

# アドバイス・レポート

平成27年3月28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26年8月12日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「洛和ヘルパーステーション西京極」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>○研修体制の充実 (通番9)</b></p> <p>法人全体での研修のみならず事業所ごとの研修の実施計画も定め、その計画に基づいた研修を実施しています。体系立てた研修体制を構築し、職員各々の能力・ポジション・経験に応じた研修を実施しています。外部の研修に参加しやすいバックアップ体制を整備（勤務調整や費用負担）するとともに、評価の一つである「力量評価」も外部研修を促す仕組みとなっています。同行訪問を定期的に行い、指導を行っており、互いに学びあう機会や「気づき」を促す仕組みとして機能しています。特にこの「同行訪問」は積み重ねがされており、現場に即した継続的な研修体制としても機能しています。</p> <p><b>○労働環境への配慮 (通番11)</b></p> <p>労働環境水準に配慮するような仕組みが数多く確認できました。有休も必要があれば取得しやすく、職員のヒアリングからも働きやすい労働環境にあることが窺えました。リフレッシュ休暇制度（年間連続10日間の休暇）や半日有給制度などの就労環境の整備にも法人全体で力を入れています。また、職員への福利厚生制度も充実しており、「働きやすい労働環境」となるようシステム化していくよう法人として取り組んでいます。</p> <p><b>○質の向上に対する取り組み (通番37. 38. 39)</b></p> <p>利用者満足度調査を実施し、分析・検討する体制を整備しています。「質の向上プロジェクト」を通して、それらの取り組みを法人全体で推進しています。また、ISOの認証を取得や内部監査の実施により、「質の向上」への取り組みを評価と課題の明確化につなげています。第三者評価は今回初めての受審ですが、今後の継続的な取り組みが期待されます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○管理者等によるリーダーシップの発揮 (通番6)</b></p> <p>ISOの品質方針において、管理者は自らの役割と責任をISOの品質方針において職員に表明しており、運営管理者向けの自己啓発研修も行われ、管理者自身が自らを振り返る・見直す機会が設けられています。しかし、「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・見直しをする方法」が確認できませんでしたので、工夫が望まれます。</p> <p><b>○地域への情報公開 (通番22)</b></p> <p>法人の機関誌（おとまるくん）やホームページ・法人主催の研修会などの広報活動実施していますが、情報の公表制度等を地域住民に広報する取り組みがなされていませんでした。また、法人主体の広報活動だけでなく事業所独自の広報活動も含め、今後の取り組みが望まれます。</p> <p><b>○災害発生時の対応 (通番30)</b></p> <p>災害発生時のマニュアルの整備や研修は実施されていますが、訓練の実施や地域との連携を意識した取り組みがなされていませんでした。今後の取り組みへの工夫が望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○ISOの品質管理を活用されたり、管理者が自身を振り返る機会を設けておられますので、一歩進んだ形で職員が管理者を評価する仕組みや相互で評価する仕組みについて検討されてはいかがでしょうか。組織規模が大きくなると画一化することで組織を統制する必要がありますが、リーダーシップのみならずフォローシップの発揮には、双方向性をもった取り組みと仕組みが必要だと思われます。これからの取り組みに期待します。</p> <p>○情報の公表制度の広報については、様々な広報の機会に取り組みられてみてはいかがでしょうか。また、法人全体での広報が主体であるようにもお見受けしますので、事業所独自の広報誌や広報活動にも取り組まれてみてはいかがでしょうか。事業所の「独自性」を発揮していくことで図られる「質の向上」もあるものと考えますので、今後の取り組みとして検討されてみることをお勧めします。また、合わせて苦情や要望についても独自の広報誌に掲載されると尚良いのではないのでしょうか。</p> <p>○災害時を想定したマニュアルや研修が実施され、避難場所の掲示など「災害」発生時の対応もなされていますので、「地域との連携」に視点をおいた取り組みが期待されます。災害発生時には「地域との連携」が必要不可欠になってくるものと思われます。「地域連携」への取り組みとして、災害協定について検討されるとともに、災害想定訓練への参加・研修会の実施なども含め、具体的な「取り組み」について検討されてみてはいかがでしょうか。</p>

(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	2660790151
事業所名	洛和ヘルパーステーション西京極
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・居宅介護支援・訪問看護
訪問調査実施日	平成27年2月24日
評価機関名	京都府認知症グループホーム協議会

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)		<p>(1) 組織の理念を事業所内に掲示・社員証の裏面に記載する・朝礼時に唱和する等の方法で職員にその周知を図っています。理念を踏まえた事業所独自の目標を立て、全職員に周知を図る取り組みも行っていきます。また、研修や職員評価の一環として行っている「登録ヘルパー力量評価」実施の折にも、理念や運営方針の理解を深めるよう取り組んでいます。</p> <p>(2) 組織図に基づいた明確な意思決定プロセスを構築していることが確認できました。職員ヒアリングからも、現場の意見の吸い上げや集約が事業所の会議等を通じて行われていることが見て取れました。統括・管理者・主任といった役割を置き、その役割や権限を明確にしています。</p> <p>訪問介護会議・訪問介護教育委員会・訪問介護業務委員会などの会議が継続的に実施され、意思決定がなされています。</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。	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)		<p>(3) 毎年、「アクションプラン」を統括責任者が策定し、それに基づいた事業所の計画を策定・実行する体制をとっています。それらの計画は、全体研修やキャリアパス研修にも反映されています。法人全体で「ISO品質目標」等を活用しながら、その計画の実行状況を確認する仕組みづくりに取り組んでいることが確認できました。毎年実施する満足度調査の結果分析を踏まえた計画となっており、課題や問題点を明らかにして計画の策定に取り組んでいます。</p> <p>(4) 業務レベルの課題設定とその達成に向けた取り組みとして「力量評価」という評価指標を活用しています。期間を設定し、その達成状況を確認・検証する仕組みを導入されています。この評価指標に基づいて達成状況の定期的な確認と見直しを行っています。個人面談や現場での同行訪問も課題設定と課題の達成への取り組みとして活用されています。</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。	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	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) 法令遵守への取り組みとして、法人において法令遵守研修を実施し、事業所としては自主点検を全職員で行っています。また倫理規定をイントラネットに掲載し、全職員が法令遵守の意識を持てるよう工夫がなされています。事業を実施する上で把握すべき法令についても整備されていることが確認できました。</p> <p>(6) 管理者は自らの役割と責任をISOの品質方針において職員に表明しています。また、職員の自己申告（個人面談）の機会を設け、職員の意見を聞く機会を設定しています。運営管理者向けの自己啓発研修が行われ、管理者自身が自らを振り返る・見直す機会が設けられていたが、「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・見直しをする方法」が確認できませんでしたので、工夫が望まれます。</p> <p>(7) 管理者は業務用携帯を所持し、いつでも連絡が取れる体制を整備しています。事業の実施状況については業務日誌や連絡記入用紙の活用、日々の訪問後の報告を必須としてその把握に努めています。事故報告書から事故発生時には、素早い対応がなされていることも確認できました。</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) 法人全体で人事管理の方針を確立し、人材の確保に努めています。無料の介護技術講習会や求人広告・ホームページなど多様な方法での人材確保に取り組んでいます。事業の性格上、ヘルパー2級以上（現介護職員初任者研修）の有資格者を採用しており、常勤職員は全員介護福祉士の資格保持者となっています。介護福祉士・介護支援専門員の資格取得のための講習会の実施や費用面でのバックアップ体制も整備しています。</p> <p>(9) 研修の実施計画を定め、その計画に基づいた研修を実施しています。外部の研修に参加しやすいバックアップ体制を整備（勤務調整や費用負担）するとともに、評価の一つである「力量評価」も外部研修を促す仕組みとなっています。同行訪問を定期的実施し、指導を行うことが互いに学びあう機会や「気づき」を促す仕組みとして機能しています。</p> <p>(10) 介護職員初任者研修を中心に積極的に実習生を受け入れる体制を整備しています。実習に関するマニュアルの整備も行われており、実習生を受け入れる体制づくりに努めています。また、実習指導者（サービス提供責任者）への研修も法人として行っており、参加していることが確認できました。</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) 有休や時間外労働については、Webシステムを活用し管理し、労働環境水準に配慮するよう努めています。有休も必要があれば取得しやすく、職員のヒアリングからも働きやすい労働環境にあることが窺えました。職員から自己申告をする機会を設け、希望を考慮するよう努めています。リフレッシュ休暇制度（年間連続10日間の休暇）や半日有給制度などの就労環境の整備にも法人全体で力を入れています。移動手段の負担軽減のため、電動自転車を導入するなどの配慮もみられました。</p> <p>(12) 職員が悩みなどを相談できるよう「EAP相談室」という相談支援機関を設けています。職員との個人面談も定期的に、必要があれば随時実施し要望等をくみ取る機会を設定しています。福利厚生制度の充実にも力を入れ、職員が利用しやすいものとなっています。休憩場所についても相談室との共用ではありますが、適切に休憩できる場所が確保されていると判断できるものでした。</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。	A	A
		(評価機関コメント)	<p>(13) 法人の機関誌（おとまるくん）やホームページを通じて地域への情報提供を行っています。法人主催の研修会を地域にお知らせするなどの取り組みも広報活動として実施しています。情報の公表制度等を地域住民に広報する取り組みがなされていなかったので、今後の取り組みが望まれます。</p> <p>(14) 地域にむけて、無料の介護技術講習会や健康教室・認知症を考える会等を実施しています。法人全体で開催される「メディカルフェスティバル」において介護相談なども行っていることが確認できました。地域の介護・医療・福祉ニーズの把握には地域の事業所が集まり実施する事業所連絡協議会に参加し、その情報収集と把握を行っているとのことでした。</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>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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等で事業所の情報を提供しており、分かりやすい内容となっています。また、利用者からの問い合わせや見学に的確に対応できるよう、「見学殺到プロジェクト」というプロジェクトを立ち上げて、情報提供を強化する取り組みも見られました。</p>			
<b>(2) 利用契約</b>						
		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) 重要事項説明書にてサービスの内容や料金は説明し、同意を得ていることが確認できました。保険外サービスも実施しており、その利用者に対しても契約書・重要事項説明書において説明し、同意を得ています。成年後見制度等の利用をしている利用者もあり、成年後見制度についての研修もなされています。</p>			

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) 定められた様式に基づき、利用者の個別状況を踏まえたアセスメントが実施されています。利用者の希望や主治医・専門家との連携がなされていることが、ケースファイルからも確認できました。更新時や状態変化がある場合には、モニタリングを実施して、再アセスメントを行っています。</p> <p>(18) 個別援助計画は、アセスメントや居宅介護計画書に基づき具体的な目標が設定されています。策定において利用者や家族の希望も尊重し、同意を得ています。サービス担当者会議において利用者のニーズや目標を共通認識するように努めています。具体的な例として、「買い物に行くようになりたい」と希望する退院直後の利用者の支援について、実現までの目標設定とプロセスが細やかに計画されているなど、個別援助計画に家族や本人の希望が尊重されていることがケースからも読み取れました。</p> <p>(19) サービス担当者会議やヘルパーカンファレンスにおいて専門家への意見照会を行っています。利用者のケースファイルからも連携の具体例が確認できました。居宅介護計画との整合性もしっかりと図られています。</p> <p>(20) 計画通りにサービスが行われているかについては、実施記録等で確認され、サービス提供責任者が状況の変化等を把握しています。利用者のケースファイルからも定期的・必要に応じての見直しが行われていることが確認できました。モニタリングも月に1回必ず行うようにし、見直しも適切になされています。</p>		
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) 利用者のサービス提供において、関係機関との連携・支援体制が確保されていることが記録から確認することができました。関係機関の連絡リストの作成や地域包括支援センタとの連携体制の確立もなされています。特に入退院時においても、カンファレンスやサービス担当者会議・退院サマリーなどを通して関連機関と連携を図って利用者の支援体制を確立していることが確認できました。</p>		
<b>(5) サービスの提供</b>				
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) 標準的なサービスの実施方法を定めたマニュアルが整備され、職員に活用されています。これらの見直しにあたり、「気づいて良かったシート（ヒヤリハット報告書）」や事故報告書、ISO品質記録などを活用するとともに、「顧客満足度調査」の結果を検討し、反映するように仕組み化されています。</p> <p>(23) 利用者の状況やサービスの提供状況は適切に「利用者ケース記録」「活動記録表」「経過記録」などに記録されています。個人情報の保護の観点に立った研修も実施されており、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程も定められています。記録は、ファイルされ施錠できる書庫に保管するなどその管理体制も確立されています。情報開示請求マニュアルも作成され活用されていました。</p> <p>(24) 事業所内の「ヘルパーカンファレンス」や申し送り等において職員間の情報共有を図っています。伝達会議を実施し、利用者の情報共有の強化を図る取り組みもなされました。サービス提供責任者による同行訪問を実施し、情報の共有を図るとともに、同行訪問記録を積み重ねることで情報を標準化しています。</p> <p>(25) 初回訪問時はもちろんのこと、担当者会議・モニタリング時には必ず家族との情報交換を行っています。活動記録表を利用し家族との情報交換を行うだけでなく、連絡帳の活用でより詳細な情報交換を行っていることが確認できました。</p>		
<b>(6) 衛生管理</b>				
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) 感染症に関するマニュアルの整備が行われています。消毒液、手袋、マスクなどの感染症対策のための用品も事業所内に備え付け、持ち出しができるよう取り組んでいます。また、年間の研修プログラムにおいて感染症について学ぶ機会を設け、感染症に関する知識や対応策について深める取り組みとしています。</p> <p>(27) 事業所内は整理整頓され、清潔に保たれています。清掃については職員が行っています。必要な衛生材料等も適切に整理されていることが確認できました。</p>		
<b>(7) 危機管理</b>				
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) 事故や緊急時におけるマニュアルを整備し、職員に対して研修も実施されています。リスクマネジメントに関する研修も実施されています。事故や緊急時の連絡網やフローチャートなどを作成しており、連絡網がきちんと機能するかチェックする訓練を年1回実施しています。</p> <p>(29) 「ヒヤリハット報告書（気付いて良かったシート）」や軽微な事故報告を積み重ね、その検証を行い再発防止を図る取り組みを実施しています。また、ISOを活用し、再発防止策の検討を行っています。保険者に報告が必要な事故事例が最近ありましたが、適切な対応がなされていることが確認できました。</p> <p>(30) 災害時の対応マニュアルが整備され、防災に関する研修も実施しています。マニュアルには災害時の指揮命令系統が明確に示されています。また広域避難場所を事業所内に掲示し、災害時の対応方法について周知を図っています。しかし、地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練がなされていないとのことでしたので、今後の取り組みが望まれます。</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>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。	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) 高齢者の尊厳保持については重要事項説明書において明示され、利用者や家族に説明しています。人権や身体拘束禁止の視点に立った研修も、年間の研修計画に沿って実施されています。年2回実施している利用者満足度調査の結果分析結果を利用者に配布することで、人権を尊重したサービス提供ができていくかについて検討する機会としています。</p> <p>(32) プライバシーの保護、個人情報の保護という視点での研修が法人全体で行われています。また、業務マニュアルにおいてプライバシー保護の視点が盛り込まれ、研修においてもその意識付けが行われていることが確認できました。</p> <p>(33) 原則、利用申し込みがあった利用者については受け入れを行っています。人員等の関係で受け入れができない場合は、他の事業所に適切につなげていることが相談受付表等で確認できました。</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。	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	A	
	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>(34) モニタリングや顧客満足度調査を通じて、利用者の意見・要望・苦情の収集を行っています。面接時に相談窓口についても説明を行っています。また、利用者の意向や満足度を把握する機会としてモニタリングや訪問時を活用し、利用者の声や要望を聴くよう努めていることが確認できました。</p> <p>(35) 利用者から受付けた意見・要望・苦情等については苦情処理要領や苦情相談マニュアルに基づき、迅速に対応していることが確認できました。満足度調査の分析結果は全利用者に配布されています。その取り組みを苦情の公開としています。今後、広報誌等への掲載も検討されると良いのではないのでしょうか。</p> <p>(36) 相談窓口については、重要事項説明書やホームページにおいてお知らせをしています。また、苦情対応に関するマニュアルを整備し、その対応ができる仕組みを構築しています。しかし、行政・国保連合会以外の第三者の相談機関が設けられていませんでしたので、その設置の検討が望まれます。</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。	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) 利用者満足度調査を実施し、分析結果を事業所内で共有しています。ISOの満足度調査についても年1回実施しています。「質の向上プロジェクト」が設置されており、利用者満足度を分析・検討する機能を果たしています。</p> <p>(38) 多職種が縦断的にかかわる「質の向上プロジェクト」や管理者会議、各部門別会議においてサービスの質の向上についての検討を行っています。また、訪問会議や教育委員会でもそれらの内容について検討されています。その内容や取り組みは全ヘルパーに向けて伝達研修を行うことで周知を図っています。</p> <p>(39) ISO9001の認証を受けており、そのチェック項目に基づいた定期的な評価や内部監査を自ら実施するなどその「サービスの質の向上」という観点に立った評価に力を入れています。「質の向上プロジェクト」の取り組みそのものが「サービスの質の向上」を図るような内容となっています。第三者評価は今回初めての受診となっており、今後も継続的な受審を検討されていくことを望みます。</p>			