用者情報の共有が行えています。各利用者のケアマネジャーを通して主治医や他事業者等と連携がとれ、随時経過記録に記録されています。</p>		
(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	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	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 各種業務マニュアルが整備され、休憩室・事務所にて、いつでも誰でも確認できるようにし、適時内部研修にも活用し実践に活かされています。利用者に応じた手順書は、必要に応じて作成され活用されています。しかし、マニュアルの見直しを、毎年定期的実施されることを望みます。</p> <p>㉓ 各ヘルパーから利用者の状況や支援内容は適切に報告され、サービス提供責任者は、その内容を各利用者の支援経過記録に整理し記載しています。個人情報の保護については、法人の管理規定に従い適切に管理され研修も行われています。また取り扱いについては利用者説明し、同意を得ています。</p> <p>㉔ 朝礼時に利用者の変化等、情報を職員間で共有し、サービス提供責任者は各担当ヘルパーに報告しています。定例会で毎月利用者のカンファレンスを開催し、情報交換や意見交換を行っています。ヘルパーミーティングは毎月2回開催し、欠席者には口頭や議事録等にて情報共有しています。</p> <p>㉕ 利用者の家族等とは、毎月のモニタリング訪問や電話で、また、利用者宅に連絡ノートを置き情報交換をしているケースもあります。リエゾン通信は年2回郵送にて配布しています。</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 感染症対策及び予防マニュアルが整備され、毎年感染症予防の研修を行っています。各種対策グッズを常備し、活用しています。感染症のある利用者宅へ訪問時には、手袋・マスク・除菌剤・使い捨てエプロン等の二次感染対策を講じてサービスの提供が行えています。</p> <p>②⑦ 事業所内は当番制で清掃を行い、整理整頓され、清潔が保たれています。感染の可能性がある廃棄物等は他に用意した蓋付きのゴミ箱に捨てるなど、衛生管理ができています。事業所内に、第1種衛生管理士1名・第2種衛生管理士2名を配置しています。</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。	B	B
	(評価機関コメント)		<p>②⑧ 緊急時等の対応マニュアルが整備され、指揮命令系統も明らかです。訪問先での対応も含め、毎年研修を実施しています。</p> <p>②⑨ 事故報告書及びアクシデント・インシデント報告書(ヒヤリハット含む)に基づき改善策を討議し、サービス改善につなげています。また、ヘルパーミーティングでは匿名で内容を共有し、再発防止に繋げています。保険者等に報告する事故は、ここ10年発生していないとのことです。</p> <p>③⑩ 防災マニュアル(台風・水害・地震等の自然災害を含む)をもとに内部研修を実施していますが、地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練などが実施されていません。</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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>③① 高齢者の尊厳の保持については、内部研修で学びを深め、利用者からは「利用者聞き取りチェックリスト」を用いて、サービス提供責任者が全戸訪問した折に尊厳が守られているか確認し、利用者本位のサービス提供を心がけています。また身体拘束禁止・虐待防止については、研修・業務マニュアル等で職員に周知されています。</p> <p>③② プライバシーの保護についても、サービス提供責任者が「利用者聞き取りチェックリスト」を用い、利用者ヒアリングを行い、プライバシーや羞恥心に配慮したサービスが行えているかチェックしています。</p> <p>③③ 新規申し込みに対し、可能な限り時間帯やヘルパーの調整をしていますが、職員確保に努力されている状況もあり、やむを得ず断る場合は、法人内の他事業所等を紹介する場合があります。今後、利用申し込みを断ったケースについては記録に残すことが望ましいです。</p>			



(2) 意見・要望・苦情の受付

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 利用者の意見・要望・苦情は、各ヘルパーからの報告やサービス提供責任者による毎月のモニタリング時と年2回の利用者聞き取り調査により収集しています。</p> <p>③⑤ 得られた意見・要望・苦情は職員で共有すると共に、迅速に対応しています。事業所では対応しかねる課題については、法人に報告書をあげ、法人全体の課題として討議されています。また、各事業所(5箇所)の情報交換も活発に行われています。しかし、改善状況等を、個人情報に配慮しながら公開するには至っていません。</p> <p>③⑥ 第三者や公的機関等への苦情・相談窓口については重要事項説明書に明記し、利用者に周知されています。利用者の意見・要望・苦情は、各ヘルパーからの報告や、サービス提供責任者による毎月の利用者聞き取り調査により収集しています。</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	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職員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 毎月のモニタリングや年2回の利用者聞き取り調査、匿名での利用者満足度アンケート調査を実施しています。今後は、把握した内容を会議で検討し、計画的に事業所での改善や法人全体のサービスの質の向上に役立てられることを願います。</p> <p>③⑧ サービスの質の向上の取り組みは、毎月のヘルパー会議での意見も含め定例会議で検討し、得られた事業所課題は、サービス提供責任者会議・運営会議で取り上げ検討される仕組みがあります。法人内の他事業所とは常に連携し、業務の見直しを互いに行っています。</p> <p>③⑨ 事業所の自己評価を年2回取り組み、法人に報告しアドバイスを受けています。第三者評価は3年に一度受診しています。</p>		