

アドバイス・レポート

令和 3 年 1 1 月 1 8 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 9 月 2 8 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「医療法人啓信会ヘルパーステーション萌木の村 2 1」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>1. 「ゆっくり、ゆったり、やさしいケア」の事業所理念に沿ったサービスが提供されています</p> <p>○職員が考えた標語（表記）は、理念がわかりやすく表現され、全職員に浸透しています。今回のアンケート結果を見ても、利用者から「細やかな配慮、丁寧な対応に感謝」という記述が多く、理念に沿ったサービス提供をされていることがわかります。</p> <p>○サービス提供責任者が、利用者宅で、利用者・家族の生活状況や意向を、的確に丁寧に聞き取り調査をすることによって、一人ひとりの思いに寄り添ったサービスが提供されています。</p> <p>○相談・要望・苦情があった場合、迅速に対応するとともに、アフターフォローを確実に行うことで、信頼関係が築かれ、利用者・家族が安心して、サービスを利用しています。</p> <p>2. 人材育成や働きやすい環境づくりが、サービスの質の向上に繋がっています</p> <p>○法人が策定した研修計画に基づいて、新人研修・サービス提供責任者研修・登録ヘルパー合同研修等が実施され、段階的に、必要な知識や技術を身に付けることができている。また、職員一人ひとりのスキルを高めるため、接遇、実務研修など、職員ごとの研修計画を立て、確実に受講できるよう受講実績の管理をしています。</p> <p>○緊急時等を含め訪問業務の協力体制（バックアップ体制）があり、働きやすい環境が作られています。利用者からの急な要請には、最初に事務所の職員が対応し、その分、担当職員の負担が軽減されるようにしています。そのことが担当職員の心身の負担軽減になり、その安心感が、仕事への意欲に繋がっています。</p> <p>○職場内には、職員が、日常的に、訪問介護課長や管理者等とも意見を出し</p>
-----------------------------	---

	<p>あえる雰囲気があります。定期的開催する職種別会議においても、課題の把握や分析検討を行う際に、活発な意見交換がなされて、サービスの質の向上に繋がっています。</p> <p>3. 利用者一人ひとりの状況に応じた介護計画が策定され、適切なサービスが実施されています</p> <p>○利用者の状況を的確に把握して、サービス担当者会議で、定期的なアセスメントを行っています。利用者の状況によっては、毎月、アセスメントを実施することもあり、利用者一人ひとりについて、最新の生活ニーズの把握に努めています。</p> <p>○「自宅で入浴したい」という利用者の希望を叶えるため、自宅の浴室を機械浴槽に改修したケースでは、入浴介助方法について、家族を交えたサービス担当者会議が繰り返し行われ、利用者・家族の希望が最大限に尊重された個別援助計画が作成され、実施されていました。</p> <p>○モニタリング用紙を作成し、時系列に記録することで、個別の状況が容易に把握出来ます。毎月モニタリングを行い、ケアの見直しの必要があると判断した場合には、事例検討を行い、常に利用者の状況の変化に対応したサービス提供を行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 利用者満足度調査について</p> <p>毎年、職員が利用者と直接面談し、多くの項目について時間を掛けて丁寧に聞き取りをされていますが、無記名のアンケート調査も必要かと考えます。</p> <p>2. 情報公開について</p> <p>苦情・相談等は、利用者・家族の意向をよく聞き、組織として迅速に対応されていますが、取り組み内容と結果について、公開されていませんでした。</p> <p>3. 長期事業計画の策定について</p> <p>毎年、単年度事業計画と中期事業計画が策定されていますが、事業所の長期事業計画がありませんでした。</p>

具体的なアドバイス

1. 利用者満足度調査について

サービス提供を受ける利用者の状況は常に変化し、そこには少しの不足や小さな不満が生まれます。そうした利用者の意向を的確に把握し、サービスの質の向上に繋げるため、調査が実施されています。現在、利用者と対面で実施されている聞き取り調査は、確実に現場の状況が把握できる大切な調査だと思えます。一方で、対面であるがための不自由さが、利用者にはあると考えます。無記名アンケート調査を実施することで、利用者が自由に意見を言えるのではないのでしょうか。

2. 情報公開について

一人ひとりの利用者・家族に対する苦情・相談等の対応は適切にされていますが、その内容を他の利用者・家族は、知ることが出来ません。情報の公開は、サービスが公平公正に実施されているかどうかの目安であるとともに、事業所の PR にも繋がります。個人情報保護に配慮したうえで、ホームページや事業所だより等を利用した公開が、必要と思われれます。

3. 長期事業計画の策定について

介護保険制度が3年に1度改訂される中で、長期計画は、立てづらいものではありますが、高齢社会を見据えた長期計画の策定は必要と思われれます。事業所の長期的課題を明確にすることで、多角的視点から事業全体の課題を把握することができると思えます。

※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」に掲載しています。

(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	2672800295
事業所名	医療法人啓信会 ヘルパーステーション萌木の村21
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・第1号訪問事業
訪問調査実施日	令和3年10月13日
評価機関名	NPO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. 事業所理念・運営方針を、事務所に掲示しています。職員が作成した標語は、理念を分かりやすく表現しており、毎日、職員間で確認しています。ヘルパー会議や接遇研修においても常に周知を行い、理念に沿ったサービス提供を心がけています。利用者、家族にも事業所理念が伝わっていることが、アンケートからもうかがえました。 2. 理事会は定期的開催されており、介護事業部長が出席しています。介護事業部には、訪問介護課等4つの課があり事業内容が明確に定められています。訪問介護課においては所長・副所長等の職制に応じた会議や事業所の各種会議が、定期的開催され、職務内容の周知や意見交換が行われており、職員の意見が、事業運営に反映されています。		
(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. 毎年、法人の長期計画をもとに、事業所の年度計画を策定し、中期計画（3～5年）も同時に策定されています。利用者へのモニタリングや聞き取り調査で把握したサービスの課題は、会議等で毎月集約・分析を行い、問題点を明らかにしています。また、事業所では、毎月、計画目標達成度の確認を行っています。計画目標を立てるだけでなく、目標達成に向けた具体的な取組みも併せて設定することで、より良い成果をあげられると思います。また、懸案となっている事業所の長期計画を策定されることを期待します。 4. 業務ごとに設定された課題を登録ヘルパーを含む職員全員が、目標管理シートに落とし込み、年間目標の達成に取り組んでいます。所長は達成状況を半年ごとに確認し、見直しされた課題は、会議等で検討され次の計画に反映しています。		

(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. 事業部長や運営責任者は、京都府の集団指導や外部研修に参加し、法令改正等の内容については、随時会議や研修会を開催し、職員に周知しています。法令遵守の意識が徹底するよう作成されたハンドブックを職員は常時携帯しています。</p> <p>6. 内部規程で職務分掌が明記されています。管理者らが参加する定例会議・運営会議では、職員の意見交換が行われていることが、議事録からも確認できました。管理者への評価は、キャリアパスによる自己評価と毎年の課長面談時に行われています。</p> <p>7. 管理者は、事業実施状況を把握できる場所で勤務しており、業務日誌でも確認し、必要に応じて、指示を出しています。不在時でも、携帯電話、メール等の連絡体制ができています。日曜、休日の緊急事態には、当番制で、管理者以下常勤職員が対応しています。</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. 介護職員の人事管理は、介護事業部が行っています。離職状況を取りまとめ職員採用に活かしています。管理者等は、法人が開設している介護職員養成講座（ケアスクール）の講師を務め、採用に繋げています。職員に対しては、資格取得のための受講料の免除や勤務の調整を行っています。また、その他の資格取得支援として「チャレンジ資格」の仕組みができています。</p> <p>9. 職員ごとの年間研修計画と研修管理ができています。専門研修、階層別研修、接遇研修等が計画に従って実施されています。研修内容一覧表が毎年作成されていて、面談時に職員に説明されています。ヘルパー会議等で出された意見や課題について、随時勉強会を行っています。</p> <p>10. 実習生の受け入れは、介護事業部の実習担当課が窓口になっており、主に、法人の介護職員養成講座から実習生を受け入れています。事業所には実習生受け入れマニュアルがあり、実習指導者に対する研修を実施しています。</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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>11. 職員の有給休暇や時間外労働のデータは、法人で人事管理課が一括管理し、これに基づき所属職員の状況を所長が確認しています。時間外業務は、申告書を所長が受け付けることにより直接管理しています。緊急時等を含め訪問業務の協力体制（バックアップ体制）が確立しており、急な業務もまずは組織として受け止め対応されているので、担当のヘルパーに負担が集中しないという安心感が心身の負担軽減に繋がっています。</p> <p>12. 法人本体の病院に産業医が配置され、本人が直接相談できるようになっています。福利厚生制度があり、職員の休憩場所も確保されています。また、毎朝全員で腰痛予防体操に取り組むことで、職員の健康管理意識の向上を目指しています。ハラスメントに関する規定があり、多様なハラスメントの現状に対応できるよう見直しが行われています。</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。	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. 法人ホームページ全体は整備されており、介護事業等も掲載されていますが、個々の事業所概要等が確認できませんでした。法人HPから「介護サービス情報公表システム」にリンクできるといいと思います。事業所のリーフレットを作成し、利用者、家族には配布していますが、地域への広報も必要と思われます。</p> <p>14. 令和2年に発足した「城陽市介護事業所連絡会」で訪問介護課課長が副会長を務め、合同消防訓練やワクチンの職域接種に協力しています。また、城陽市高齢者虐待防止ネットワーク会議や地域ケア会議に参画し、介護技術や情報の提供をするとともに、地域の福祉ニーズを収集しています。</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. 事業所概要がわかるパンフレットと『介護保険ではできないこと』を一覧にした資料があり、利用者への説明に活用しています。また、問い合わせがあった場合には、職員が自宅やデイサービス等に出向き、個別に対応しています。		
(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. 契約書や重要事項説明書を利用者や家族に分かりやすく説明し、理解を得ることが利用者アンケートからも確認できました。また、社会福祉協議会の資金管理制度を利用している利用者（認知症等）が2名で、利用者の権利擁護のための制度を活用できる仕組みが整備されています。		
(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. 所定のアセスメント用紙で利用者の状態を適切に記録し、サービス担当者会議で検討しています。利用者の状況にあったサービス提供を実施するために、毎月アセスメントを実施することもあり、利用者や家族の望む生活を支援することに努力しています。</p> <p>18. 利用者一人ひとりに対する具体的な個別援助計画が策定され、目標が設定されています。「自宅で入浴したい」という本人の希望を叶えるため、自宅の浴室を機械浴槽に改修したケースでは、介護手順等について繰り返し担当者会議が行われ、利用者・家族の希望が最大限に尊重された個別援助計画が作成されていました。また、誰もが何時でも、安全・安心に支援できるよう、介助手順や機械操作を含めたフローチャートを作成しています。</p> <p>19. 個別援助計画等の策定では、サービス担当者会議での意見や専門家の助言や指示を受け、計画に反映させていることを、居宅介護計画書、個別援助計画書、訪問介護記録から確認できました。</p> <p>20. モニタリング用紙が作成され、時系列に記録されています。毎月のモニタリングを通して、ケアの見直しの必要があると判断した場合には、担当のケアマネジャーに連絡するとともに、サービス責任者会議で検討を行っています。</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. 利用者の状況に応じて利用できる他の事業所や行政、関係機関等と連携を図れるように、リスト化した一覧表が作成されています。また、利用者の受診に同行した時には、主治医にケア（介護）時の情報提供を行い、出された意見（軟膏塗布の指示など）は、速やかに担当ケアマネジャーや家族と情報共有を行っています。利用者が入退院する場合の連携も取れています。		

(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	B
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. 業務マニュアルが整備され、手順書は携帯用の小さな冊子にして、各ヘルパーに配布しています。ヘルパーが標準的なサービスを実施できているかの確認を、所長や副所長が、モニタリング時に行っています。また、利用者から「職員によってサービスに違いがある」などの意見があった場合は、サービス提供責任者が訪問し、ケアの確認と指導を行うとともに、定例会議の中でマニュアルの見直しを行っています。</p> <p>23. 利用者の個別ファイルは、鍵のかかるロッカーに保管され、保管期間や持ち出し、廃棄に関する規定が、整備されています。事務所内のホワイトボードには、曜日ごとの利用者と担当者が記載され、確認しやすくなっていますが、来客から見えるところにあるため、個人情報保護の観点から、掲示場所の工夫が必要と思われます。</p> <p>24. 常勤職員、嘱託職員、非常勤職員、登録職員など、雇用形態が様々な中、メール・FAX・電話等、職員の状況に合わせて情報伝達を行っています。利用者に変化があった場合は、個別チーム会議の開催や月1回のヘルパー会議（出席できない職員にはメールボックスに資料を配布）を実施し、利用者の情報共有を行うとともに、職員の意見集約をしています。</p> <p>25. 家族が参加するサービス担当者会議の開催や利用者宅にも配備しているヘルパー活動記録表、家族・ヘルパー・看護師の三者交換連絡ノート、電話やメールなどを活用し、利用者家族との情報交換を行っています。</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. 感染症マニュアルが整備され、計画的に研修を実施しています。毎年、流行時期に合わせて、職員に啓発しています。今年は、食中毒の研修も実施しました。新型コロナウイルスを含む感染症対策のため、マスク、予防着、除菌スプレー等、感染対策用具一式を、個人ごとのメールボックス前に置き、訪問前に各自が受け取れるように準備しています。ハンドソープも配布しています。</p> <p>27. 事業所内の物品等の整理整頓が出来ています。事業所内清掃は、職員5名が当番制で行っています。法人に業務改善委員会が設置され、「法人ラウンド美化点検」を全事業所対象に、年2回、実施しています。1回目に指摘されたところは、次の訪問時まで改善が求められ、環境整備の重要性が法人全体で共有されています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>28. 事故・緊急時・急変時マニュアルが整備され、年1回以上の研修を実施しています。居宅における緊急事態として、転倒や転落、台風や地震の天災対応を想定し、連絡網を作成していますが、今後はより確実な連絡方法として、ICT化（職員全員に一斉送信でき安否確認もできる）も検討しています。救命救急講習会を年1回実施しています。</p> <p>29. 利用者宅への忘れ物や約束時間、買い物の思い違いなどのヒヤリハットの統計を取り、年間で頻度が高かったものについて「みんなで気を付けようキャンペーン」（交通安全週間のように）を実施し、再発防止に努めています。また、事故についても、原因究明、再発防止等、適切な対応が行われていました。過去の利用者移乗時の骨折事故では、速やかに家族へ連絡するとともに、保険者に報告を行うことで利用者と信頼関係ができ、現在も利用が継続されています。</p> <p>30. 災害時対応マニュアルが整備され、事業所内連絡網や指揮命令系統が定められ、毎年実践的な訓練も実施されています。「利用者安否確認マニュアル」も現在作成しています。またBCP（事業継続計画）を策定し、災害発生時に指示命令が確実に伝わるよう、SNSを利用した対策が検討されています。本年度は、事業所が加盟している城陽市介護事業所連絡協議会での消防訓練を予定する等地域で実践的な訓練が計画されています。</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
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>3 1. 利用者の人権や意思を尊重したサービス提供を事業所理念・運営方針で明確にし、人権研修や接遇研修を毎年実施しています。人権に配慮したサービス提供が行えるよう、ヘルパーの心得を分かりやすく解説した訪問介護ハンドブックを全職員に携帯用として配布しています。利用者に寄り添うサービス提供がされていることが、利用者アンケートからも確認できました。</p> <p>3 2. 定例会議・ヘルパー会議等の中で利用者の心身の状況如何に関わらず、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供を行うことを周知しています。上記の訪問介護ハンドブックの配布とヘルパー自己チェックシートでサービス等の問題点を明確にし、その内容を職員間で共有しています。</p> <p>3 3. 利用申込みがあれば、原則全て受入れています。人員不足等による受入れが困難な場合は、他の事業所を紹介するなど利用者の理解を得ています。</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>3 4. 毎年利用者の意向を引き出せるように精査して決定した約40項目について、利用者・家族の聞き取り調査を実施しています。また、毎年、職員全員に接遇研修を実施して、利用者・家族が相談しやすい雰囲気が作れるように努めています。</p> <p>3 5. 利用者の意向には迅速に対応しており、苦情対応マニュアルに基づき苦情処理報告書を作成しています。事業所内で分析・改善等の検討を行い、再発防止とサービス向上に繋げています。利用者からの意見や改善内容の公開については、今後ホームページや利用者向け通信（おたより）の利用も必要かと考えます。</p> <p>3 6. 利用者・家族が自由に相談できるよう第三者相談窓口と連絡先等を重要事項説明書に記載し、利用開始時に説明しています。苦情対応の研修を実施し、マニュアルに沿って適切に対応しています。</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	サービス提供内容質の向上のため、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. 利用者聞き取り調査を毎年対面で実施し、調査内容の分析・検討を所内会議等で行っています。要望事項については対応後も経過観察を行い、会議等で情報共有を行っています。今後の満足度調査については、対面だけではなく、利用者がより自由に意見を言える無記名アンケートも必要かと考えます。</p> <p>38. サービスの質の向上について課題を抽出し、法人内の6つヘルパーステーションの所長等で構成する運営会議で分析検討を行い、事務所内で具体的に取り組んでいます。また、運営会議では互いの事業所の取組みやサービス課題について、情報交換を行っています。</p> <p>39. 年1回、事業所の自己評価を実施し、業務の見直しを行うとともに、評価内容についても、定例会議等で分析・検討を行っています。抽出された課題については、改善目標を立て、次年度の事業計画に反映しています。第三者評価を、三年ごとに受診しています。</p>		