

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 5 月 17 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 10 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（丹後福祉応援団 訪問介護事業所）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>“丹後ちりめん”の一大生産地として知られる与謝野町の地に「丹後福祉応援団訪問介護事業所」が運営されています。“住み慣れた地域で生活を支えるために、かゆい所に手が届くような福祉のコンビニ”を目指して、平成 13 年 9 月に法人が設立され、平成 14 年に訪問介護事業所が開設されました。その後、平成 25 年 3 月、地域共生型福祉施設「やすらの里」の事業を開始されました。「やすらの里」は、特別養護老人ホームやすら苑、住宅複合施設やすらの施風（かぜ）、訪問看護ステーションサテライトみのり、ワークセンター花音に分かれ、丹後福祉応援団訪問介護事業所はやすらの里の中で運営されています。</p> <p>○事業計画の策定とサービスの実践</p> <p>中・長期計画は、介護保険法が見直しされる 3 年毎に策定されていました。法人の理念は、「福祉のコンビニを目指し、援助が必要なその家族、その手助けを必要とする人々に対して、住民と助け合いの精神をもとに地域に根ざした事業を行う」と明言されています。各職員は理念に基づき、「利用者にとって何が良いか、何が必要か」を常に意識し、サービス提供を実践されていました。サービス提供時に出てきた、利用者からの意見・要望は、ヘルパー会議で検討し、主任会議、内部会議で改善策を検討し、単年度事業計画に課題として反映をされていました。</p> <p>○利用者の支援と職員の信頼関係</p> <p>職員は原則、訪問前には必ず事業所に出勤し、前日までの記録を確認してから訪問されていました（どうしても直接利用者宅に訪問する場合は、主任、副主任が電話で申し送り内容を伝える）。また、訪問終了後は必ず、事業所に戻り、サービスの提供の記録や利用者の状況の記録を PC ソフト「ちょうじゅ」に個人ごとに記録し、各職員と常に情報共有ができる体制となっていま</p>
-----------------------------	---

	<p>す。各職員が、個々の利用者のサービス内容や状況を共有することで、統一したサービスの提供が実現され、利用者との信頼関係が構築できていることが、利用者アンケートからも伺えます。職員への信頼が高いことが、法人全体の信頼となり、利用者や家族から丹後福祉応援団のヘルパーサービスを利用したい利用者への紹介も多く、また、与謝野町役場からの紹介も多くなっています。さらに、法人に勤務する職員の家族も「やすらの里」を利用する利用者が多いことから、法人の信頼性について、地域から高く評価されていることが伺えます。</p> <p>○地域への貢献</p> <p>法人の理念として「福祉のコンビニを目指し、援助が必要なその家族、その他の手助けを必要とする人々に対して、住民と助け合いの精神をもとに地域に根ざした事業を行う」と明言されています。その理念に基づき、利用者や家族だけでなく、関係機関や地域との信頼、満足を得られる事業所づくりに取り組んでおられます。法人の沿革の中で、移動福祉理美容車、ショッピング内での通所介護、歯科検診車や介護タクシーと、地域の取り巻く環境中で、“助け合いの精神”のもと事業を展開されてきました。事業所として、加悦谷祭りや夏祭りにお菓子などの寄付や、水路の清掃に参加することで地域との交流を深めておられました。また、区長からの依頼で、事業所内で認知症の勉強会の開催場所の提供や、ショッピングセンターで、小学生3、4年を対象にした寸劇を取り入れた認知症の勉強会を開催し地域に貢献をされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○業務マニュアルの整備</p> <p>業務マニュアルは、ヘルパー連絡協議会作成のマニュアルを使用していましたが、定期的な見直しがされていませんでした。</p> <p>○意見・要望・苦情の改善状況の公開</p> <p>利用者、家族からの意見・要望・苦情を聞く機会は多くあり、各種会議で検討、改善する仕組みがありますが、その改善状況を公開する仕組みがありませんでした。</p>

具体的なアドバイス

○業務マニュアルの整備

業務マニュアルは、ホームヘルパー連絡協議会で作成されたマニュアルを使用し、食事、入浴、排泄、更衣介助の介護技術や介護職員の接遇の内容が詳しくわかりやすいものでした。また、事業所独自の介護マニュアルを作成され、それらのマニュアルは各職員に配布され、統一したサービス提供をされていました。しかし、ホームヘルパー連絡協議会のマニュアルは、見直しがされてなく、最低でも、年1回の見直しをされたらいかがでしょうか。見直しされ、訂正が必要でない場合でも、見直した年月日を記録されることをお勧めします。

○意見・要望・苦情の改善状況の公開

本人や家族から、意見・要望・苦情を聞く機会を多く持たれています。サービス担当者会議の場や、訪問時に会って面接をされ、また、家族に連絡し直接面談をしてもらうようにされています。さらに、年1回6月に「利用者懇談会」が開催されています。そこでの意見・要望・苦情は、主任会議や内部会議で検討され、改善策を立案され、適切に対応されています。しかし、その内容は公表されていませんでした。公表されることで、法人の中・長期計画で明言されている「信頼・満足を得られる事業所づくりを進める」ことが、さらに、実現できることでしょう。

※丹後福祉応援団の中・長期計画の目指す目標として、①人材育成・確保 ②職員研修体系の確保 ③人材確保に向けた取組み ④地域包括ケアシステムに向けた事業の検討を明言されています。人材の育成、確保を中心に事業の方向性を進めることで、利用者にとっても良質なサービス提供をされることで満足度を高めていくことができるでしょう。地域の中の口コミでより良い事業所であることが、今後、よりいっそう広がっていくことでしょう。また、今年度には、「きょうと福祉人材育成認証制度」認証取得を目指しておられます。認証取得をされ、ますますより良い事業所（福祉のコンビニ）になっていただくことを地域の方も期待されていることでしょう。

※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	2672000144
事業所名	丹後福祉応援団訪問介護事業所
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)	
訪問調査実施日	令和3年4月23日
評価機関名	一般社団法人京都ボランティア協会

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)		通番1. 法人の理念はホームページや施設内で明示し、運営方針は重要事項説明書で明確にしている。理念や運営方針は各種会議で、丹後福祉応援団の向かう方向を職員間で確認をしている。また、各職員は法人の理念である「福祉のコンビニを目指し・・・（後略）」を踏まえ日々実践に取り組んでいる。利用者や家族には、重要事項説明書で十分に説明をし理解を深めている。館内に法人の理念や運営方針を掲示していた。法人の理念を利用者や家族の見やすい所に掲示することでさらに、応援団の向かう方向を理解されると思われる。 通番2. 毎月1回、主任会議、内部会議、ヘルパー会議、リスクマネジメント会議を開催している。また、2カ月に1回開催する理事会で、丹後福祉応援団の向かう方向性を決めている。職員の意向や意見はヘルパー会議で取りまとめ、内部会議や主任会議で報告をし、意見が反映する仕組みとなっている。運営規程、重要事項説明書や職務分掌規程で各職務に応じた権限を確認できた。			
(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)		通番3. 中・長期計画は介護保険法の見直しの時期に合わせ、3年を目途に策定している。その中・長期計画に基づき、単年度計画を策定し、計画の実現に向けた取り組みを日々実践している。毎月1回開催されるヘルパー会議で、各職員の意見や意向を聞き入れ、主任会議や内部会議で検討された上で、単年度計画を策定している。 通番4. 身体拘束委員会、安全衛生委員会、リスクマネジメント委員会を設け、各委員会で課題を抽出し、主任会議で報告、内部会議で課題を検討する仕組みとなっている。課題の達成状況は、年度末に確認、見直しを行い、次年度の目標に繋げている。			
(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)	<p>通番5. 毎年、宮津市で開催される集団指導に参加し、法令に関する情報を得ている（令和2年度は、新型コロナウイルス感染防止のため中止）。「ワムネット」で法令に関する情報を取り入れ、必要事項を印刷し主任会議や内部会議で報告をしている。各スタッフには必要事項を抜粋し、ヘルパー会議で周知している。</p> <p>通番6. 運営規程や職務分掌で管理者の役割を文書で明確にし職員に周知している。各種会議には管理者が参加し、管理者の役割と責任を議事録で確認ができた。職員の意見はヘルパー会議で集約し、主任会議や内部会議で検討する仕組みとなっている。職員からのヒアリングから、管理者の信頼の厚さやリーダーシップの発揮について確認ができた。</p> <p>通番7. 管理者は、サービスの実施状況を常に把握できる場所で業務を行い、外出する場合は携帯電話を所持し、常に連絡を取れる体制になっている。日々のサービス実施状況はPCソフト「ちょうじゅ」で確認することができる。事故等の緊急時には、緊急連絡網が整備され、職員に周知徹底している。</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						
		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)		通番8. 在籍している職員の全員が介護福祉士の資格を有している。資格支援制度があり、法人の運営する特別養護老人ホームを会場にし、外部の講師を招き、介護福祉士等の受験対策講座を開催している。資格取得者には、資格手当を支給している。また、介護福祉士の受験に関わる費用は、与謝野町の補助金も利用できる仕組みがある。 通番9. 各職員ごとに研修計画を策定し、外部研修には、与謝野町、丹後保健所などが主催する研修会に参加、京都府ホームヘルパー連絡協議会が開催する研修会に参加している。また、サービス提供責任者が1~2カ月に1回同行訪問や、訪問介護記録を確認してOJTの指導をしている。さらに、今年度、「きょうと福祉認証人材育成制度」の認証取得を目指し、階層別研修の参加を計画している。全員が参加するヘルパー会議で、個々に勉強を行い、職員の「気づき」を促し、勉強会に生かされている。 通番10. 高校生、看護学校生、大学生の実習の実績があり、高校生は毎年、必ず実習生を受け入れている。また、中学生は福祉体験の受け入れをおこなっている。マニュアルは各学校が作成したものを法人のマニュアルとして活用している。マニュアル通りの実習がおこなわれている。実習指導者は主任、副主任が当たり、事業所内で実習指導に関する指導がおこなわれている。		
(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)		通番11. 職員の有休取得の管理や時間外の管理は、事務員がパソコンで管理している。職員は有休を希望すれば、取得しやすい環境であり、時間外勤務はほとんどないことを、職員のヒアリングで確認ができた。職員が気軽に話せるように、管理者は随時、面談をおこない、就業状況の意向や、異動に対する希望についても適切に対応している。育児休業や介護休業の規程は就業規則で確認ができた。また、育児休業を取得した職員が復帰した事例を確認ができた。介護負担軽減として、バスボード、シャワーチェア、車椅子などを用意している。 通番12. 職員は協会健保のストレスチェックを活用し、産業医に相談できる体制を整えている。主任、副主任が各職員と日々話し合い、要望や意見を常に聞き入れ相談にのっている。福利厚生制度として、インフルエンザの予防接種は法人負担であり、他に、懇親会やボーリング大会などをおこなっている（新型コロナウイルス感染防止のため中止）。また、ハラスメントに関する規程は就業規則で確認ができた。		
(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	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	A
		(評価機関コメント)		通番13.14. 法人の広報誌である「やすらの里だより」を加悦地区全戸に配布し、法人の概要や取り組みについて情報提供をしている。地域の加悦谷祭りや夏祭りにお菓子などを提供し、また、地域の水路の掃除に参加をし地域に貢献している。正月には、やすらの里で「あま酒」を振る舞い、地域の方に、やすらの里の来てもらう取り組みをしている。また、区長から、やすらの里で認知症の勉強会を開催したいと依頼があれば、場所を提供している。また、地区の公民館やショッピングセンターで、小学校3、4年生を対象に寸劇を交えた認知症の勉強会を開催している（令和2年度は、新型コロナウイルス感染予防のため、一部中止）。さらに、ヘルパー交流会の担当事業所を輪番制で開催していた。		

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
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)		通番15. 法人のホームページやパンフレットに、事業所の情報やサービス内容等を記載している。内容は分かりやすく記載しているが、より詳細な情報を追加したほうが、分かりやすくなると思われる。利用者からの問い合わせ等で訪問があった時には、その場で対応している。ただ、対応記録の記載が無かったため、今後、相談記録等を残しておいた方が良いと思われる。			
(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)		通番16. サービス利用の開始に当たり、重要事項説明書等を使用して説明している。重要事項説明書には、保険外のサービス内容の記載もしている。重要事項説明書は、説明後に利用者の同意を得て署名・押印をもらっている。成年後見人等との契約は、現在、対象者がなく事例はないが、利用対象と思われる利用者がある場合には、担当ケアマネジャーに連絡したり、行政や包括等と連携して話を進める予定である。			

(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)		通番17～20 介護記録PCソフトは「ちょうじゅ」を使用しており、そこに入っているアセスメント様式を共通様式として使用している。アセスメントは、本人や家族との面接やサービス担当者会議等での専門家の意見をもとに作成し、意向等も含めて細かく記載している。個別援助計画はアセスメントに基づき作成し、本人や家族の意向を記載していると共に、目標も長期と短期に分けて記載している。アセスメントの見直しは、プラン変更時や状態変化時に実施している。また、サービス内容と共に本人や家族ができることも記載しており、自立支援に即した内容となっている。本書類は、本人の同意を書面で得ている。サービス利用開始後のモニタリングは2ヶ月に1回行っており、見直しは1年に1回行っている。見直しの際にも、必要に応じて専門家等の意見を取り入れている。		
(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)		通番21. 医師との連携は、訪問看護やケアマネジャーを通じて行っている。関係機関等のリストもあり、地域包括支援センターや行政等との連携も必要に応じてそのつど行うと共に、他の事業所のケアマネジャーには訪問状況等を毎月報告している。利用者が入院した場合は、必要に応じて退院前カンファレンスに参加している。		
(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	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)		通番22. 業務マニュアルは、ホームヘルパー連絡協議会作成のマニュアルや事業所で作成したマニュアルを使用しており、マニュアル自体は分かりやすく記載している。また、手順書も各利用者ごとに作成し、非常に細かく記載している。実際の業務がマニュアルや手順書通りおこなわれているかは、2ヶ月に1回のモニタリングでサービス提供責任者がヘルパーと同行訪問して状況を確認している。手順書に関しては状況に応じてそのつど見直しや修正が行われているが、マニュアルに関しては一部ホームヘルパー連絡協議会作成の冊子を使用しているため、その部分に関しては見直しが行われていなかった。 通番23. 利用者に関する記録は、毎日ヘルパーが訪問終了後に事業所に必ず戻り、サービス提供記録や利用者の状況等をパソコンの介護ソフトに、個人ごとに入力している。利用者の状態の推移については、2ヶ月に1回のモニタリング記録が日付順に並んでおり、分かりやすく記載している。利用者の記録の管理については、保管や保存、持ち出し、廃棄に関する規程を作成している。また、記録の管理に関する研修も行っている。個人情報に関する研修は年間計画に組み入れ実施し、職員に周知している。 通番24. 職員は、毎日事業所に出勤して記録を必ず確認してから訪問している（直接利用者宅に訪問する場合は、主任等が電話で申し送り内容等を伝えている）。また、毎月行われているヘルパー会議でも、利用者の状況を報告したり、支援に関しての相談等をおこなっている。利用者全員が「あんしん介護ノート」を持ち、そこに毎回の支援内容や家族への連絡事項等を記載した書類を挟み、情報交換を行っている。 通番25. 家族とは、普段は訪問時に会って面接し、また、家族に電話をして直接面談してもらうようにしている。また、独居等で家族と密に連絡が必要な場合等の時には、「あんしん介護ノート」とは別の連絡ノートも作成し、より小まめに情報交換を行うようにしている。		

(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)		通番26. 感染症に関するマニュアルを作成し、最新の情報を入手次第、マニュアルに追加しているため、必要な内容はマニュアルで確認できる状態となっている。ただ、マニュアルがいくつか分かれて存在している状況となっているため、一つにまとめた上で項目ごとに分けて記載する方法等を検討することにより、さらに見やすくなると思われる。感染症に対する知識や対策等については、毎月行われている安全衛生委員会で話し合わせ、内容はヘルパー会議で伝達されている。感染症に関する研修も行っている。感染症である利用者に対しては、フェイスシールドや防護服等を準備し、断ることなく訪問している。 通番27. 事業所内は整理・整頓されていると共に、衛生面もきれいに保たれている。建物内の清掃は、障害者の就労支援や外部の業者を受け入れており、点検表も提出してもらい管理している。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		通番28. 事故や緊急時のマニュアルを作成し、フローチャートで分かりやすく記載している。研修も、マニュアルに沿って行われている。救命救急の講習も、2~3年に1回受けている。事故が発生した時は事故報告書を作成し、対応記録や事故再発防止策を検討し記録している。 通番29. 事故発生時には、主任、副主任に報告するとともに、家族にも連絡を行い状況を報告している。事故については、リスクマネジメント委員会で原因分析と再発防止策の検討等を行い、主任会議等に事故事例を報告し、職員全員に周知している。 通番30. 災害についてのマニュアルは、地震や風水害、降雪等に関するものを作成し、訓練は年2回消防にも来てもらい行っている（1回は夜間想定）。指揮命令系統はマニュアルに記載しているが、文章での記載のみであったため、今後はフローチャート等で記載しておくことより分かりやすくなると思われる。災害時の訓練では、地域の方の協力も必要との視点に立ち、地域の方も訓練に参加してもらっている。		

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
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>通番31. 事業所の経営方針の中で、「利用者の意思及び人権を尊重し・・・(後略)」と明文化し、各職員は経営方針にのっとり、利用者の希望に沿った支援や、利用者にとって良いと思われる提案を行い、利用者の意思で決定してもらう支援を行っている。また、人権・身体拘束の研修を年間計画に位置づけ、各職員に周知している。また、2カ月に1回開催する身体拘束委員会で、身体拘束に関する検討をおこなっている。身体拘束禁止の明文化はないが、令和3年度、運営規程に明文化する準備をしている。</p> <p>通番32. 年間研修計画に、プライバシー保護の勉強会を位置づけ、職員に周知している。サービス実施時には、個々の状態に沿ったプライバシー、羞恥心に配慮している。特に、入浴時や排泄時には利用者には不安を与えない声掛けをし配慮してサービスを実施している。</p> <p>通番33. 利用申し込みは、全て受ける方針であるが、営業区域外の場合はケアマネジャーと相談し他の介護事業所を紹介している。また、利用者の希望時間で申し込みを受けることができない場合は、ケアマネジャーにサービスの時間を調整してもらい対応したり、他の介護事業所と合同でサービスに入ることで対応している。</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	公的機関等の窓口に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>通番34. 家族に電話連絡や「あんしん介護ノート」で希望や意向を聞きだしている。職員は利用者にとって「何が良いか、何が必要か」と利用者本位のサービス提供を心がけ、利用者にとって相談がしやすい相手となり、利用者から大きな信頼を得ている。また、毎年6月に利用者懇談会を開催し、希望や意向を聞き出す機会となっている。</p> <p>通番35. 利用者からの意見、要望、苦情は、ヘルパー会議、主任会議、内部会議で報告、改善に向けて迅速な対応をしている。その記録は確認ができた。しかし、改善状況については公表する仕組みがなかった。</p> <p>通番36. 事業所以外の相談窓口として、法人が会計士や税理士と提携をしている。また、重要事項説明書に公的機関の相談窓口の電話番号を記載し、玄関の見やすい場所に掲示していた。しかし、FAX番号も記載することで、もし、言葉を発することができない利用者がいた場合、より親切であると思われる。</p>			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	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。	C	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。	C	A	
	(評価機関コメント)		<p>通番37. 毎年6月の利用者懇談会で利用者の意見、意向を聞く機会を設けている。また、サービス担当者会議は、サービスに関する満足度を聞く機会となっている。利用者の満足度は、主任会議の場で話し合い、分析、検討している。サービスの改善状況は、主任、副主任がサービスに同行し確認している。</p> <p>通番38. 毎月1回開催する主任会議でサービスの質の向上に向けて検討している。主任会議で出た内容は、全職員が参加するヘルパー会議で報告し、手順書の見直しなどをおこなっている。また、身体拘束防止委員会、安全衛生委員会、リスクマネジメント会議でも、サービスの質の向上に向けた検討をしている。</p> <p>通番39. 主任と副主任が、サービスの実施、研修の実施状況などを評価する仕組みとなっている。評価の内容は主任会議で分析し次年度の事業計画に反映している。第三者評価を3年に1回、受診している。</p>			