

# アドバイス・レポート

平成28年5月12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**

平成27年12月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（荒木クリニック通所リハビリセンター）につきまして、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><b>1、地域への貢献</b>                  医療法人 荒木クリニックケアセンターは医療部門と介護部門を一体化した運営で、医療をコラボした介護事業を展開されています。介護部門では通所リハビリテーション・訪問リハビリ・訪問介護・通所介護等々の事業に取り組み、地域の高齢者の支援や国民病と提唱のある糖尿病患者の「さつきの会」でも住民の健康管理に貢献されています。「通所リハビリテーション」は、在宅生活の継続を目標に心身機能の維持・改善を目指し、個別リハビリで需要の高い機能訓練と物理療法を多職種の職員が一丸となって提供すると共に、家族の負担軽減に努めています。現在90歳を超える利用者は10年以上利用されていたり、99歳で独居の方は黒々とした髪の毛もご自宅で自分で染めておられる等、通所リハビリで身体の調整をしながら自宅では自分の生活を守り、地域で支えられている底力・パワーの大きさを感じました。夏休みのラジオ体操の場として事業所の駐車場を提供したり、事業所「秋祭り」の模擬店では出し物や健康相談・介護相談を催して、多くの地域住民の参加がある等、地域交流と貢献に努められています。</p> <p><b>2、組織体制（会議や委員会の位置づけ役割分担の明確化）</b>                  医療法人 荒木クリニックの組織図で各事業所の位置付けを明確にしています。組織として利用者本位のサービスの提供を重んじ業務運営連絡会議・経営会議→主任会議→管理者会議で、現場職員から経営責任者まで双方向での協議・決定を行い必要時には職員会議や朝・夕のミーティングで報告を行い組織全体の透明性を確保しています。安全管理委員会・抑制廃止委員会・感染症委員会・給食委員会・親睦委員会・物品管理委員会・糖尿病委員会は各部署・全職種の職員で構成しています。各委員会に権限を委譲して役割分担の明確化を図り、定例会議で事業の検討・実施・研修が適時・的確に行われています。</p> <p><b>3、災害発生時の対応</b>                  消防計画・防災マニュアル・緊急連絡網・指示命令系統を明確にされています。年2回消防署立ち合いで避難訓練・初期消火・緊急通報等訓練をしています。自然災害発生時の対応マニュアルは自治会・民生委員のリストやハザードマップ等地域との連携を意識して作成しています。利用者緊急連絡先一覧に利用者自宅付近の状況も記載し、安否確認で洪水の時や大雪時には独居の利用者宅を訪ね避難や除雪をおこなっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>1、業務レベルにおける課題設定（通番4）</b>                  多職種が協同で行う事業所として、業務部門での課題の明確化が望まれます。各事業所毎に課題の設定に取り組みられていますが、各職種部門ごとの課題の設定には至っていませんでした。</p> <p><b>2、第三者への相談機会の確保（通番36）</b>                  重要事項説明書に相談や苦情の窓口として担当者を明確にし、公的機関の窓口も明記して利用時に家族・利用者に説明していますが、第三者の相談の窓口を設置されていませんでした。施設内にも苦情相談窓口を掲示していますが、第三者の相談窓口の明記は見られませんでした。</p> <p><b>3、自己評価の実施と課題の明確化（通番39）</b>                  自己評価は現在事業所が提供しているサービスの実施の手ごたえを確認する手段になりますが、自己評価の定期的な実施はされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1、各業務レベルにおける課題の設定</b>                  各業務レベルとは、医療・介護・看護・リハビリ・事務・管理部門等の職種別を意味しそれぞれに課題を設定しその課題について具体的な取り組みの計画を策定する事とその達成状況の定期的な確認や必要に応じて見直す等の対応も必要になります。</p> <p><b>2、第三者の相談機会の確保</b>                  「事業所関係者以外の第三者」とは利用者と事業所以外の第三者として、利用者からの相談や苦情を聴く相談窓口の一つとして設置が望まれます。</p> <p><b>3、自己評価の実践と課題の明確化</b>                  現在提供しているサービスの質を評価し確認するには自己評価を定期的な実施すると共に、評価に基づいて課題の明確化を図られる事をお勧めします。</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。

## 評価結果対比シート

事業所番号	2612701751
事業所名	荒木クリニック 通所リハビリセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
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	平成28年3月29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>						
(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 医療法人荒木クリニックの基本理念を「・求められる医療・歩み寄る介護・支える看護」と明確化し、運営方針を定め、パンフレットやホームページに明記し、医療度の高い方を受け入れ、個々の利用者の状態と気持ちに寄り添った実践をしている。職員には朝礼やミーティング時に唱和・名札裏面に記載・職員用トイレや休憩室等への掲示で周知・啓発を図っている。利用者が見易い高さで施設内の2ヶ所の通路に掲示し、パンフレットはクリニックの外来にも置き地域のの人に見てもらえるようにしている。 2 運営規程に職位・職責を明記し組織図からも組織体制が確認できる。月1回開催のミーティングでの職員意見の吸い上げチャーフ以上が参加する業務運営連絡会→主任以上の経営企画会議→理事会の流れを明確にし協議決定する組織の透明性が図られている(各会議録で確認)。各委員会組織と日々の業務はリーダーを決め、業務についての権限を委譲する事を管理基準で明確にしている。		
(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	B
	(評価機関コメント)			3 法人の中・長期計画を受け、事業所の中・長期計画を作成し目標を設定している。単年度の事業計画は法人の全体目標が年度末に決まりそれに基づいて、事業所の年間目標「新たな知識を身につける」「礼儀正しい対応」「言葉遣いを丁寧に」を明確にしている。事業計画の作成に当たっては地域の情報(高齢化率・在宅高齢者・独居高齢者等)を把握し、利用者アンケートの意見も踏まえ、前年度実績を分析し作成している。中・長期目標は定期的に進捗状況について振り返りを行っている。 4 各事業所ごとに課題の設定に取り組んでいるが、7つの異なる職種が協同で行う事業所として、各職種ごとの課題を設定しより専門性を高めた取り組みとされる事を期待する。		
(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	B
	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 管理者は経営企画会議への参加で法令関係の情報を収集しミーティングで職員に周知している。法令遵守の法人内研修には全職員が参加し学んでいる。迅速に情報が取り出せるようリスト化したファイルを棚に置き何時でも閲覧出来る様にしている。 6 運営管理者の役割と責任は組織体制表と管理基準に明記し管理者会議やミーティングの中で理事長は方針や今後の方向性について職員に表明している。管理者も勉強会の担当の時に職員に表明している。管理者は運営方針を決める主任会議・管理者会議に参画しミーティングで収集した意見を反映し協議をしている。管理者の言動が職員から信頼を得ているかは把握する方法を持っていない。職員による管理者評価の検討を期待する。 7 管理者は常時携帯電話を持ち連絡が取れるようにしている。又、業務日報や申し送りノートで常に状況を把握し確認している。緊急時や事故発生時に管理者不在の時はチャーフやリーダーが代行し管理者・事務長に報告をしている。		

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 人材・人員体制に関する管理・整備は管理基準に定め、採用や異動に関しては、管理者会議で協議・決定している。採用基準は福祉・医療に関わる有資格者や実務経験者を優先し、無資格者には経年後、市が定める資格取得支援制度を活用し質の高い人材育成に努めている。資格取得者は支給号俵が上がりモチベーションを高めている。 9 業務運営連絡会において年間の必修院内研修計画を作成し原則全員参加とし欠席者には伝達研修をしている。階層別研修(新人・中堅・管理者、主任、)にも対応している。外部研修は情報提供し積極的に受講を勧め、希望者には勤務調整や交通費・参加費等を支援している。職員の「気づき」を促す方法としては、「危険予知トレーニングを行い危険箇所を気づけるようにしている。事業所で2ヶ月に1回互いに学び合う勉強会やプリセプター制度を活用している。 10 実習生受け入れマニュアルが作成され、基本姿勢が明示されている。毎年2ヶ月間の言語聴覚士実習の場を積極的に提供している。実習指導者の研修は言語聴覚士会の臨床実習マニュアルに沿って行っている。		
<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・超過勤務等に関しては事務長が把握・データ管理をしている。面接やミーティングで職員の意向を把握し主任会議で検討して有給休暇取得が偏らないよう対応している。管理職が時間になったら帰る手本を見せている。育児・介護休暇は就業規則に明記され現在も2名が取得している。職員の身体面の負担軽減のため、スライディングシートやボードを活用している。 12 職員の業務上の悩みやメンタル面の相談はメンタルヘルスに関する内規を整備し産業医(理事長)に相談できる体制が整っており、外部専門医を紹介する体制もある。誰にも知られずに外部専門医に相談・診察に行けるように電話番号などの情報を職員に配布したり、休憩室などに掲示されては如何でしょうか。福利厚生に関する規定も整備し親睦委員が計画、花見や忘年会・新年頑張ろう会・バーベキュー等たくさんのお楽しみを用意し家族と参加出来る催しもある。就業規則にハラスメントに関して明文化し、ストレスチェックを推進している。休憩室は和室に座卓・テーブルと椅子が設置してある部屋があり各々に寛いで休憩が取れている。休憩時間にリハビリ室のマッサージ器具等を腰痛や肩こり等の回復に利用している。		
<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 ホームページは定期的に更新し、パンフレットや広報誌「あらかき愛だより」は事業所玄関やクリニックの外来・地域の包括支援センターに置き、利用者には広報誌を配布している。市が作成している「認知症相談ガイドブック」「高齢者の保健」「福祉サービス利用の手引」等を玄関に置き情報提供している。利用者と地域住民が参加出来る「秋祭り」の開催・近隣の障害者福祉施設で行われる秋祭りへの参加・夏休みのラジオ体操に駐車場を開放・地域のクリーンキャンペーンに職員が参加する等、積極的な地域との関わりに取り組んでいる。 14 年2回糖尿病患者「さつきの会」を開催。「秋祭り」では地域住民の健康相談や健康チェック等で地域の保険・医療・介護等の相談や地域包括センターと協働で認知症サポーター養成講座を開催し、事業所が有する機能を地域に還元し、介護・医療・福祉ニーズの把握に努めている、		

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等で事業所情報を発信し、事業所内にも掲示している。問い合わせや見学等は随時受け入れ、施設見学記録を作成している。			
(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、利用者によ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 新規受け入れ対応マニュアルに基づき、利用開始時には重要事項説明書を用いてサービスの利用料金・支払方法・苦情相談窓口・サービスのキャンセル・契約停止等や保険外サービスについても利用者・家族に説明し同意の署名・捺印を貰っている。成年後見人制度・権利擁護事業についても推進している。			
(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)		17 事前面談で利用者や家族等から心身の状況や生活状況等を聞き取り「サービス利用調書」を作成し、契約時にサービスに対する意向や要望等を「利用者状況表」に記載、同時に状況調書の項目のチェックとアセスメントをしている。複写で初期計画（利用原案）を作成し1部を自宅にわたしている。初期計画策定後は2週間～1ヶ月間の様子観察を生活記録に残している。この間に担当職員は医療情報を踏まえ・看護師・介護士・訓練士とのカンファレンスで課題分析してアセスメントと初期計画の見直しをしている。アセスメントは利用者の変化や生活課題を引出し目標を設定している。 18 サービス担当者会議で利用者や家族の意向等を聞き取り、利用者・家族の意向を尊重した上で目標を設定した個別援助計画を作成し家族の同意を得ている。 19 個別援助計画の策定に当たっては、主治医（荒木理事長以外の場合は診療情報提供書を貰い）・理学療法士・言語聴覚療法士・看護師・介護士等専門職がカンファレンスで情報や意見交換を行い計画に反映させている。個別援助計画に沿ってリハビリテーション計画を立案している。 20 個別援助計画を見直す基準はマニュアルに定め、必要に応じて見直している。モニタリングは毎月実施し3ヶ月に一度リハビリテーションモニタリング兼カンファレンス用紙にて多職種協働でアセスメントを行い、目標達成状況を確認し計画の見直しを行っている。			
(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)		21 モニタリング兼カンファレンス時には主治医・看護職・PT・介護職が参加し意見交換が出来る。緊急時連絡先の一覧表を作成し各利用者のケアマネジャー・キーパーソン・主治医などを一目で分かるように記載している。他事業所や関係機関のリストを作成している。各居宅介護事業所には毎月のモニタリングを提出し連携を取っている。利用者の入退院時カンファレンスには可能な限り出席し情報を得ている。			

## (5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	22	22 2、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)		22 業務マニュアルを作成しファイルして職員が何時でも閲覧できる棚に設置している。事業所の勉強会で実務研修をとりいれて、マニュアルに沿った介護が出来ているかの確認をしている。マニュアルは定期的には毎年4月のミーティングで見直しを行っている。見直しに当たっては苦情や利用者アンケート等の分析や事故防止等の具体策等も反映させ必要に応じて見直ししている。 23 一人ひとりのサービス提供状況は1日の生活の流れと介護計画中に基づくサービスの実施記録が同一ページで確認出来る様工夫している。利用者毎に記録等の書類を保管し管理している。個人記録の管理・廃棄は個人情報保護規定を遵守している。職員に対しても採用時の個人情報保護に関する誓約書の取り交わしに加え、必修研修として位置付け周知している。保管などは管理業務マニュアルに定めている。 24 朝のミーティングで申し送りノートの記録や利用者の状況変化・サービスの統一事項の確認を図り、統一事項は検温表に記載して必ず目に触れるようにしている。申し送りノートは全職員が確認サインして情報の共有を夕のミーティングでも行っている。3ヶ月に一度リハビリテーションカンファレンスを開催し変更点があった場合には申し送りノートに記載し、情報を共有している。 25 家族には送迎時や連絡ノートにサービス提供時の状況を記載し報告している。バイタルチェック項目で変化の有った場合や必要な処置を行った時は看護師より直接電話連絡をしている。		

## (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・予防マニュアル」を作成し感染症委員会が計画する年2回の必須研修を行い全職員への周知徹底を図っている。感染症委員会は最新情報を入手し年1回マニュアルを見直し更新している。感染している利用者はケアマネジャーから訪問看護事業所に連絡をして対応している。 27 事業所内清掃はチェックリストに沿って職員全員でおこない、食堂・トイレ・浴室等も環境衛生に努めている。備品台帳により備品の破損箇所を医療安全委員会が定期的にチェックし物品なども整理整頓されている。		

## (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。	A	A
(評価機関コメント)		28 緊急時のマニュアルを作成し、緊急連絡網は事務所に張り出し、事故や緊急時は速やかに管理者等に連絡・報告する体制を整備している。事故発生時・緊急時訓練にも参加し机上研修と緊急時通報やAEDの使用方法について実技研修を行っている。 29 事故発生を想定したマニュアルを作成し、発生時は速やかに家族等に報告し、事故報告書を作成して保険者に報告を行っている。医療安全委員会にて報告書・ヒヤリハット・アクシデントレポートを基に原因の分析を行い、解決策・再発防止策を検討し各部署に伝達後マニュアルの見直しを行っている。 30 防災マニュアル・緊急連絡網・指示命令系統を明確にし作成されている。年2回消防署立ち合いの基、避難訓練は初期消火・緊急時通報訓練をしている。自然災害発生時の対応マニュアルは自治会・民生委員リストやハザードマップ等地域との連携を意識して作成している。利用者緊急連絡先一覧に利用者自宅付近の状況も記載し安否確認と大雪マニュアルを作成し大雪時には独居の利用者宅の除雪に行っている。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
(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)		31 運営方針(6)で「サービスの提供に当たっては、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の提供に努める…」と明記し、利用者本位のサービスの提供に取り組んでいる。日々のサービスが利用者を尊重したもものになっているかを利用者アンケートや複数の職員が関わる事で意見を言い易くしている。身体拘束・高齢者虐待・認知症ケア等の研修を行い、職員の意識強化を図っている。 32 プライバシー保護は年1回の必修研修で、事例検討や模擬体験も含めて学び職員に意識付けている。おむつ交換時はカーテンやパーテーションを使用したり、相談援助業務時は別室相談室で対応する等羞恥心やプライバシーへの配慮に努めている。 33 運営規程第9条に提供拒否の禁止と提供困難時の対応で基準を記載し、介護保険の原則に基づき公平・公正に受け入れている。要支援の方や定員枠外の申し込み者は他の事業所等を紹介している。			
(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。	B	B	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの向上	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	B	
	(評価機関コメント)		34 意見箱や利用者アンケート等は無記名で利用者・家族からの意見が言い易い様になっている。又、送迎時や連絡ノートを活用し意向の把握に努めている。利用者アンケートの結果や苦情には業務運営連絡会議を開催しサービス改善の機会ととらえている。個別の相談面接や利用者懇談会は定期的に開催していない。 35 意見や要望は苦情処理記録に記載し業務運営連絡会議で検討して主任会議・管理者会議に議題として、他部署職員と共有している。統括主任・事務長にも報告し迅速な対応をモットーにサービスの向上に反映させている。利用者アンケートの結果は対象者に回答すると共に、クリニックへの掲示や冊子にして公開している。 36 重要事項説明書に相談や苦情の窓口として担当者や公的機関も明記し、利用時に家族・利用者に説明すると共に施設内にも掲示している。第三者としての相談窓口は設置できていない。市の介護相談員の訪問を受け利用者の相談機会を確保している。			
(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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		37 利用者満足度調査は毎年実施し、主任会議を担当部署とし分析・検討を行っている。アンケートで「言葉遣い」に対しての意見があり、接遇の必須研修を計画し、28年度の部署目標の一つに「言葉遣いを丁寧に」を掲げ改善に努めている。 38 月1回の主任会議や各種委員会を開催し、議事録を回覧、ミーティングで報告し周知している。又、ミーティングで収集した意見を再度主任会議・委員会へ持ち寄り検討し、今年度は事業所目標としている。通所系事業所連絡会に参加し他事業所と意見交換をする等、情報交換をしている。 39 今回の自己評価はサービス評価委員会を担当部署として適正な自己評価であるか検討をして合意の上で続けている。第三者評価の結果を踏まえ委員会で検討していきたいとされている、サービスの質の向上の為に定期的な自己評価は実施出来ていない、第三者評価は初受診である。			