

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 2 年 1 1 月 1 3 日

令和 2 年 1 0 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 訪問介護ステーション加茂の里様につきましては、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

|                     |  |
|---------------------|--|
| 特に良かった点とその理由<br>(※) | <p><b>1. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>「訪問介護業務手順書」を作成し、文書管理規程に基づき、法人内の他事業所とで組織する訪問介護部会で会議ごとに見直しを行い、毎年 3 月に総括して改定する手順をとっていました。必要に応じて随時見直しもしていました。修正箇所は「文書見直しチェック表」に記録していました。</p> <p>そのことにより、マニュアルに基づいた手順で業務を行うことが各職員に浸透していました。</p> <p><b>2. 感染症の対策及び予防</b></p> <p>施設の感染対策委員会が行う研修に参加し、さらに事業所内で伝達周知を行っていました。感染症マニュアルには、新型コロナウイルスに関する情報も取り入れた最新の情報と対策を掲載していました。また、マニュアルに基づき、防護服など感染防止用具の準備がありました。地域で唯一の訪問介護事業所である責務から、利用者が新型コロナウイルスに感染した場合でも、対策をとって援助できるように努めていました。</p> <p><b>3. 意見・要望・苦情の受付</b></p> <p>毎月の請求書発送時に「ご意見ハガキ（切手不要）」を同封し、意見や要望を引き出す取り組みを行っていました。意見があった場合には、「ご意見受付経過報告書」を作成し、毎月の運営会議で共有、検討のうえ対応していました。また、意見や対応については、満足度調査結果や事業所の情報を掲載している「ヘルパー通信」で公開していました。</p> <p><b>4. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>「苦情解決実施要領書」や「ご意見受付手順書」を定め、「コールバック連絡書」や「ご意見受付経過報告書」を運営会議で検討する仕組みがありました。また、苦情には至らないものの、苦情につながる可能性があった場合に</p> |
|---------------------|--|

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | <p>は直ちにサービス提供責任者に報告し、サービス提供責任者が利用者宅に訪問して傾聴するように努めることで、サービス改善に取り組んでいました。</p>  |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>法人として法令遵守規程を定め、法人内ネットワークシステムを活用し、関係法令を全職員に明示していました。また、自主点検は年に2回、施設内の他事業と相互点検する形で行い、法令を遵守できているか確認する仕組みがありました。法令等については、インターネットですぐに調べられる環境となっていました。入力して検索する形となっており、確実に正しい情報にたどり着く仕組みとはなっていませんでした。</p> <p><b>2. 地域への情報公開</b></p> <p>事業所の機関紙「あじさい通信」を毎月の請求書に同封し、利用者や家族に配布しているほか、ホームページにも活動を公開していました。事業所の情報・取り組みや外部評価結果等をホームページに掲載していましたが、情報の公表制度の結果については自ら開示する仕組みがありませんでした。</p>   |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>関係法令に関する正しい情報を得るために、正規のページを「お気に入り登録」するなどして、誰が検索しても間違いなく正しい情報に辿り着ける仕組みを取り入れられてはいかがでしょうか。</p> <p>職員個々に貸与しているパソコンの一台一台に作業する事が困難であった場合は、法人内ネットワーク上に、法令とその法令が確認できるアドレスを記載したワードを添付し、アドレスのクリックでリンクできるようにしてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 地域への情報公開</b></p> <p>ホームページの内容は法人の各施設や事業の取り組みのみならず、外部評価の結果などもデータにして取り込み、広く公開する仕組みとなっていました。同じように、情報の公表制度の自施設の情報に直接リンクするバナー（ボタン）を設置するなど、閲覧者が迷わず情報が得られるように工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. その他</b></p> <p>苦情対策として「苦情解決実施要領書」や「ご意見受付手順書」を定め適切に対処されていました。さらに、ご意見をいただいた段階からサービス提供責任者が訪問することで、苦情にいたらないように対応していました。現在の細やかな取り組みまで含めてマニュアル化することで、今後、人事異動</p> |

|  |                           |
|--|---------------------------|
|  | 等があっても質が担保できるのではないのでしょうか。 |
|--|---------------------------|

※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                    | 2663590061                |
| 事業所名                     | 訪問介護ステーション加茂の里            |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問介護                      |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 訪問介護相当サービス<br>訪問看護 (介護予防) |
| 訪問調査実施日                  | 令和2年10月29日                |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都府介護福祉士会           |

| 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. 理念、運営方針を玄関に掲示する他、法人の理念や方針が示された品質方針携帯カード「ほっ。」を配布し、常に名札の裏に入れて確認できるようにしていました。また、ホームページやパンフレットを用いて家族や利用者にも理念が浸透するように努めていました。<br>2. 職位や職責については、組織図及び職務権限規程に明記していました。また、会議一覧に各会議の参加者を明記していました。職員の見解は、毎月1回事業所内の運営会議で集約し、施設の拡大運営会議で報告する仕組みがありました。 |      |      |       |
| <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. 年度目標の中に中・長期計画を策定し、達成期間や目指すべき方向を明確にしました。また、計画については毎月の運営会議で達成率を確認して、半期ごとに評価したものを拡大運営会議で報告していました。年度末にはそれに基づいて次年度の計画策定に活かしていました。<br>4. 各職種ごとに目標を設定した年度方針展開表を作成し、毎月の運営会議で達成状況の確認をしていました。半期ごとに評価、年度末で総評、課題を明確にして次年度の方針展開表を作成していました。             |      |      |       |
| <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    | 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。   | A    | 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)  |   | 5. 法人として法令遵守規程を定め、法人内ネットワークシステムを活用し、関係法令を全職員に明示していました。また、自主点検は年に2回、施設内の他事業と相互点検する形で行い、法令を遵守できているか確認する仕組みがありました。法令等については、インターネットですぐに調べられる環境となっていました。入力して検索する形となっており、確実に正しい情報にたどり着く仕組みとはなっていませんでした。<br>6. 訪問介護管理者は各部門の責任者で構成される拡大運営会議に参加し、職員の意見を集約していました。京都府福祉職場組織活性化プログラムで職員アンケートを実施し、上司の評価はしていましたが、訪問介護管理者の行動が職員から信頼を得ているかどうかを個別に把握、評価、見直しをする事には至っていませんでした。<br>7. 次長及び訪問介護管理者は常に携帯電話を所持し、各職員も名札の裏に役職者の連絡先を入れて携帯する事で、常に連絡が取れる体制となっていました。事故が起きた際の連絡についてはコールバック連絡書（事故報告書）に記載していました。 |   |   |

| 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)    |    | 8. 法人の採用基準に基づき採用面接を行っていました。介護福祉士実務者研修は、外部養成機関と連携して年2回講座を開催し、法人職員は無料で受講できる仕組みとなっていました。また、介護支援専門員資格取得時には、お祝い金制度のほか、資格に係る研修受講費は法人負担となっていました。<br>9. 教育訓練計画書を策定し、それに基づいて研修を実施していました。また、個人ごとに「教育及び研修計画」を非常勤職員も含めた全職員分を作成し、年間の研修計画を見える化していました。さらに、各職員の気づきや提案については、改善提案実施書にて報告し、運営会議や月初会議で取り上げていました。<br>10. 「介護実習受け入れマニュアル」と「実習のしおり」を策定し、それに基づいて受け入れを行っていました（今年度は新型コロナウイルスの関係もあり、受け入れがありませんでした）。また、施設全体で9名の実習指導者が在籍しているため、法人内メールを活用して意見交換や情報共有をしていました。 |   |   |

### (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) |    | 11. 雇用管理責任者として次長が人事管理ソフトを用いて有給休暇消化率や時間外労働の管理を行い、衛生委員会にて就業状況や意向の確認、検討をしていました。また、負担軽減として、「スライディングシート」等介護用具活用のほか、利用者宅の土間部分が冷える事に対して「冷え防止クッション」を設置するなど、職員からの提案を採用して負担軽減に取り組んでいました。<br>12. 法人として、臨床心理士による相談窓口を設置し、タイムレコーダー前に連絡先を明示する事で職員が気軽に相談できるようにしていました。また、法人内の病院を受診及び入院した際の自己負担分を法人が負担する取り組みとなっていました。 |   |   |

| (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 | 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. 事業所の機関紙「あじさい通信」を毎月の請求書に同封し、利用者や家族に配布しているほか、ホームページにも活動を公開していました。事業所の情報・取り組みや外部評価結果等をホームページに掲載していましたが、情報の公表制度の結果については自ら開示する仕組みがありませんでした。</p> <p>14. 毎年秋祭りや文化祭を施設の地域交流センターを使用して行い、地域住民や保育園、障がい者施設の方との交流を図っていました(本年度は新型コロナウイルス感染予防により開催できていませんでした)。また、地域交流センターを地域の自治会活動に貸し出すなど、地域の活動拠点となるように取り組んでいました。さらに、地域住民からの要望に応じ、訪問介護・訪問看護に属する専門職を派遣し、勉強会を行っていました。</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>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)   |     | 15. ホームページやパンフレットに事業所情報を掲載し、それを用いてサービスの説明をしていました。また、ホームページには大きく問い合わせ先を掲載し、見学には随時対応していました。見学の対応記録は新規受付表や日誌に記載していました。   |      |      |       |
| <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)   |     | 16. 重要事項説明書・利用契約書を基にサービス内容や料金を説明し、本人もしくは判断能力に支障のある方の家族や成年後見制度を利用した補助人などに同意を得ていました。成年後見制度が必要な場合には、木津川市のパンフレット「いきいき介護保険」を用いて説明していました。   |      |      |       |
| <b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b> |              |     |   |      |      |       |
|                         | 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. 「訪問介護計画書作成手順書」に基づき事業所独自のケアチェック表を使用し、アセスメントを定期的に行っていました。また、サービス担当者会議に参加し、各専門職との意見交換をすることで専門的見地からの情報も把握するように努めていました。</p> <p>18. 初回訪問時やサービス担当者会議で本人及び家族の希望や意向を確認し、居宅サービス計画書との整合性を持たせながら、意向を尊重した訪問介護計画書を作成し同意を得ていました。</p> <p>19. サービス担当者会議に参加して各専門職と意見交換を行うほか、介護支援専門員を通じて主治医に意見を伺うことで、訪問介護計画書に反映していました。</p> <p>20. 「訪問介護計画書作成手順書」に基づき、毎月モニタリング用紙で利用者の状況の変化の有無について確認し、定期のほか状態変化等必要時には計画の変更を行っていました。</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. 「加茂圏域地域ケア会議」に参加することで関係機関との連携を図り、情報収集に努めていました。また、退院時には退院前カンファレンスに参加し病院や関係機関との連携を図っていました。   |   |   |
| (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)        |    | <p>22. 「訪問介護業務手順書」を作成し、文書管理規程に基づき、法人内の他事業所とで組織する訪問介護部会で会議ごとに見直しを行い、毎年3月に総括して改定する手順をとっていました。必要に応じて随時見直しもしていました。修正箇所は「文書見直しチェック表」に記録していました。</p> <p>23. 利用者の状況やサービス提供状況はケース記録・送り付けファイルに記載していました。書類は記録管理規程に、パソコンの取り扱いは個人情報保護規程に示し、保管から廃棄まで漏洩防止に努めていました。</p> <p>24. 記録管理ソフトの入ったタブレット（電子端末）を職員全員に貸与し、利用者情報や訪問介護計画、記録等必要事項を入力することで、随時情報共有できるようにしていました。また、毎月の運営会議や必要時にカンファレンスを開催し情報共有していました。</p> <p>25. サービス提供時には「訪問カード」に必要事項を記録するほか、必要に応じて連絡ノートを利用者宅に設置して家族と意見を交換できる仕組みを設けていました。また、毎月のモニタリングに併せて家族に連絡を取り、意見交換に努めていました。</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. 施設の感染対策委員会が行う研修に参加し、さらに事業所内で伝達周知を行っていました。感染症マニュアルには、新型コロナウイルスに関する情報も取り入れた最新の情報と対策を掲載していました。また、マニュアルに基づき、防護服など感染防止用具の準備がありました。地域で唯一の訪問介護事業所である責務から、利用者が新型コロナウイルスに感染した場合でも、対策をとって援助できるように努めていました。</p> <p>27. 職員で掃除をすることで清潔な状態が保てていました。また、物品の整理整頓に努めて、動線も確保した空間となっていました。さらに感染症対策のため、広い事業所の空間を活かした配置になっていました。</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。   | A | A |

|  |            |  |
|--|------------|--|
|  | (評価機関コメント) | <p>28. 「訪問介護業務手順書」に、緊急時や事故発生時のマニュアルがあり、連絡手順も図にして記載していました。また、職員は名札の中に役職者の連絡先一覧を携帯していました。年に1回緊急時の対応に関する研修を施設の安全対策委員会が主催し参加していました。</p> <p>29. 「コールバック連絡書記載要領書」に基づき、コールバック連絡書にて事故の報告から分析、再発防止対策まで記載していました。再発防止策の検討にあたっては、全職員で検討したものを施設長までの各役職者が順に確認しながら完成させていました。また、分析や再発防止対策は、最終的に毎月の運営会議で共有していました。</p> <p>30. 「訪問介護業務手順書」に災害発生時の対応を記し、施設全体として行う消防訓練、水害対応訓練に参加していました。また施設は、福祉避難所としての機能を木津川市から期待されており、市の方針から地域との協定を結ぶのではなく、市と共同で非常災害対策及び避難確保計画を作成することで地域との関係を構築していました。</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 |

#### 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. 訪問介護員は、訪問介護管理者やサービス提供責任者に一日の業務内容を報告し、利用者本位のサービスであったか確認をしていました。また、施設の身体拘束適正化委員会が講師となり、「身体拘束適正化・虐待防止について」研修を年1回行っていました。</p> <p>32. プライバシー保護に関しては、「訪問介護業務手順書」に明記し、サービス提供責任者が同行訪問をすることで、確実に取り組んでいるか確認する仕組みがありました。また、プライバシー保護に関する研修を年1回行い、プライバシーに配慮しながら業務を行うように努めていました。</p> <p>33. 訪問介護事業所が加茂地域に1か所しかないという地域事情に鑑み、原則、利用申込は断らない方針で取り組んでいました。受け入れを断った事例はなく、エリア外等で受け入れができない場合は理由を説明のうえ、担当の介護支援専門員に伝える仕組みとなっていました。</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 | A |  |
|                  | 第三者への相談機会の確保          | 36 | 公的機関等の窓口で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. 毎月の請求書発送時に「ご意見ハガキ（切手不要）」を同封し、意見や要望を引き出す取り組みを行っていました。意見があった場合には、「ご意見受付経過報告書」を作成し、毎月の運営会議で共有、検討のうえ対応していました。また、意見や対応については、満足度調査結果や事業所の情報を掲載している「ヘルパー通信」で公開していました。</p> <p>35. 「苦情解決実施要領書」や「ご意見受付手順書」を定め、「コールバック連絡書」や「ご意見受付経過報告書」を運営会議で検討する仕組みがありました。また、苦情には至らないものの、苦情につながる可能性があった場合には直ちにサービス提供責任者に報告し、サービス提供責任者が利用者宅に訪問して傾聴するように努めることで、大きな問題につながらないように取り組んでいました。</p> <p>36. 第三者委員を設置し、事業所受付にも氏名と連絡先を大きく掲示していました。重要事項説明書に公的機関の相談窓口を掲載し説明をしていました。</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てている。  | 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. 年に1回、満足度調査を実施していました。要望等があった場合には、「改善提案実施書」を作成して運営会議で対策を検討し、施設の拡大運営会議で報告をしていました。また、結果については、「改善提案実施書」にある「有効性レビュー」欄に記載し、取り組みの成果を確認する仕組みがありました。</p> <p>38. 訪問介護管理者が拡大運営会議に出席し、運営会議や法人の訪問介護部会で出た課題や情報共有事項について報告、検討していました。また、法人の訪問介護部会を活用し、他の事業所の取り組みや事例を収集する仕組みがありました。</p> <p>39. 法人の内部監査員による内部監査を年に1回実施し、その結果を法人内ネットワークで職員がいつでも確認できるようにしていました。また、年に1回ISO9001の更新審査を受審するほか、施設のQMS（クオリティマネジメントシステム）委員会や運営会議で課題を明確にし、次年度目標の設定を行っていました。第三者評価は3年に1回併設事業と交互に受診していました。</p> |   |   |