

アドバイス・レポート

2021年11月18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

2021年2月16日付けで第三者評価の実施をお申込みいただきました「ヘルパーステーションリエゾン健康村」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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>事業所の運営方針「住み慣れた環境で生き生きと暮らしていただけるよう支援致します」をもとに、職員・ヘルパーは日々の業務を遂行しています。</p> <p>1. 人（利用者や職員）の思いを大切にしている事業所です</p> <p>○利用者の意見・要望・苦情は、サービス提供責任者が毎月のモニタリング訪問時に、コミュニケーションの中から情報収集するようにしています。利用者からの「担当ヘルパーによって料理の味付けに差があると思う」に対して、サービス提供責任者がすぐにヘルパーから聞き取りを行い、同じような味付けで料理を提供できるように、改善した事例がありました。利用者・家族からは、「相談するとすぐに対応してくれる」とのコメントがあるように、利用者・家族とコミュニケーションを図りながら、できる限り利用者の希望を尊重したサービスを行っています。</p> <p>○職員間のコミュニケーションも大切にしています。ヘルパー会議の欠席者には、会議の議事録を見せるだけでなく、サービス提供責任者が、ヘルパー会議の内容を直接伝え、意見や感想を聞くなど、積極的にコミュニケーションをとっています。</p> <p>○事業所に職員やヘルパーが出入りする時には、在室職員の「お疲れさまでした」「行ってらっしゃい」等の明るい声かけと笑顔がみられました。</p> <p>○利用者の作品が「利用者様展示コーナー」に飾ってあり、利用者の意欲を引き出す機会となっています。また職員による季節の小物も、事業所入り口に展示しています。そのことで、ほっこりとした温かみのある職場空間を醸し出しています。</p> <p>2. 職種の役割が明確で、互いに協力しながら業務を行っています</p> <p>○事業所には、管理者、サービス提供責任者、訪問介護員、そのほかに直</p>
-----------------------------	---

	<p>行直帰型の訪問介護員が在籍して、訪問介護業務を行っています。事業所によっては、訪問介護員の人員不足から、サービス提供責任者がその一部を代行し、本来の業務が行えていないとの声をよく聞きます。「ヘルパーステーションリエゾン健康村」では、職種の役割を明確にして、それぞれの職務に専念しながら、職種間で協力し合って日々の業務を行っています。</p> <p>○法人の介護事業部と事業所の管理者が常に連絡を密にとり、事業所運営を行っています。緊急時や判断に迷った場合等は、上司や同僚と何でも相談できる環境があります。</p> <p>3. 研修体制が充実しています</p> <p>○入職時の新人研修、中堅研修、管理者研修が体系化されており、毎月実施のヘルパー会議等でも、学習機会があります。人材育成認証制度の研修もあります。</p> <p>○人権研修や接遇マナー研修で、ヘルパーの基本姿勢を学んでいます。また、生活援助技術や介護技術の研修も行い、専門職として最新のスキルを身に付け、利用者が満足する支援をこころがけています。</p> <p>○介護福祉士資格取得希望者には、法人内の介護職員養成講座（ケアスクール）の学費免除や業務の調整も行い、参加しやすい環境となっています。外部研修には、職員の希望や事業所からの指示により、参加しています。この際も、業務の調整や参加費用の補助があります。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>1. 利用者満足度調査の実施方法について、見直しが必要です</p> <p>○現在の利用者満足度調査は、対面方式で毎年行われていますが、今後は対面方式以外の方法でも、利用者満足度調査を行ってみてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 利用者の意見・要望・苦情の公開が必要です</p> <p>○利用者の満足度調査では、苦情等は、出ていないのが現状です。今後は、利用者・家族が意見・苦情・要望を言いやすい環境をつくり、それらへの対応内容を公開することが重要です。</p> <p>3. アンケートや各種報告書の集計と分析が必要です</p> <p>○年1回の利用者聞き取り調査や詳細に書かれた事故報告書、インシデント、アクシデントの報告書が、十分、活用されていません。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. 利用満足度調査の実施方法の見直しについて</p> <p>○毎年実施の「利用者満足度調査」は、サービス提供責任者が利用者宅を訪問し、対面で聞き取りをしています。対面方式の場合、込み入った話を聞くことができるメリットはありますが、利用者や家族にとって、無記名アンケートの方が意見・要望（特に苦情）を出しやすい場合もあるのではないのでしょうか。今までの方法も残しつつ、新たに「無記名」で「郵送等」によるアンケート調査を行ってみてはいかがでしょうか。</p> <p>○利用者満足度調査の結果から事業所の課題が明確になり、よりサービスの質の向上につながると考えます。また、アンケートの集約結果を、マニュアルや手順書の改善に、繋げていただきたいと思います。</p> <p>2. 利用者の意見・要望・苦情の公開について</p> <p>○苦情処理は案件に応じて迅速、適切に対応され、ヘルパー会議等で共有されていますが、改善状況の公開はできていません。個人情報保護に配慮した上で、対応結果を経緯も含めて、ホームページや機関紙、所内掲示等で公開することは、事業所の姿勢を示す上でも、大変有効と考えます。</p> <p>3. アンケートや各種報告書の集計と分析について</p> <p>○年1回の対面式による利用者聞き取り調査や、事故報告書、インシデント・アクシデント報告書、ヘルパーの1年間の課題と目標の設定など、丁寧に記録されています。しかし、これらを、個々の対策や対応で完了させずに、原因と傾向を統計的に分析し、事業所全体の課題として考えることが必要です。自分たちの聴取した大切な情報を、次年度の事業計画書に反映させることで、より一層、運営方針の「利用者の住み慣れた環境で生き生きと暮すことができる」に、つながるのではないのでしょうか。</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	2673200347
事業所名	医療法人 啓信会 ヘルパーステーションリエゾン健康村
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
訪問調査実施日	令和3年10月15日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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. ヘルパーステーションリエゾン健康村の事業所理念「笑顔で挨拶 優しい声かけ 丁寧なサポート」を、事務所入口に掲示しています。職員の名札の裏面にも印刷されており、常に理念を念頭に業務を行っています。毎年4月に、理念や運営方針についての研修を行い、事業所職員と登録ヘルパー全員が、共通認識をもって業務にあたっています。当日参加できない職員に対しては、後日周知しています。利用者・家族には、契約時にパンフレット・リーフレットを用いて説明しています。 2. 理事会は定期的開催され、法人全体の意思決定が行われています。センター長会議、運営会議、サービス提供責任者会議等が定期的開催され、管理者は、職員の意見の反映に努めています。法人内の決定事項等は、会議の議事録や職員会議で周知されています。職員それぞれの業務内容については「職員権限規程」に明文化されています。			
(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. 法人の中・長期計画をもとに、事業所の短期・中期目標を設定しています。目標設定には、年度末に、全利用者から聞き取りを実施して、利用者の意向把握し、職員の意向を確認しています。事業所としての長期計画は、策定に向けて検討中です。 4. 職員が協議して、業務レベルごとに、課題の設定を行っています。設定した課題の進捗状況は、毎月、法人の介護事業部が各事業所を訪問した際に、管理者等から聞き取り、確認しています。今後は、事業所としても、時期を定めて、課題に対する進捗状況を振り返る機会を設定し、目標が達成できた項目については、新たな課題を設定する等してはいかがでしょうか。			

(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>5. 介護事業部長は、経営に関する研修や勉強会に参加しています。関係法令は、法人内の介護事業部で管理・リスト化されており、介護保険法改正時には、管理者に、すぐに情報が届くようになっていきます。変更等があった法令は、各種会議で職員に周知し、研修も行っていきます。職員はPCでいつでもすぐに、法令等を調べることができます。</p> <p>6. 職務権限規程により、管理者の役割や責任を明確にしています。管理者は、自らの役割と責任を自覚し、職員に対してリーダーシップを発揮しています。職員ヒアリングからも「気軽に相談しやすい」等の声があり、信頼の厚さが伺えました。キャリアパスの内容には、管理者への要望等の項目もあり、管理者自らの行動を評価する仕組みがあります。介護事業部が、最低月1回事業所を訪問し、管理者の業務執行状況を確認したり、職員から意見を聞いたりし、管理者業務が遂行できているかどうかを確認しています。</p> <p>7. 管理者は、基本的に事務所内で業務を行っており、事業の実施状況の把握に努めています。常勤職員は、携帯電話で、24時間連絡可能な体制を整えています。事業所には、常にサービス提供責任者が在籍している状況をつくり、緊急事態に対応できる体制ができています。緊急事態が発生した場合は、経過記録に残し、管理日誌にも記録し、朝礼時に申し送っています。</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
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. 職員採用や人員配置は、介護事業部で一括して行っています。指定基準以上の人員配置がされています。法人が経営する介護職員養成講座（ケアスクール）を利用して資格を取得する場合は、授業料の免除や勤務調整等行っています。資格取得後は、資格手当がつきます。ケアスクールの受講生に声かけする等して、人材確保に努めています。</p> <p>9. 「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証を取得しており、キャリアパス制度に基づく人材育成の仕組みがあります。登録ヘルパーには、管理者が入職時研修を行い、毎月のヘルパー会議、法人内の6事業所合同の研修を実施しています。サービス提供責任者がスーパーバイザーとなり、職員のフォローアップをしています。職員が内部研修や外部研修へ参加する際は、可能な限り勤務調整を行い、積極的に支援しています。研修参加後は、報告書を提出し、各種会議を通して他職員にも伝達しています。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルが整備され、法人ケアスクールの実習生を受け入れています。利用契約時に、本人・家族・ケアマネジャーから、実習生受け入れの承諾を取っています。管理者が、実習指導者に対して研修を実施しています。小・中学生の職業体験の受け入れを企画・準備をしていましたが、コロナ禍の影響で実施ず、状況が落ち着けば行う予定にしています。</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. 有給休暇の消化率や時間外労働等の管理は、法人で一括管理しています。事業所では、職員から事前に休み等の希望を聞き、勤務調整しています。育児休業・介護休業について、就業規則に明記され、適切に運用されています。毎日朝礼時に腰痛予防体操を行い腰痛予防に役立てています。</p> <p>12. 職員のメンタルヘルス維持のため、産業医に相談できる体制があり職員に周知しています。福利厚生制度の「わかば会」で年数回の日帰り旅行や食事会などが行われています（今年度はコロナの関係でできていない）。この会には常勤職員以外でも希望があれば参加することができます。コロナの関係で距離を取ったデスクの配置にしているため、休憩場所がスペース上ありませんが、通常の状態にもどれば休憩スペースが作れるということでした。ハラスメントに関する規定が、就業規則に明記されており、より様々なハラスメントに対応できるようマニュアルの見直しを行っています。</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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>13. ホームページやパンフレットに、事業所情報を掲載しています。「情報の公表制度」でも事業所情報を開示しています。京都府の介護事業所・生活関連情報のホームページでサービス内容を確認することができますが、法人のホームページからもリンクできるように検討してください。ホームページは医療法人啓信会が中心となっているため、訪問介護事業所の内容も充実したものを希望します。町内の回覧板や京田辺市医療・福祉支援機関一覧冊子にも事業所情報を掲載しています。利用者からの問い合わせや見学はほとんどありませんが、対応できる体制はあります。</p> <p>14. 地域の小学校に「車いす体験」の出前講座を企画していましたが、コロナ禍により中止となっています。社会福祉協議会主催の地域連携会議に出席し、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めています。</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
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. 事業所情報は、パンフレット、リーフレットで提供しています。利用者家族には「リエゾン通信」を、年4回発行し、情報を伝えています。京都府の介護事業所・生活関連情報のホームページで、サービス内容を確認することができますが、法人のホームページからリンクできるよう検討してください。利用者からの問い合わせや見学はほとんどありませんが、対応できる体制はあります。			
(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. 介護サービスの利用開始に当たっては、契約書・重要事項説明書等を用いて、サービス提供責任者が、詳細を丁寧に説明し、同意を得ています（介護保険外サービスの内容も含む）。判断能力に支障があると思われる利用者については、家族や後見人等の同席を得て説明し、同意を得ています。利用者の権利擁護のため、成年後見制度及び地域福祉権利擁護事業を活用しています。今後は、サービス内容やキャンセルの方法について、契約時の説明だけでは不十分な場合も考えられるため、サービス利用開始後にも、定期的に伝える仕組みを設けてははいかがでしょうか。			
(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. アセスメント様式は、リエゾングループで統一したものを使用し、利用者の心身状況・生活状況を把握し、記録しています。契約時や訪問時に、利用者・家族の思いを聞き取り、主治医や専門家から医療情報等の提供を受け、アセスメントを行っています。サービス提供責任者が、毎月利用者宅を訪問し、モニタリングを行い、状態に変化等あった場合は、再アセスメントを行っています。利用者一人ひとりのファイルには、自宅の間取りや支援の細かな情報が書かれています。</p> <p>18. 個別援助計画の策定に当たっては、利用者・家族から、それぞれの希望・要望を聞き取り、目標を設定し、同意を得ています。サービス担当者会議には、利用者本人も、ほぼ出席されています。</p> <p>19. サービス担当者会議には、サービス提供責任者が出席し、関係機関と意見交換しています。常にケアマネジャーと連携を密に行い、必要時は訪問看護・訪問歯科・訪問リハビリから意見を聞いています。専門家から得られた情報は、個別援助計画に反映しています。</p> <p>20. 定期的に、また、短期目標満了時や状態に変化等があった場合は、必要に応じて専門家にも意見照会して、個別援助計画の見直しを行なっています。</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. 利用者が入退院するときには、ケアマネージャーを通じて、看護サマリーを受け取っています。利用者の急な状況変化に対応するため、関係機関や団体の一覧表が作成されており、必要に応じて連携を図っています。		
(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. 事業所業務について、標準的な実施方法（マニュアル・手順書等）が整備され、事務所内や休憩室に、備え付けられています。年1回、見直しも行われています。利用者支援の手順書に従って業務を行っているかを、サービス責任者が、確認しています。新規利用者へのサービス開始に当たっては、サービス提供責任者が、標準的に実施できるように支援内容を組み立ててから、登録ヘルパーに引き継ぐようにしています。</p> <p>23. 利用者ファイルには、必要事項が具体的に記録されています。担当ヘルパーから利用者状況や支援内容の報告があり、サービス提供責任者が、経過記録にまとめています。個人情報の保護については、毎年、法人の全体研修があり、参加できない職員には、管理者から伝えています。法人の「訪問介護課文書管理規程」があり、保管、保存、持ち出し、廃棄方法が定められ、適切に運用されています。入職時・退職時に全職員が、個人情報保護の誓約書を提出しています。</p> <p>24. ヘルパーとサービス提供責任者は、メールで連絡・相談を行っています。登録ヘルパー以外は、毎日朝礼を行い、申し送り事項や利用者情報の共有を図っています。毎月開催のヘルパー会議終了後、必要時にはケースカンファレンスを行い、情報共有しています。</p> <p>25. 利用者の家族との情報交換は、家族の在宅時間に合わせて訪問し直接伝えたり、不在の場合は連絡ノートで行っています。遠方の家族には、電話しています。利用者宅に連絡ノートがある場合は、医師、看護師、PT・OT等も活用しており、他職種とノートを通して情報を共有しています。</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. 感染症予防対策マニュアルを作成し、常に最新情報に更新し、研修もしています。新情報等は、毎月のヘルパー会議で周知し、感染症に関する知識・対策を学ぶ機会としています。感染対策としてフェイスシールド・マスク・手袋の装着、手指消毒を行いサービスを提供しています。</p> <p>27. 毎朝職員で清掃を行っています。館内は清潔に保たれ、書類や衛生用品等の物品は、整理整頓され、安全に保管されています。事業所入り口には、「利用者様作品展示コーナー」があり、貼り絵や絵が展示されています。また、四季を感じるヘルパーの作品も展示されており、癒しの空間となっています。年に2回、法人内の他部署から「環境チェック」の訪問があり、整理整頓ができているとの評価を受けています。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>28. 緊急時対応マニュアルが整備され、指揮命令系統も明らかです。救命救急講習の実施や介護現場で想定される緊急時の実践的な訓練（異物除去）も行われています。</p> <p>29. 事故発生時には、アクシデント・インシデント、事故報告に分類して報告書を作成し、ヘルパー会議・定例会・運営会議で報告・協議し、再発防止に取り組んでいます。運営会議で、法人内他事業所の事故報告の情報を共有しています。発生時には、報告するよう周知していますが、保険者に報告するような事故は、発生していません。申し送りや会議等に参加できない職員にも、管理者から周知しています。ヘルパーの忘れ物や利用者宅での物損、ヘルパーの移動中の事故があり、今後このような事故を減少するため注意喚起が重要と考えます。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアルはあり、現在さまざまな災害に対応するための新マニュアルを作成中です。災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルや訓練はできていませんが、現在検討中です。</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

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. 2021年度の運営指針の項目の一つに「住み慣れた環境で生き生きと暮らしていたく」とあり、職員はこれを念頭に業務を行っていることが、ヒアリングからも確認できました。「高齢者虐待防止法」については、マニュアルやハンドブックに明記されており、各種研修でも、徹底されています。年1回実施の利用者聞き取りチェックでも「利用者尊厳の保持」の内容が確認できました。</p> <p>32. 利用者のプライバシー保護や羞恥心については、入職時やヘルパー会議で周知しており、排泄、入浴、オムツ交換の場面で具体的なプライバシーの保護策について伝えています。サービス提供責任者が「利用者聞き取りチェックリスト」を用いて、利用者には、プライバシーの保持について、現場でできているかどうかの確認をしています。</p> <p>33. 利用を希望者は、誰でも受け入れることを基本にしています。今まで人員不足でやむをえず断ったケースもありましたが、利用者・家族の了解のもと、可能な限り曜日・時間を調整して対応しています。</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。	B	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	A
(評価機関コメント)		<p>34. サービス提供責任者による毎月のモニタリングや年度末の3月実施の聞き取り調査で、利用者の意向（意見・要望・苦情）の確認を行ない、苦情処理簿に記録されています。内容によっては、必ずしも対面で行うことが最適と言えない場合もあるため、無記名によるアンケート調査等の方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>35. 利用者・家族からの意見・要望・苦情は「苦情等処理簿」で記録に残し、案件に応じて迅速、適切に対応され、朝礼やヘルパー会議等で共有されていますが、改善状況の公開はできていません。個人情報保護に配慮した上で、対応結果の経緯も含めて、ホームページや機関紙、所内掲示等で公開することは、事業所の姿勢を示す上でも有効と考えます。</p> <p>36. 公的機関の相談窓口は重要事項説明書に明記され、利用者に説明されています。外部の第三者委員を設けていますが、事務所に掲示しているのみで重要事項説明書には掲載されていませんでした。利用者へのサービスという観点から考えると、会報など利用者の目に触れやすい印刷物に、相談窓口を記載するのも有効と思われます。</p>		

(3) 質の向上に係る取り組み

利用者満足度の向上の取り組み	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。	B	B
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. 毎月のモニタリングや年2回の利用者聞き取り調査で、利用者満足度を調査されています。ただ、対面の聞き取りでは、本音が出てきにくい場合もあるため、無記名アンケートを活用されてはいかがでしょうか。利用者の生の声を聴き、その課題解決を職員全員で考えることが、サービスの質の向上につながると思います。</p> <p>38. サービスの質の向上について、サービス提供責任者会議や訪問介護課運営会議等で検討し、実践に移しています。法人内の他事業所と合同で情報交換し、良い点は取り入れています。</p> <p>39. 年に2回、自己評価を行っています。3年に一度、第三者評価を受診しています。次年度事業計画は、前年度の評価に基づいて立てています。法人内の他事業所の職員が、当事業所の取り組み等を確認する「ラウンド」を行っています。業務改善について指摘を受けたことはありません。職員全員で課題を明確にしておくため、常にコミュニケーションを図っています。</p>		