

# アドバイス・レポート

令和 4 年 7 月 1 日

令和 4 年 2 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人 綾部市社会福祉協議会（訪問入浴介護事業所）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<br/>(※)</p> | <p><b>(通番 4) 業務レベルにおける課題の設定</b></p> <p>綾部市社会福祉協議会の事業体制として 4 つの部門があり、その中の生活支援部門において介護事業など多様な生活支援サービスを提供されており、組織体制が明確にされています。</p> <p>介護事業にはリスク管理委員会と特別委員会があり、その中にさらに各種部門が設置され、その部門ごとに課題や目標・事業内容・具体的実施事項を織り込んだ「部門別実施計画」が策定されており、12 月に成果を確認したうえで次年度の課題や取り組みたいことに繋げる仕組みです。</p> <p>また、職員一人ひとりのキャリアパスを策定し、研修等を通して自分どう磨くのかを目標立て、それを業務レベルの課題として設定し、課題の達成に向けて取り組んでいます。</p> <p>職員には「私の目標」を記載したものを携帯用に配布し、繋がりあいや地域の中での役割などの課題設定として、「私の目標」の評価も行っています。</p> <p><b>(通番 21) 多職種共同</b></p> <p>地域における在宅医療・介護に携わる多職種間の情報共有と連携を促進するため「京あんしんネット」を活用し、医療職や介護関係の連携したネットワークの支援体制が構築されています。サービス担当者会議には出席して、「顔の見える関係性」を大事にしながら、医師や看護師をはじめ多職種における利用者へのサービス提供をされています。</p> <p>体調に変化がある利用者は、ご家族と相談の上、介護支援専門員に報告し、急変時には訪問看護や医師と連携を取っています。</p> <p><b>(通番 29) 事故の再発防止等</b></p> <p>事故、小事故は書面にて総括管理者・事務局長・会長にも報告し、適切に対応されています。</p> <p>ヒヤリハットの記録を重要視し、第三者委員や評価委員にも周知した上で、サービス向上部会で原因や対応の分析をされ、再発防止につなげる体制を取っています。職員には定例で事故防止の研修会を実施し、事故防止策について評価や見直しも定期的に実施されています。</p> |
|-----------------------------|---|

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>（通番 17） アセスメントの実施</b></p> <p>利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえた上で、初回アセスメントは実施されていましたが、適宜見直しを行ったアセスメントが見当たらず、聞き取りにおいても確認できませんでした。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p>綾部市社会福祉協議会は、昭和 27 年 9 月に設立し、今年（令和 4 年）で 70 周年になります。</p> <p>織物産業が盛んだった時代から現在は人口も減り、高齢化率も平均 37% となっています。地域によっては、50～60% のところもあり、また豪雪地域でもあるので、高齢者が住む街づくりには、色々な施策を様々な知恵やネットワークの力を生かし取り組んでいるのが大きな特徴といえます。</p> <p>中でも全国的にみても先駆的な活動で注目を浴びたのは、綾部市から出て働き、そこで定住する子どもと綾部市に残って暮らす親を見守る互助組織の「ふるさと綾部の老人を守る会」は有名です。</p> <p>最近では綾部市内には 1000 軒ほどの空き家があり、ネットで空き家探しができる「空き家バンク」の仕組みも生まれ、さまざまな定住支援も行われています。</p> <p>70 年の歴史の中で、誰もが安心して楽しく暮らせるまちづくりをすすめるために、「公共性」と地域住民の支え合いの「自主性」の両面で、綾部市社会福祉協議会は地域福祉活動の推進が行われています。その中で介護サービスは訪問介護事業と 2 カ所のデイサービスセンターの他、訪問入浴介護の実施があります。</p> <p>平成 12 年から始まった訪問入浴では、無料のお試しプランも特徴ですが、介護保険サービス事業として山村にとって貴重で喜ばれるサービスであるのは当然ながら、「出前足湯」の活動に繋がっているのは、地域住民の尽力と合わさって、綾部市ならではの活動といえます。綾部市には山中に温泉があり、温泉のお湯を大量に訪問入浴車のタンクで運び、足湯の出前をされています。一人暮らしや誰ともつながらず閉じこもりがちな人などを対象に、お互いが顔見知りの関係となるように工夫された活動です。</p> <p>綾部市の他の特徴的な取り組みに「だんないカフェ」がありますが、認知症サポーターを発展的に独自カリキュラムを加えたシルバーサポーターやゴールドサポーターを養成し、その住民の力は「地域サロン」「出前足湯」「出前型サロン」「傾聴ボランティア」と活動の場が広がり、公的な資源と住民の力が一体化した活動を綾部市社会福祉協議会が構築し牽引されています。</p> <p>一人ひとりのサポートは、一対一で向き合うサービスだけでなく、人と人が繋がりが笑顔が広がる町こそ、「誰もが安心して暮らせる地域づくり」だといえます。</p> <p>つながりあう「あやべ」の実現に向けて、これからの活動がますますは発展していくことを大いに期待しています。</p> <p>第三者評価も 3 年毎に事業所を変えて受診されており、改善に努めています。</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>以下、今回の評価で気がついたことを記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・介護サービスを受けている期間中、利用者の状態やご本人・ご家族のニーズにより、必要とされるサービス内容も変動していきます。アセスメントを実施することで、必要に応じてケアプランの変更もあると考えます。</li></ul> <p>居宅介護支援では、介護支援専門員は1ヵ月に1回は訪問されてモニタリングを実施されているので、訪問入浴事業でもアセスメントを共有化し、状態の変化の気づきの記録に同じような仕組みで活用されてはいかがでしょうか。</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                    | 2671800015                       |
| 事業所名                     | 社会福祉法人 綾部市社会福祉協議会<br>(訪問入浴介護事業所) |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 訪問入浴介護                           |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) | 訪問介護 居宅介護支援                      |
| 訪問調査実施日                  | 令和4年4月14日                        |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>京都福祉ネットワーク 一期一会     |

| 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) 綾部社会福祉協議会としての「私たちの理念」と事業ごとの理念と方針が明文化されており、職員には毎月の定例研修会で理念の唱和や方針の周知を図っている。利用者や家族には契約時に説明をしている。<br>2) 年3、4回の理事会には事務局長も出席し、重要案件の決定を行っている。職員の業務改善奨励要領を設け、職員の意見が反映できる体制になっている。事務決裁規定で職務の権限を明確にしている。   |      |      |       |
| <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) 発展強化計画（2020-2024）を策定し、単年度事業計画と目標を設定している。毎月の定例研修会で目標の進捗を確認している。<br>4) 綾部市社会福祉協議会の事業体制として4つの部門があり、その中の生活支援部門において介護事業など多様な生活支援サービスを提供されており、組織体制が明確にされている。介護サービス事業ごとに課題を設定し、法人全体として課題の達成に取り組んでいる。  |      |      |       |
| <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    | 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)        |     | 5) 法令は毎年見直し、役員・職員向けのグループウェアや「月刊社協NEWS」等で周知を図っている。すぐ調べられるようにDVDを作って事業所ごとに配布している。<br>6) 「事務局設置規定」に基づき、役割と責任を文書化している。運営方針の進捗は定例研修会に総括管理者が毎月出席して、職員と意見交換をしながら確認をしている。<br>7) 事務局長・総括管理者は、常に携帯電話を所持し、いつでも連絡がとれる体制である。事業の実施状況は、事務局連絡調整会議や定例研修会で確認している。 |      |      |       |

| 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>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。  | A    | A    |       |
|                     | (評価機関コメント)    |     | 8) 資格取得支援規定で人事管理に関する方針が確立しており、資格取得を奨励している。きょうと福祉人材育成認証事業所として認証を受けている。<br>9) 職員研修要領、職員研修計画に基づき研修を実施している。法人内に教育指導者を位置付けてスーパービジョン体制を構築している。新人職員には「1日の振り返りシート」を活用し、質問や業務内容の確認をしている。<br>10) 社会福祉実習受入規定に基づき、積極的に実習生を受け入れている。実習指導者には効果的な実習を進めるための研修を行っている。 |      |      |       |
| <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) 育児休業、介護休業に関する規定を設けて運用している。時間単位での年休取得もある。職員の労働環境については、移動補助具「ラクラックス」など、負担軽減の工夫や配慮をしている。<br>12) 労働安全衛生管理計画に基づき実施している。セクハラ、パワハラに関する規定も設定している。職員面談を年に1回、または状況に応じて随時実施し、事務局長や総括管理者は、職員の思いを聞く機会を設けている。職員互助会で積み立てして福利厚生を行っている。                          |      |      |       |
| <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。  | A    | A    |       |
|                     | (評価機関コメント)    |     | 13) 「あやべの社協」の配布やホームページなどで情報発信している。日常的に地域との交流はあり、社会福祉協議会の玄関に地域の方の野菜販売などしたり、交流スペースの活用をしている。<br>14) 職員が講師となり、学校の福祉教育における指導や、利用サービス中でも地域の方からの相談や問い合わせもあり情報提供をしている。地域ニーズを把握する取り組みや地域住民が主体的に活動できるサポートを積極的に実施している。   |      |      |       |

| 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>   |                   |     |  |      |      |       |
| <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て情報提供をしている。内容をイメージしやすいように写真入りの資料を独自で作成して説明している。また「お試し入浴」を随時受け付けている。  |      |      |       |
| <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) 契約時に重要事項説明書により説明し、同意も得ている。判断能力が難しい方には、法人内の「あやべ生活サポートセンター」による権利擁護の支援に繋げるようにしている。  |      |      |       |
| <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    | B    |       |
|                         | 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)        |     | 17) 利用者一人一人の心身の状況や生活状況を踏まえた上での初回アセスメントは実施されていたが、適宜見直しを行ったアセスメントが見当たらず、聞き取りにおいても確認できなかった。<br>18) サービス担当者会議に参加し、本人と家族の意向を確認の上、訪問入浴介護計画を作成し同意を得ている。<br>19) 主治医による「入浴可否意見書」を確認の上、訪問入浴を実施し、様子などを書面で返している。また「京あんしんネット」を活用している。<br>20) 訪問入浴介護計画書は、居宅介護支援計画を踏まえて作成している。サービスの変更が必要な時は、介護支援専門員と連絡を取り、計画の見直しをしている。  |      |      |       |
| <b>(4) 関係者との連携</b>      |                   |     |  |      |      |       |
|                         | 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) 「京あんしんネット」を使って医師、多職種の関係機関と迅速に連携ができる仕組みとなっている。顔の見える関係を重視しサービス担当者会議や退院前カンファレンスにも積極的に参加している。急変時には家族、介護支援専門員から医師、訪問看護へとスムーズに連携、対応できる仕組みを構築している。  |      |      |       |
| <b>(5) サービスの提供</b>      |                   |     |  |      |      |       |
|                         | 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、スタッフに活用されている。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)        |     | 22) サービスの標準的な実施方法を定めた業務マニュアルを設置し、年一回見直ししている。見直しは定例研修会やサービス向上部会で検証した内容を踏まえて行われ、マニュアルは職員の共通理解が可能な実用的な内容となっている。<br>23) 利用者の状況、サービス提供状況は定められた個別ファイルに記録され、記録の管理は文書管理規定に則って厳密に行われている。新規採用時研修や定例研修を行い、個人情報保護、情報開示について職員への周知徹底を図っている。<br>24) 利用者の情報は、毎朝のミーティング、職員用連絡ノートにて職員全員に伝達できる仕組みである。更に定例研修会での身体状況の伝達、確認を実施、参加できなかった職員には議事録と口頭での補足にて伝達、共有している。<br>25) 毎回訪問時家族に声掛けし、サービス提供前に本人の体調変化等聞き取り、サービス提供後は状況報告と家族からの相談やこちらからのアドバイス等を行い、家族不在の場合はサービス記録表や連絡ノートにて記録を残している。 |      |      |       |

(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) |    | 26) 感染症対策マニュアルを設置し研修にて職員に周知している。コロナウイルス感染症はこのマニュアルを基本として新しい情報を確認し更新している。<br>27) 建物の構造上、外部委託と職員による清掃を行っている。いずれの場合も点検表を設置し清潔、整理整頓を徹底している。特にコロナウイルス感染を意識して入浴車両、事務所の消毒を徹底し、常に換気している。 |   |   |

(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 |
|            | 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、年に一回以上、必要な研修または訓練が行われている。  | A | A |
| (評価機関コメント) |    | 28) 事故緊急時対応マニュアルを設置し、定例研修会にて周知している。入浴車には、指揮命令系統を明記した緊急連絡表と、交通事故対応を含む事故発生時対応マニュアルを設置している。<br>29) 事故・小事故とヒヤリハットを各々記録に残し総括管理者、事務局長、会長に報告書として挙げている。更に定例研修会・サービス向上部会にも挙げ、第三者委員も含めて分析検討して結果を周知し再発防止を行っている。<br>30) 消防計画書、非常災害計画書を作成し災害時の方針と実際の対応、対策について記載、研修にて周知している。消火訓練、避難訓練を年一回実施する他、年に一度防災の日に市の防災訓練に合わせて職員の安否確認訓練も行った。その他備蓄や災害時における入浴支援を行っている。 |   |   |

| 大項目                     | 中項目                   | 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) 「私たちの理念」に人間の尊厳保持を明記し週一回朝礼で唱和している。実際のサービス提供で好みの温度や入り方等利用者の好みを尊重し、入浴中同じ視線を意識する等工夫している。定例研修で身体拘束、虐待防止について研修し、虐待の外部研修にも参加している。</p> <p>32) プライバシーポリシーを定め研修で理解と周知をしている。入浴中は独自に考案した隙間カーテンを使ったりタオルで体を覆う他カーテンや戸を閉める等配慮している。必要に応じての写真掲載はその都度本人の同意を取っている。</p> <p>33) 「どんな状態の人でも断らない」を基本に受け入れているが日時やスタッフの配置で不可能な場合がある。その場合は理由を説明し他の方法を情報提供している。市外の方も利用可能だが交通費がかかる旨申し込み時に説明している。</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）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立てている。   | B    | 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てている。   | 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) 苦情相談窓口や受付担当者、受付責任者等を事業所内に掲示し重要事項説明書にしている。サービス提供時が利用者や家族との相談面接の機会であり相談しやすいよう声掛けをしている。年一回訪問入浴利用者アンケートを実施する他ご意見箱を設置している。</p> <p>35) 組織として迅速な対応の仕組みを定めた「社協苦情解決システムの概要」を設置している。利用者の意向は朝のミーティングで職員間で共有し改善への取り組みに繋げている。苦情の内容はその対応と共に掲示し公開している。</p> <p>36) 事業所関係者以外の第三者委員を設置し、公的機関の相談窓口と共に掲示、重要事項説明書にも記載し契約時に説明している。</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) 年一回訪問入浴利用者アンケートを実施、結果を定例研修会検討、共有している。さらにサービス向上部会で検討を重ね、課題を次年度の事業計画に挙げることで、サービスの質がどのように改善されたかを確認している。</p> <p>38) 定例研修会で毎月サービスの質の向上について検討し、実施した取り組みは管理者ミーティングや事務局連絡調整会議で検証、結果を定例研修会で報告し職員への周知は会議録のコピーに補足を加え配布している。法人内介護保険等事業経営管理委員会や第三者委員会等で外部の意見を収集し検討している。</p> <p>39) 展開計画書にて自己評価を行い、部門別実施計画にて半年に一度まとめと評価を実施、明らかになった課題を事業計画に反映させている。第三者評価を三年に一度以上受診している。</p>            |      |       |  |