

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 3 年 1 1 月 1 2 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 3 年 5 月 21 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ナービス京都二条）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  
(※)

ナービス京都二条は株式会社かんでんジョイライフの傘下として、訪問介護ステーションナービス京都二条、ケアプランセンターナービス京都二条、サービス付き高齢者向け住宅ナービス京都二条が併設で運営をおこなっています。株式会社かんでんジョイライフの定める「企業姿勢」「企業理念」「経営方針」「行動指針」に沿い、利用者へのサービスの提供や人材育成をおこなっています。エントランスホールに「私たちが大切にしている 12 のこと」と「行動指針 22 か条」が大きく掲示してあり、利用者や来訪者に事業所姿勢を示しています。職員たちは企業姿勢や企業理念などの書かれたカンパニーポリシーカードを常に携帯してサービスに努めています。

訪問介護ステーションナービス京都二条は、平成 25 年 3 月に訪問介護事業を開始し、現在利用者数 45 名、平均年齢 89 歳、平均介護度 2.6 です。職員はサービス付き高齢者向け住宅の業務とともに訪問介護（一部地域もある）を実践しています。

### ○会社が育てる人材育成（職員研修）

職員の研修は本社が主催する全職員対象の研修、「スキルレベル認定制度」に基づくフォローアップ研修（スキル 2～4 を目指す）、資格取得に向けた受験対策講座などがあり、コロナ禍では Web 研修も実施しています。他に事業所内研修（毎月）や外部研修への参加など学びの環境が整っています。事業所内研修にはほぼ 100%の職員の参加があります。新人教育はサービス提供責任者が 3 か月間同行訪問して、技術やカンパニーポリシーに沿った実践指導がおこなわれています。その後数年をかけ、スキルレベル 2～4 を目指すフォローアップ研修があります。当事業所でも、スキルレベル 4 を取得し中堅リーダーとして業務する職員の姿があります。

### ○利用者、家族の意向の尊重

企業姿勢に、「すべては、お客さまの声から始まる」との内容が記載されている通り、事業所は利用者や家族の意向を聞く機会を多く持たれていました。訪問介護時の聞き取り、サービス提供責任者による毎月の訪問、サービス担当者会議への参加、サービス内容確認（サービス提供責任者又は管理者）のため不定期訪問、

	<p>同建物内の利用者には日常的に廊下で話しかけられることもあります。また、年1回のアンケート調査もあります。家族とは面会時や運営懇談会（年1回）を実施し意向を伺う時間を設けています。聞き取った諸意向はヘルパー会議やシフト会議で検討し介護計画に反映させています。運営懇談会分は、Q&amp;A方式で書き家族に返答しています。意向確認をおこなう機会を十分に持ち、双方向の意思の疎通が図られています。アンケートでは、サービス提供に高い評価があります。</p> <p><b>○風通しの良い職場環境</b></p> <p>職員ヒアリングで「職員同士のサポートし合う連携があり、上司からは大丈夫、どうですか、と声がかかり話を聞いてもらえます」との言葉があります。居宅介護事業所との併設で利用者の状態変化など気になることは、介護職員から居宅介護支援専門員に報告や質問できる状況があり、職域を超えて情報交換や連携が図られています。また、職員から「長く働きたい職場です」との言葉がありました。</p>
<p>改善が望まれる点とその理由（米印）</p>	<p><b>○ケアカンファレンスの充実</b></p> <p>毎月利用者カンファレンスの時間を持ち、利用者の状況や気づきなど詳細な記録があります。課題を意識しての話し合いがおこなわれるとよりサービスの向上につながるのではないのでしょうか。</p> <p><b>○単年度計画</b></p> <p>単年度計画は多くの課題に施策（目的・狙い）を掲げ作成されていますが、ナース京都二条として作成しており、訪問介護の一般職員には読み取りがし難い部分があるのではないのでしょうか。</p> <p><b>○第三者委員の周知</b></p> <p>第三者委員は設置されており、家族との運営懇談会にも出席され意見交換の機会を提供しています。しかし、苦情申し立ての窓口としての開示に不十分さがあります。利用者や家族の目に留まりやすいエンタランスに掲示するなど、周知を図ることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>○ケアカンファレンスの充実</b></p> <p>ケアカンファレンスは各課題に沿って、援助時は手順書通りにおこなっているか、実施時の利用者（家族）の反応（表情、言葉、動作）はどうか、手順書の修正は必要か否かなどを検討して、その後、課題外の気づきを話し合ってみると、モニタリング時や計画見直し時の有効な資料として生かされるのではないのでしょうか。</p> <p><b>○単年度計画</b></p> <p>単年度計画を職員にしっかり理解を得るために、職員が行動しなければならない部分を抜粋しまとめた説明はいかがでしょうか。一般職員がどのように行動したら目的達成につながるか話し合わせ、取り組みの具体的内容に追記し行動されると、職員の声を多く取り入れた評価にもつながるのではないかと期待します。</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	2670200761
事業所名	訪問介護ステーション ナービス京都二条
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問介護事業所
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	令和3年10月20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
<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. ホームページにカンパニーポリシーを公開している。職員には入職時に説明するとともにヘルパー会議でも周知を図っている。職員はカンパニーポリシーカードを常に携帯している。年2回定例会（社長、取締役、事業部長、総務部長出席）があり、カンパニーポリシーに基づいたサービスの在り方について職員と意見交換をおこなっている。家族とは年1回運営懇談会を開催し意見交換している。 2. ヘルパー会議（月1回）で出された意見や要望は、シフト会議→訪問介護月例会→エリアマネジメント会議→内部監査会議→部長会→役員会に議案により提案され、結果はヘルパー会議で報告がある。職務権限は「職位階層表」、「職責表」、「各職能の役割及び業務内容」で明確になっている。職員から乾燥機3台の更新や会社からおりる報奨金の条件の緩和、制服交換時の意見や要望を上位会議に提案して運営に反映させている。			
<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. 本社で中期目標（2021～2025）と単年度目標が立案されている。これに基づき、ヘルパー会議やシフト会議（週1回、エリアマネージャー、管理者、介護支援専門員、サービス提供責任者参加）での職員の意見から単年度目標、施策、取り組みの具体的内容を作成している。多くの課題が挙げられているが、ナービス京都二条全体でまとめているため訪問介護事業所としての読み取りが必要である。年2回の定例会で経営陣と進捗状況を分析評価して、必要に応じて目標の見直しをしている。 4. 各職員は個人目標を設定して年2回の上司面接に臨んでいる。1回目は管理者、2回目はエリアマネージャーが担当している。スキルアップの目標が多くあり職員の意識は高い。			
<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. 管理者は毎年の集団指導に参加するとともに、訪問介護会議や会社、行政からの情報提供などで更新された法令は把握している。職員に周知すべき事項を抜粋して、ヘルパー会議で職員に周知して、職員休憩室に各種法令を設置しており、職員は必要に合わせ調べることができる。事業所勉強会にも取り入れている。</p> <p>6. 管理者の役割と責任は組織図、職責表、職務内容表などにより会社として明記している。ヘルパー会議に出席や人事考課面接、キャリアアップ面接など職員から諸意見を聞く機会が多い。人事考課の二次面接時には、エリアマネージャーが職員から管理者評価を受け、必要に応じてエリアマネージャーから管理者に指導教育がおこなわれる。職員ヒアリングで「職場全体として風通しが良く、職員間、管理者共に話しやすく長く勤めたいと思っている」との言葉がある。</p> <p>7. 管理者は通常事業所内で業務しており、現場を把握できている。事業所内ではPHS、夜間は社用携帯を持ち24時間連絡がとれる体制である。外出など管理者不在時は直属下位職位（サブリーダー）が代行している。不在時の状況は、申し送りノート、管理日誌、報告などで状況把握をしている。「緊急時マニュアル」の手順は相談室や館内に掲示している。</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
<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。	C	C
		(評価機関コメント)		8. 職員は有資格者のみを採用し、必要な人員（常勤、非常勤）は毎月確認している。入職後に介護福祉士、介護支援専門員、社会福祉士の資格取得に向けての受験対策講座を本社でおこなっている。（コロナ禍ではWeb研修） 9. 新任職員にはサービス提供責任者が3か月間同行訪問をしている。実施項目はチェックリストを用い、毎日自己評価を提出して、指導者から指導や修正を受けている。同時に、カンパニーポリシーを理解し生かせる職員育成をおこなっている。その後「スキル認定制度」に基づき、フォローアップ研修6か月、1年、2年、3年とマンツーマン研修（同行訪問、面接、筆記試験）をおこない、スキルレベル2~4を目指している。各スキル段階でワッペンや報奨金の授与がある。事業所内での研修、全職員対象の研修、外部研修、資格取得支援研修など学環境が整っている。 10. 実習生受け入れはおこなっていない。		
<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)		11. 有給休暇や時間外労働の管理は、管理者とエリアマネージャーが管理して、エリアマネジメント会議で分析、検討している。「育児・介護休業等に関する規定」がある。現在対象者はいない。勤続年数によりリフレッシュ休暇がある。職員の介護負担軽減として、車椅子のまま使用できる機械浴槽、車椅子がある。 12. ストレスチェックを年1回実施、本社産業医が相談窓口になっている。「コンプライアンス・ハラスメント相談窓口の運用について」の規定があり、本社の相談窓口、社外相談窓口の設置がある。上司に対する諸要望はエリアマネージャーが対応している。休憩室は机、椅子、お茶セット、簡易ベッドがある。また、ゲストルームで休むこともできる。福利厚生として年2回職員懇親会がある。		
<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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		13. ホームページやパンフレット、かんでんジョイライフ倶楽部情報誌などで事業所情報を開示している。地域の広報紙「仁和」に事業所の広告を掲載している。地域住民に向け「学区防災まちづくりマップ」にAED設置場所として明示し、AEDや車椅子も貸し出している。 14. 併設の居宅介護支援事業所の居宅介護支援専門員とともに、地域住民対象に介護相談会（介護福祉用品の紹介もある）を実施しさまざまな相談に応じている。管理者は、上京区事業者連絡会や地域ケア会議に参加して情報交換している。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
		(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. ホームページやパンフレット、広報誌などで事業所紹介をおこなっている。利用者の問い合わせは併設の居宅介護支援事業所からが多いが、地域の居宅介護支援事業所からもあり対応している。基本断ることはないが時間的に訪問調整が困難な場合は断っている。		
(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. 重要事項説明書や利用契約書でサービス内容と料金（保険外料金を含む）など説明し、同意の上署名を得ている 成年後見人との契約実績はある。成年後見制度や権利擁護事業の活用について、利用者から相談があれば担当の居宅介護支援専門員に付ないでいる。		

(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)		<p>17. アセスメントシートは統一した書式を用い、専門家の意見を含めて記載している。アセスメントは、半年毎と状態変化時などにおこない、そのつど記録している。アセスメントシートは、チェック部分と特記事項に分かれているが、特記事項への記載が少ない傾向が見られた。利用者の状況を詳細に把握する為にも、特記事項への記載を増やすことが望まれる。</p> <p>18. 「C P (ケアプラン) 行動指針」を作成している。サービス担当者会議や訪問時の利用者(家族)の要望を課題として取り入れ、個別援助計画、サービス手順書を作成して利用者(家族)から同意を文面で得ている。</p> <p>19. サービス担当者会議には必ず参加して、利用者が利用している各事業所や専門家の意見をj得ている。サービス付き高齢者向け住宅利用者の訪問診療時には、当事業所内の居宅介護支援専門員も同行している。診療時の利用者の情報はシフト会議(週1回)で報告があり、職員間で共有して個別援助計画に反映させている。</p> <p>20. サービスの実施状況や利用者の状況の変化は、訪問介護実施記録に書き、管理者やサービス提供責任者が確認している。また、サービス提供責任者は毎月利用者宅を訪問して、モニタリングを実施している。個別援助計画の見直しの際は、専門家からの意見をj得ている。利用者の状態変化時や、利用者や家族から要望に変化があった時には、居宅介護支援専門員に報告をして計画の変更などの対応をおこなっている。</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. 医師との連携は居宅介護支援専門員を通じておこない、訪問診療時に居宅介護支援専門員から医師に日常の様子を伝え、医師からの情報をシフト会議で報告し話し合っている。他の事業所や関係機関との連携は居宅介護支援専門員を通じておこない、利用者の体調変化時は管理者から主治医に報告している。利用者の状況に応じた対応リストは作成している。利用者の入退院時情報は、居宅介護支援専門員からj得ている。		

(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	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. 「訪問介護マニュアル」、「介護テキスト」の作成があり、分かりやすい記載である。提供しているサービスの実施状況は、適宜管理者やサービス提供責任者が介護職員訪問時に、確認訪問をおこなっている。マニュアルは毎年度末に本社で見直しをして、改定した時の記録がある。各事業所でもマニュアルの見直しを行い不都合な面があれば、本社に報告して改善を依頼する仕組みとなっている。</p> <p>23. 介護職員は「訪問介護実施記録」と「支援経過記録」を記載している。個人ごとのファイルで保管しており、それらの記録を見ることでサービスの実施状況や推移などが確認できる。記録の保管、保存、廃棄の方法に関しては規定などで定めており、持ち出しに関しては持ち出し簿で管理が行われている。記録の管理については、入職時の情報セキュリティ研修があり、年2回セルフチェックを実施して情報の取り扱いの意識を高めている。</p> <p>24. サービス計画の内容はサービス手順書を作成して伝え、個人記録は支援経過記録に記載し閲覧できる状態にしている。また、申し送りノートの活用や引き継ぎなどで、変化があった場合の情報を伝えている。ヘルパー会議でも利用者への支援や身体状況などについての情報共有もおこなっている。</p> <p>25. 利用者の家族とは、サービス担当者会議時に面会している。また、サービス提供時の状況は、訪問介護実施記録の複写を利用者の居室に置き、家族に伝えている。家族と年1回、運営懇談会（コロナ禍では書面開催）を実施し、運営の状況報告とともに意見交換をおこなっている。利用者の相談窓口に依頼している仁和福祉団体連合会会長と民生委員も出席し、家族の諸意向を聞き取っている。</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. 「感染症予防及び感染症対策のマニュアルを」作成しており、必要を感じた感染症は随時作成している。昨年は新型コロナウイルス感染症のマニュアルを新たに作成して、ガウンテクニックや週1回のPCR検査を実施している。感染症に関する研修は本社主体でおこない、eラーニングを用いた研修も実施している。</p> <p>27. 清掃は、夜勤職員が毎日おこない、共用部分は外部業者に委託し、清掃の点検表の提出がある。衛生用品、介護用品、備品など定位置で保管しており、整理、整頓、清潔に留意している。</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. 「事故・緊急時対応マニュアル」を整備し、対応手順は図式化され連絡方法など明確である。各フロアや事業所内に掲示し、すぐに確認ができる。緊急時は24時間、管理者に連絡し指示を受けている。合同研修で「リスク管理」を受講している。</p> <p>29. 事故発生時は、管理者やサービス提供責任者に報告しており、管理者から家族や関係者に報告している。事故やヒヤリ・ハットは報告書を作成しており、対応記録や再発防止策まで記載している。事故の検証は週1回のシフト会議でおこない、再発防止策を立案している。また、エリアマネジメント会議に報告し検討している。重大事故については、本社に報告して内部監査会議で検証している。</p> <p>30. 「災害緊急時対応体制」「災害緊急時マニュアル」で火災、自然災害への対応を整備している。年2回（1回は夜間想定）の訓練を実施している。民生委員の参加を予定していたが、コロナ禍で中止している。また、仁和小学校の避難訓練に参加を予定していたが中止になった。月1回、管理会社との定例会があり、エリアマネージャーが参加し、消防設備の取り扱いを学んで管理者と情報共有をおこなっている。災害時の事業継続計画は現在準備中である。</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
<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. 重要事項説明書（運営の方針）で「利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める」と明記している。また、カンパニーポリシー（経営方針）のなかで利用者の「自分らしい生活」の継続や「自己決定を尊重し自立性を損なわない」ことを掲げている。毎月のカンファレンスで事例を示し人権に配慮したサービス内容の検討をしている。「身体的拘束等適正化委員会」を開催し、研修でも高齢者虐待、人権・権利擁護は実施している。虐待防止に関する責任者は管理者である。</p> <p>32. 「更衣介助」「排泄介助」「接遇」などの研修でプライバシー保護や羞恥心への配慮など学んでいる。入浴、排泄介助は同性介助を基本としている。不定期に管理者とサービス提供責任者は利用者を訪問し、サービスの質を検証して職員指導をおこなっている。</p> <p>33. 利用の申し込みは、基本的には断らない方針である。営業区域外やその他の理由で断るときは理由を丁寧に説明して、担当の介護支援専門員を通して他の事業所を紹介している。</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>34. 利用者（家族）の意向は訪問介護時、月1回のサービス提供責任者の訪問、エントランスにある意見箱、年1回のアンケート調査と運営懇談会、面会時や電話など多くの機会がある。これらの意向は案件によりヘルパー会議、シフト会議で検討している。職員の顔写真を掲示して、利用者（家族）に顔と名前を覚えてもらい話しやすい関係樹立に努めている。</p> <p>35. 聞き取った利用者（家族）の諸意向は記録に残している。検討した結果は速やかに返答している。特に運営懇談会で受けた質問事項は、全員分をまとめ検討結果を全家族に送付している。</p> <p>36. 「訪問介護クレーム解決マニュアル」「クレーム対応の流れ」で対応体制を整備している。第三者の相談窓口は、設置しているが、周知に不十分な面が見受けられた。今後は全利用者（家族）への周知が望まれる。重要事項説明書には、公的機関の相談窓口を記載しており、施設のエントランスにもファイルで設置して、誰もが見られるようにしている。</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. 本社が年1回お客様満足度アンケートを実施し結果が届く。職員間で検討してサービスの向上に役立っている。また、年2回の定例会でサービスの改善が出来ているか確認している。アンケートの結果は掲示板に貼り公開している。</p> <p>38. 月1回の管理者が出席する訪問介護会議やヘルパー会議で、サービスの質について検討している。訪問介護会議の内容はヘルパー会議での伝達や議事録を回覧し全職員に周知を図っている。外部の訪問介護事業所から訪問サービスを受けている利用者には、連絡ノートを書き、情報を共有して連携している。上京事業者連絡会で情報交換している。</p> <p>39. 年1回独自の自己評価シート、日常業務リスト管理表を用い、管理者とサービス提供責任者で自主点検をおこない本社に提出している。また、他事業所（法人内）からの内部監査が年1回ある。事業所の課題は次年度の事業計画に反映させている。第三者評価は3年ごとに受診している。</p>			