

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 1 1 月 2 9 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 2 年 7 月 1 3 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山科につきましては、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>●通番 1 理念の周知と実践</p> <p>法人理念と介護事業部の「NO1方針」に沿って、事業所が単年度計画「アクションプラン」を作成し、「NO1シート」を活用して、1か月毎にPDCAサイクルで進捗状況を把握し、新たな問題・課題・目標を立て、解決・達成の為にアクションプランを再考しています。この「アクションプラン」の評価・検討を月例の事業所の定例会議で行い、結果を介護事業部に報告しています。この取り組みが事業所の、理念と「NO1方針」浸透に繋がっています。職員一人ひとりの理念と「NO1方針」の周知徹底は理念の唱和や社員証の裏に貼付、研修や「職員力量評価」等で図られています。また、介護事業部の全事業所が二人一組で他の事業所を評価する「事業所評価表」を活用した取り組みで介護事業部全体の理念や「NO1方針」の周知徹底を図っています。チェック項目（65項目）のほぼ全てが、法人及び介護事業部が掲げた理念と「NO1方針」の実践課題であり、総勢数百人の訪問介護職員一人ひとりが自らの役割と責任を意識し、理念と「NO1方針」に沿った行動を取ることができる様になっています。</p> <p>●通番 8、通番 9 質の高い人材の確保と継続的な職員教育・育成</p> <p>介護職員の確保と継続的な教育・育成を介護事業部の採用人事課とNO1課、事業所が一体となって取り組んでいます。事業所の職員一人ひとりが介護サービスに係る知識と技術を持ち、利用者本位のサービスが提供できる人材の確保と教育を採用時から取り組んでいます。具体的には、職員研修に「プリセプト・プリセプティ制度」、「キャリアパス制度」、「実務者研修」等を取り入れ、職員一人ひとりが、研修履歴台帳や「職員力量評価」をもとに、新任から段階的に訪問介護に必要とされる技能（知識や技術）を積み上げています。また、職員は法人が定めた奨学金制度や資格取</p> |
|-----------------------------|---|

得支援制度等を活用し、積極的に介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員等の資格取得に取り組んでいます。常勤職員全てが介護福祉士を取得されています。

●通番 1 1 労働環境への配慮

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ます。職員のストレス解消や健康的な生活を維持するための福利厚生制度を小冊子「福利厚生ガイドブック」にまとめ、全職員に配布しています。職員は10日間のリフレッシュ休暇や半日有給休暇、介護休暇、ボランティア休暇等の制度を余暇活動や社会貢献などに活用しています。また、介護事業部にEAPシステムを導入し、職員の業務上の悩みやストレスを解消する為の具体的な取り組みを行っています。介護事業部「ES対策部会」に相談窓口やメンタルサポート室等を設置し、また、外部に専門職（カウンセラー）に相談できる機会を設け、職員がいつでも気軽に法人内外の専門職に相談できる仕組みを構築しています。イントラネットを活用した「職員やりがいアンケート」で、介護事業部が職員一人ひとりの本音を吸い上げて職員の業務量の適正化や効率的な勤務体制の構築、良質な人間関係づくり等に関する課題を明確にした上で、質の高い人材の確保と継続的な教育・育成に努めています。職員ヒアリングで確認しました。法人開催の訪問介護職員親睦会は、毎年盛況で大勢の訪問介護職員が親睦を深めています。

●通番 1 7～通番 2 1 利用者の個別状況に応じたサービスの提供

独自のアセスメントシートを活用し、定期的にあセスメントとモニタリング評価を実施し、訪問介護計画書の見直しを行っています。提供サービスの質向上に関連する主な課題を「NO1シート」に上げ、マネジメントサイクル（PDCA）を通して持続的に質の改善に努めています。本人・家族、関係組織や主治医・ケアマネジャー等の専門職員等の意向をサービス担当者会議や病棟カンファレンスで把握し、サマリー等を入手し、他職種と協働で利用者を支援されています。プライバシー保護・虐待防止・身体拘束ゼロ・認知症ケア・記録の書き方等の各種のマニュアルや手順書、訪問介護業務フローに沿って、個別の状況に応じたサービスを提供しています。「利用者満足度調査」や「事業所評価表／利用者インタビュー」で把握した利用者の意向を、アセスメントの実施、訪問介護計画書の見直し、各種のマニュアルの見直しに役立てています。

| | |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p>●通番30 災害発生時の対応 災害発生時対応マニュアルに沿って、事務所内の消火器の点検・整備は行っておられますが、自然災害に地域と連携する体制や二次災害を防ぐ手段、等の取り決めが十分とは言えません。利用者は広域に在住されておられ、単独の事業所のみでの対応は課題が大きすぎると考えます。</p> <p>●通番36 第三者への相談機会の確保 行政までには至らない苦情や要望、事業所関係者に申し出るには、少々抵抗がある方がおられます。利用者アンケート等では把握しきれない苦情や要望を聴き取ることは利用者保護の観点から必要なことと考えます。その点、第三者への相談の機会を設けることは必然的に事業所のサービス改善や事故発生の予防等につながると考えます</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>●通番30 災害発生時の対応 洛和会本部の災害対策本部の機能（力）と地域の関係団体や組織、地域住民の機能（力）を活かした対策が望まれますが、まずは地元の周辺地域で対策を検討する会合を持たれてはいかがでしょうか。</p> <p>●通番36 第三者への相談機会の確保 事業部やエリアで第三者への相談窓口を設置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 | 2674100116 |
| 事業所名 | 洛和ヘルパーステーション山科 |
| 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) | 居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 令和2年11月13日 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 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 |
| 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. 法人の理念と運営方針、介護事業部の運営方針「NO1方針」を明文化している。職員は朝礼で唱和し、社員証の裏面（貼付）で確認している。ホームページ、パンフレット、各種の広報誌等に記載し、広く地域や利用者本人・家族等に周知している。理念や運営方針に沿ってサービスを提供しているかを「NO1シート」や「事業所評価表」、ヘルパー研修力量評価等で定期的に確認する仕組みを構築している。 2. 各種の検討会議（理事会、NO1課、業績、管理者、訪問介護、事業所ミーティング等）で組織図、職務職権に応じ公正なプロセスで意思決定を行っている。議事録をイントラネットで確認することができる。 | | | |
| (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. 法人本部の中長期計画と介護事業部のNO1課の「NO1方針」を基に、事業所の単年度計画「アクションプラン」を策定している。「アクションプラン」の諸課題を「NO1シート」に落とし込み、毎月、事業所ミーティングで進捗状況をPDCAサイクルで確認し、NO1課に報告し、双方で達成度を確認している。 4. 法人下の20余りのヘルパーステーションが定期的に会合を持ち、各事業所の取り組みを共有している。 | | | |

(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、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) | | 5. 法令遵守に関する項目（8項目）を「事業所評価表」に上げている。年2回自主点検表を基に介護保険制度上の法令遵守に努めている。イントラの「法令一覧表」で介護保険以外の遵守すべき法令をマニュアルと併せて確認することができる。「訪問介護業務フロー」に基づいて、提供サービスを利用者本位で提供できる様にしている。法令に関する研修でより理解を深めている。 6. 組織図、職務分担、マニュアル等に管理者の役割を明記している。NO1課主導の「職員やりがいアンケート」で、管理者が自らの行動を把握し評価・見直しをする取り組みを構築している。また、月例の事業所ミーティングで職員の意向を聴き取り「アクションプラン」の見直しに役立っている。 7. 緊急連絡網を整備し、携帯メール一斉配信で全職員に情報を伝達できる様になっている。「緊急時事故発生マニュアル」、「重大事故報告書」等のマニュアルや報告書を整備している。また、業務日誌、連絡ノート等で職員と利用者・家族等の情報を把握している。 | | |

| 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 |
| 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. 介護事業部の人事採用課とNO1課と事業所が一体的に質の高い人材の確保と育成・教育を行っている。正職員全員が介護福祉士の資格を有している。採用後の介護福祉士の資格がない介護支援専門員や非常勤職員、登録職員を対象とした介護福祉士資格取得支援制度や介護福祉士合格対策講座を無料で受講できる等の仕組みがある。ホームページやポスターを活用した職員紹介制度を設けている。毎年、介護事業部の全介護職員を対象とした「ヘルパー懇親会」を開催し、職員の親睦を深めている。</p> <p>9. 「キャリアパス制度」で、階層別、段階別、課題別の研修でキャリアを積んでいる。職員一人ひとりが「キャリアパス台帳」で技能の修得状況を把握している。また、職員は重点的な課題を年間研修計画に沿って学び、各々が個人台帳で管理している。新任研修ではOJT（現場研修）を実施し、必要に応じて現任職員にも先輩との同行訪問を取り入れている。外部研修派遣は事業所で研修費用を負担し、研修成果を伝達研修で共有している。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルを整備している。介護職員初任者講習や介護支援専門員研修等の実習生を受け入れている。実習指導者に対する研修プログラムを介護事業部で準備中である。</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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | <p>11. 勤怠管理は全てイントラネットで行っている。10日間のリフレッシュ休暇、半日有給休暇、介護・看護休暇等の取得制度の他、時間短縮勤務等、非常勤・登録の介護職員の労働環境に配慮している。「福利厚生ガイドブック」を採用者全員に配布し、法人が提供する労働環境に関する制度等を全職員に周知している。感染症予防対策に手袋・マスク・消毒液・長袖ガウン・袖なしエプロン・ゴーグル・フェイスシールド・体温計・ハンドクリーム等を全職員に支給している。</p> <p>12. 「NO1方針」に「働きやすく働きたいのある組織にします」を挙げている。職員の業務上の悩みやストレス解消のために、外部にメンタルサポートの専門職と介護事業部にEAPシステム、ES部会（相談窓口）を設置している。また、新たに今年10月、法人本部に「メンタルサポート室」を開設している。休憩室の確保、むつみ会の行事の充実等、NO1職場づくりを強化している。</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 | B |
| | | (評価機関コメント) | <p>13. 14. ホームページや法人発行の広報誌等で健康、生活、医療・介護・福祉等の制度などについて、読み手に役立つ豊富な情報を提供している。毎年開催の住民向けのイベント「メディカルフェスティバル」や「ヘルスケア学会」等で法人や事業所が有する機能を地域に提供している。山科認知症サポート連絡会に参画し共同で東部文化会館で地域住民を対象とした催しを開催している。事業所独自で地域の住民向けの講座などの取り組みは行っていない。</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 |
| 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) | | 15. 「感染しない、感染させない、広げない」をモットーにコロナ感染症予防に努めている。ホームページにスタッフブログ「えがおのとびら」を開設し、男子職員特集を企画している。ホームページに「知りたいことを質問してみましょう」の質問と回答をクリックするサービスにより利用者の問い合わせに対応している。 | | | |
| (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. 契約書、重要事項説明書、運営規程等で事業所のサービス内容を説明し、利用には同意を得ている。料金については別紙で詳しく表記し説明をしている。成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用をパンフレットで説明し、現に成年後見人を代理人として契約している。権利擁護については気になるケースには地域包括支援センターやケアマネジャーと連携し対応している。 | | | |
| (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 | 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) | | 17. 18. 19. 20. ケアマネジャーのケアプランをもとに、独自のアセスメントシートを使って初期・3か月毎、モニタリング訪問時等でアセスメントを実施している。サービス担当者会議で利用者・家族等の意向を尊重した上で、他のサービス提供事業所の情報を基に個別援助計画を作成している。毎月、サービス提供責任者がサービス状況報告書を確認し、3か月に1回、見直しを行っている。利用者の状態に変化があった場合はアセスメントを更新し、担当ケアマネジャーに報告・連絡・相談の上、個別援助計画の見直しを行っている。また、主治医の意見書やリハビリ職の助言、看護サマリー等入手し、訪問介護計画の見直しを検討している。 | | | |
| (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. 入院時にケアマネジャーとの連絡を密にし、退院時には医療機関のカンファレンスに参加している。緊急時のかかりつけ医や訪問看護師の連絡先を緊急シートに記載し、緊急時に確認できる仕組みがある。 | | | |

(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。 | 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) | | 22. 各種の業務マニュアルを基にサービスを提供している。各種のマニュアルはそれぞれ検討シートを使って定期的に見直しを行い、改正後は職員に周知している。マニュアルの策定と見直しの経過を「介護マニュアル管理表」で確認することができる。 23. 記録はパソコン内ソフト「ちょうじゅ」で行っている。利用者カルテ、活動記録表で確認できる。記録の保管・廃棄・保存・破棄等については「書類保管規約」と「個人情報保護マニュアル」等に基づいて実施し、記録類は鍵のかかる書庫で保管している。記録の管理に関する研修を年間研修計画にもとづいて行っている。 24. サービス担当者会議で検討された内容はヘルパーカンファレンスで確認し、職員間の情報共有の上で利用者・家族が同意したサービスを提供している。また、サービス提供日の朝礼時の申し送りでも確認を行っている。 25. 担当者会議に本人・家族等も参加し、事業所のサービス実施記録を基にサービス提供の事業者間で情報を共有している。3か月毎のモニタリング訪問時にも家族と情報共有を図っている。利用者に変化があった際は電話等で家族に連絡し、情報の共有化を図っている。 | | |

(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) | | 26. 感染予防マニュアルと行政や法人内から収集した新しい情報等を基に感染症予防対策に関する内部研修を開催している。法人内の認定看護師を講師とした研修を行い、正しい知識や技術の習得に努めている。事業所に必要物品を常備し、必要時にヘルパーへ配布している。 27. 記録類等の書類は鍵のかかる書庫や本棚に保管し、必要物品などは整理整頓に努め、必要時に直ぐ取り出すことができるようにしている。室内清掃は職員が分担表にもとづいて実施し、チェック表で確認している。 | | |

(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 | B |
| (評価機関コメント) | | 28. 緊急時対応マニュアルを作成し、職員研修を実施している。緊急時連絡網を事務所内に掲示し、各自がマニュアルを所持し、誰もが直ぐに対応できる体制を整えている。 29. マニュアルに沿って対応している。発生後12時間以内に「事故報告書」を提出し、発生要因などの分析・評価を行い、その後「ヘルパー会議」で検討し、再発防止に努めている。分析結果などは法人事業部に提出し、組織全体で情報を共有し、発生の要因分析・評価を行い、再発防止に努めている。 30. 「災害対応マニュアル」を基に、職員研修を行っている。利用者宅での災害対応については、災害マップなどの確認を行い、「気をつけるように」との声掛けを行っているが、災害発生時の地域との連携等については想定されておらず体制が十分とは言えない。 | | |

| 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. 人権尊重を理念に掲げ運営規程に明記している。人権尊重などをテーマとした研修会を実施し、1年に1回、身体拘束に関する自主点検を行っている。家族による虐待発生が疑われるケースに気づいた時は、ケアマネジャーに報告し、ケアマネジャーと家族を交えた検討会を行い、虐待防止と発生時の救済に努めている。</p> <p>32. 各種業務マニュアルを策定し、これにもとづく研修を行っている。プライバシー保護については、サービス提供責任者が直接現場で指導し職員の理解を深めている。</p> <p>33. 希望時間や区域などで対応が難しいものを除けば利用申し込みを受け入れている。申し込みから決定までの流れは受け付け表や経過記録で確認できる。</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. 年に1回、「利用者満足度調査」を行い、集計結果を職員会議で評価・分析し、訪問介護サービスの質の向上につなげている。集計結果をレーダーチャートで図式化し、評価・分析結果を添えて利用者にフィードバックしている。また、法人内部の職員2名がチームで行う「事業所評価表／利用者インタビュー（11項目）」で利用者の意向を直接聴き取り、結果を事業部・事業所にフィードバックしている。日々の訪問時やモニタリング訪問で聴き取る利用者の意向（意見・苦情・要望）は、その都度職員間で検討し対処している。利用者の意向を広く吸い上げ収集する仕組みを整備している。</p> <p>35. 苦情・事故マニュアルを策定し、それにもとづいて「NO1シート」に落とし込んで適切に対応している。これらは記録として会議で報告を行い職員間で共有し検討をしている。また、事業部リスクマネジメント委員会に報告し、そこで検討し今後のサービス提供の質の向上に努めている。アンケートの結果や収集した苦情等については公開していない。</p> <p>36. 公的機関の複数の苦情相談窓口を契約書や重要事項説明書等に明示し、事業所内に掲示している。利用時に利用者・家族等に説明している。苦情相談の窓口として第三者を設置していない。</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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | <p>37. 利用者満足度アンケートを実施し、事業所内会議や訪問介護会議で検討を行っている。満足度調査は前回との比較を行い、内容の確認を行っている。</p> <p>38. 職員は役割りに応じて各種の検討会議に出席している。議事録を介して全職員が検討事項を周知している。職員誰もがイントラネットで様々な決定事項や通知・連絡事項を検索できる仕組みが構築されている。</p> <p>39. 毎月、「NO1シート」を活用してアクションプランの課題別評価をPDCAサイクルを通して4段階方式で行い事業の継続と発展につなげている。また、年に1回、「事業所評価表／60項目」を活用して事業所の自己評価を実施し、サービス評価委員会にて検討している。法人事業部からの内部監査を実施している。3年に1回の第三者によるメイン評価は平成22年1月に受診している。</p> | | | |