

## アドバイス・レポート

平成28年10月25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28年8月29日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（西澤内科医院 通所リハビリテーション）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>医療法人西澤内科医院は、理学診療科(リハビリテーション科)と内科(循環器を主とした内科全般)を2本柱として昭和57年に開業されました。慢性の内科疾患と共に腰や膝が痛いなどの慢性的な整形外科疾患を併せ持つ高齢者の方が増える中、平成10年に通所リハビリテーションを開設し、介護保険制度の開始と同時に介護施設としての指定を受けました。生活レベルをより良くする身体的なリハビリに加えて精神的な援助も心掛けていて、家庭的雰囲気ですアットホームな事業所として利用者の会話や笑い声の絶えない支援に努めています。院長や職員の細やかな対応で利用者や家族の信頼を得ています。(利用者アンケートで確認)</p> <p>(1) 組織体制</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療法人 西澤内科医院は理事長兼院長をトップに、医院としての診療部と介護部門である在宅部で構成され、診療部は3科を、在宅部は3事業所をそれぞれ有し各科及び各事業所に担当責任者を配しています。</li> <li>・法人としての意志決定は、理事長及び6名の担当責任者によって構成される運営会議で行われる仕組みになっています。</li> <li>・各事業所の運営上の意志決定は担当責任者に任せられ、重要な事項は直ちに理事長(院長)の指示を仰ぐ体制になっていて、意志決定の透明性と迅速性が確保されています。</li> </ul> <p>(2) 衛生管理等利用者の居心地支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・限られた空間の中で、介護関係のテーブルや椅子などの什器備品、リハビリテーション関係の運動機器類、さらに事業所オフィスとしての機能などが上手に配置され、整理・整頓に工夫がみられます。</li> <li>・事業所内や浴室・トイレなどの清掃は職員・スタッフが交代で実施し、臭気対策・衛生管理が徹底され、快適な施設環境になっていました。</li> <li>・一人ひとりの利用者に合わせて手づくりの足置きがあり、利用者はそれぞれ良い姿勢でリラックスして過ごされていました。</li> </ul> <p>(3) ケアプランと通所リハビリ実施計画書の整合性</p> <p>居宅ケアプランに書かれている内容に沿って通所リハビリテーションでの重点実施項目を掲げ、忠実にそれを実践されています。例えばリハビリ内容を「A. 歩行練習」「B. 関節可動域訓練」「C. 移乗動作」といったように項目別に分け、利用日ごとに各項目の実施状況を丁寧に記録しています。サービスの実施状況とモニタリングを居宅介護支援事業所に送付し、ケアマネージャーと協議・連携した上でケアプランと密接に連動した通所リハビリテーション計画が作成されています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>（１）通番３ 単年度事業計画について  ・中・長期計画と共に毎年振り返って年度毎の事業報告をされています。しかし単年度計画は抽象的で実践したい事が具体的に記載されていず、一部業務手順書のような記述も見られます。</p> <p>（２）通番５・２２ 関係法令のリスト化・各種マニュアルの見直し  ・介護保険法やその他事業を運営していく上で必要な関係法令を直ぐに調べられる体制での業務の遂行が望まれます。  ・各種マニュアル類は事業所の今迄の経験を生かして随時見直されるようお勧めします。</p> <p>（３）通番９ 継続的な研修  ・研修計画は定められていますが、階層別・キャリア別の研修プログラムは計画されていませんでした。</p> <p>（４）通番１０ 実習生受け入れについて  ・実習生の受け入れに関する基本姿勢が明文化されていず、実習生の受け入れも出来ていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>在宅医療と通所リハビリテーションという双方の相乗効果により、利用者は絶大な信頼を寄せて当リハビリテーションに通われています。母体である医院では在宅高齢者等への往診もされており、将来的に状態の悪化が見られても安心して慣れた医師の診察を受けられることは地域に暮らす高齢者の方の大きな心のよりどころとなっています。職員全員で考えた法人の理念に則りさらに良い介護を目指そうという職員の前向きな姿勢が利用者の笑顔にも反映されています。しかし良質な介護とは別に書類面で一部記録の不備が見受けられたり、マニュアル類の備えが不十分であったりするのが残念です。良い介護を裏付ける証として以下に留意して今後に臨まれるよう期待します。</p> <p>（１）単年度事業計画の記載について  平成27年度事業計画の重点目標は「①チームアプローチ②認知症予防・改善及び運動による機能改善③利用者の尊厳を守る」の3点ですが、その実現に向けた具体的な取り組みが示されていません。それに対して事業報告書では「①新規利用者開拓②稼働率アップ③職員の安定確保④業務改善⑤働きやすい職場環境」の5点について、具体的な数値を用いて総括しています。事業計画の重点目標と年度末の事業報告が相互に呼応し連動するような整合性のとれた事業計画書の記載が望まれます。</p> <p>（２）関係法令のリスト化・各種マニュアルの見直し  ・介護保険法に関しては京都市集団指導資料から抜粋して必要事項をファイルしていますが、他の関係法令についてはリスト化などの整備がなされていませんでした。職員が業務をする中で疑問に思った事や法的な裏付けを探そうとした時に直ぐに調べられる体制が必要かと思えます。遵守すべき法令は、職員も理解しておく必要があるという視点で、直ぐに調べられる体制を整えられることを期待します。  ・業務マニュアル類は入浴・送迎などサービスの種別ごとにそれぞれ整備されていますが、これらを見直された記録がありません。苦情や事故報告・満足度調査等を反映した見直しを期待すると共に、見直した期日の明記をお勧めします。</p> <p>（３）継続的な研修  ・職員の職種や経験年数に応じて、採用時研修・フォローアップ研修等を実施して段階的・継続的に必要な知識や技能を身につけることが求められます。OJT・外部研修も含めて個々のレベルに合わせた体系的な研修計画のもと、職員全体の学習機会を増やし、やる気のある職員の向上心が満たされるような職場づくりを期待します。</p> <p>（４）実習生の受け入れについて  ・次世代の人材育成の為、社会的責務の一つとして、受け入れる基本姿勢を明文化し受け入れ方法などのマニュアルを整備され、養成校や近隣の中学校など受け入れ姿勢を伝え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。

(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	2610405322
事業所名	西澤内科医院 通所リハビリテーション
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9月23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。	B	B
	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。	B	A
	(評価機関コメント)			1. 事業所の理念「安心、ゆとりのある介護リハビリテーション」「パーソンセンタードケアの実施」「利用者様とご家族、地域社会とのふれあいが出来る施設作りに努めます」は職員が意見を出し合い策定して、日々実践に努めている。理念・運営方針はリビングに掲示しているが、位置が高く字が小さく見えにくいので工夫が求められる。パンフレットにも理念を掲載する等で、利用者・地域への周知の工夫も期待する。 2. 理事会⇄代表者ミーティング⇄デイケアミーティング・業務改善会議を開催して、各事業所の責任者は理事会以外の会議に出席し職員の意見を反映させたり、理事長の意見等を含め伝達するなど、組織の風通しがよく透明性が確保されている。職員はそれぞれの職務に応じて権限を委譲され責任を持って業務を遂行している。		
<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。	B	B
	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。	C	B
	(評価機関コメント)			3. 事業計画は単年度・中期・長期で各々作成されているが、単年度計画は抽象的で具体的な実践目標が見えにくい。法律改正・利用者の要望・実施する介護サービスの内容などの現状分析を行い年度末の総括で課題を出している。そして課題を改善点に結び付ける考察は出しているが、職員間での共有が出来ていない。 4. 役割分担表を作成し理学療法士はリハビリに関する分野を担当、介護職員は行事・研修・誕生日カードなどを担当をしている。一日の流れの中でそれぞれが業務を分担し責任を持って遂行している。担当や業務分担で、課題の達成状況の確認や見直しの記録が求められる。		
<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。	C	B
	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。	B	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。	B	A

		(評価機関コメント)	<p>5. 責任者は京都市の集団指導に参加し最新の介護保険情報を入手している。職員への周知を図るためにファイルを作成しているが、日々の業務に関連した他の関係法令や職員が直ぐに調べられる体制が整備されていないので、今後の課題である。</p> <p>6. 経営責任者はホームページで自らの役割と責任について表明し毎月の全体ミーティングやデイケア会議に参画し表明すると共に職員の意見を聴いている。経営責任者自らの行動が職員から評価される方法は持っていない。</p> <p>7. 経営責任者である病院長は午前中は1階で診察をし、日に2～3回診察の前後に利用者の様子や業務日誌等で実施状況の把握をしている。往診などで不在の場合は携帯電話で連絡が取れ緊急時は報告し指示を仰ぐ体制がとれている。</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。	C	B
		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。	C	B
		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. 有資格者を優先的に採用しているが、無資格者の雇用も積極的にとりいれている。人員配置は基準に沿ってしている。資格取得支援は講習や試験に行きやすいようにシフトを組んで支援をしている。 9. 年間の研修計画は決めているが、階層別、キャリア別の研修は行われていない。下京保健所主催の結核研修や、製薬会社の薬に関する説明会などに参加し、知識を広げ、伝達研修を行っている。終礼時に互いに「気づき」を出し合い、話し合った事を申し送りノートに記入して職員間で共有している。採用時研修にまとめた時間が取れず業務を通じて技能を習得していけるように周囲の職員が新規採用者のフォローをしている。外部研修の情報は入手するが、行けていないのが現状である。 10. 実習生の受け入れに関する基本姿勢は明文化されていず、実習生受け入れの実績もない。		
<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。	B	B
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		11. 休暇はシフトをくむ時に申請すれば希望に応じて取得できる。(職員ヒヤリングで確認)勤務表作成や役割表作成の担当を配置している。介護休暇・育児休暇は就業規則に記載されている。時間外労働はタイムカードにより各自が申請すると手当は支払われている。職員の負担軽減のための介護機器としては車いす・入浴用リフト・階段昇降機・ピックアップ歩行器などがある。(重度の利用者の送迎・移乗・トイレ介助は職員2人体制を取っている。) 12. 職員の悩みや不満は管理者に相談しやすいように日頃からコミュニケーションを図っているが、第三者的な相談場所は確保できていない。年2回ストレスチェックの実施を予定しているがまだ実施されていない。福利厚生・休憩場所の確保などは事業所の課題と捉えており、目下検討中である。ハラスメントに関する規定は就業規則に明記している。		
<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。	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)		13. 事業所開設の動機が、診察の為に来院する患者の高齢化による地域ニーズに対応するため地域との関わりは深い。医院の待合と表通りにある掲示板を利用して地域向けのメッセージやパンフレットを貼り情報を発信しているが、パンフレットに理念や運営方針を載せていない。情報の公表制度による事業所情報は、利用者・地域住民に開示している。 14. 経営責任者による地域向け勉強会「若さを保つ健康管理と生活習慣病の予防」「あらゆる生活習慣病を予防し、健康寿命を伸ばすウォーキングについて」の講演を実施し、地域への啓発活動を展開している。2階のリハビリ室では、アメリカロスアンゼルスから理学療法士を招き、講演と施術をして貰って、地域の方々の好評を博した。地域の介護・医療・福祉ニーズの把握の方法としては、責任者や理学療法士が下京区の事業者連絡会に参加して各業種間での情報交換をしている。		

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>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。	B	A	
	(評価機関コメント)		15. ホームページ・パンフレット・広報誌を医院の受付や掲示板を利用して情報を開示している。見学希望者には随時見学に応じ、体験利用の要望にも対応している。			
<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。	B	B	
	(評価機関コメント)		16. 契約書や契約書別紙及び重要事項説明書に必要な事柄は明記されている。契約時に詳しく説明をして本人あるいは家族や後見人の署名捺印を貰っている。事業所として成年後見人制度に関する理解を深めるような学習や研修が望まれる。			
<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。	B	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。	B	B	
	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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントを実施し利用者の変化に応じて随時変更する用意はあるが、変化の乏しい利用者のアセスメントは古い日付のままになっている。変化がなくても見直して期日の記録や新しい気づきをアセスメント表に追記し、通所リハビリテーション計画書やモニタリングと同様に、定期的な見直しが望まれる。 18. 通所リハビリテーション計画書では本人や家族の希望を書き込む欄が設けられており、ケアプランや家族の希望が確認しやすく、計画の方針が乖離することなく自立支援に向かうような書式になっている。計画書には本人や家族の同意と署名を貰っている。サービス担当者会議には本人や家族が参加している。アセスメントは行っているものの見直した日の確認が出来ないので、最新の通所リハビリテーション計画書と連動しているか否かの見極めが難しい。 19. 計画の作成に当たっては、ケアカンファレンスで医師や看護師・理学療法士の意見書を貰い、母体の医院の患者さんの場合は直接医師や看護師の指示を受け、事業所内の理学療法士にアドバイスを貰いながら作成している。 20. 計画書は3カ月に1回又、必要に応じて見直し本人・家族の同意を得ている。モニタリングは毎月実施して居宅のケアマネージャーに送付している。ケアプランに即した内容で、項目別に丁寧に状況を見極め、プラン継続の要否や変更の必要性を理学療法士と協議しながら判定している。			
<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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 利用者の退院時には、退院前カンファレンスに出席して利用者の状態を把握している。又その際必要に応じて各専門家の助言や入院中のリハビリ方法の確認などをして、スムーズに在宅生活に移行できるように医療と連携している。「すこやか進行中」や利用者に必要な関係機関の一覧を作成している。			

## (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。	C	B
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。	B	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。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルを作成し活用しているが、マニュアルの定期的な見直しは出来ていない、今後の課題である。事故報告書などにもとづいた送迎時のマニュアル作成も期待する。 23. 利用者個別の記録は利用日ごとに計画書に照らして項目別に振り返り、チェックし、更に特記を加えて詳細に記入している。利用者の記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規定は作成されていない。「記録の保護」「個人情報保護」及び「情報開示」に関する研修はプライバシーをテーマとする12月の事業所内研修で実施を予定している。 24. 朝礼・終礼・申し送りノートの活用やメモを貼る事で職員間の情報共有を図っている。定期的にカンファレンスをおこなう仕組みが無く、随時必要に応じておこなっている。 25. 送迎時に家族等と口頭で情報交換をする他、連絡ノートを使用して利用者の様子を家族に知らせている。連絡ノートには、計画書の各項目を意識した項目別の細かい記載がある他、体温・脈拍・血圧などと共にその日の様子なども記入され、家族等の意見の記入欄もあり、相互に連携しやすい書式の工夫がされている。今後は機関誌の発行を考えている。		

## (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。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症の対策及び予防に関する情報は、医師会から適宜得て、常に新しい情報を職員に周知している。感染症マニュアルは整備されているが、見直しには至っていない。インフルエンザ・ノロウイルス等に関しては、手洗い・うがいの徹底で対応している。特に吐しゃ物への対応研修などはしていないが、階下の医院の支援が頼めるようになっている。 27. 事業所内の物品は整頓され、事業所の床やトイレ等は職員が毎日掃除をして、衛生的に管理されている。トイレ当番を決めて勤務表に記入している。		

## (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。	C	B
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。	B	B
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)		28. 事故・緊急時マニュアルは整備されており、緊急時連絡体制の連絡網もあるが、実践的な訓練は行われていない。指揮命令系統が適正に機能し、的確に情報を伝えられるように指導がされている。医療事故に関しては、医師が階下の医院に常駐しているので、指示が仰ぎやすく、職員も落ち着いて行動出来る事をヒヤリングで確認した。 29. 事故発生時はマニュアルに沿って適切に対応し、事故報告書により緊急時対応や原因分析をしている。事故報告書を職員に回覧しているが、情報の共有を確認する為にも確認印が求められる。事故報告書に関しては誰が何時家族等に連絡を入れたかの記録もされたい。ヒヤリハット事例を記録する事で、事故防止の大きなヒントとなり得る貴重な気づきとなるので、こまめに収集・記録される事を期待する。 30. 災害発生時のマニュアルが整備され、毎年消防訓練を実施するとともに地域の防災訓練に参加している。今後は地域との連携を意識した防災マニュアル作りを期待する。		

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>						
<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。	B	B	
	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。	B	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>31. 事業所の運営方針2において「利用者の意思及び人権を尊重し」と謳っており、事業所理念2では「利用者様の視点や立場に立ってその人を理解し」と掲げて事業所内に貼りだし人権尊重の実践に努めている。一人ひとりの利用者に合わせて足置きを手づくりする等、良い姿勢を保ってリラックスして過ごせるように利用者の事を大切にしている。日常業務内でも職員で話し合いながら、利用者の尊厳に配慮したサービスの工夫をしている。身体拘束・高齢者虐待の研修が不十分である。</p> <p>32. プライバシーに関する研修はこの12月に予定している。終礼などでも「カルテの保管場所や利用者の名前を書いたボードはカーテンで見えなくする」等プライバシーの問題を取り上げている。利用契約時に個人情報の取り扱いに関する同意は貰っているが、肖像権に関する同意も得られる事をお勧めする。入浴時の脱衣所内は、カーテンの仕切りをして入浴者同士が顔を見合わせない工夫をしているが、入浴やトイレの扉の開閉の際、周囲から中の様子が見えるので何らかの工夫が求められる。</p> <p>33. 今までにサービス利用を断った例は送迎区域外一件で、基本的には申し込みを受け入れている。体験利用で最終的には本人に決めて貰っている。</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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. どの職員にでも相談できる様に利用者には積極的に声かけをすると共に、家族からは送迎時に顔を見て要望・苦情を聴いたり、連絡ノートに記入してもらう等で意見収集をしている。必要な情報は終礼や申し送りノートで共有し、改善策を話し合っている。利用者個別面談や懇談会は行っていない。</p> <p>35. 苦情対応マニュアルがあり、苦情がある時は経営責任者に指示を仰いで組織的な対応をし職員で話し合っている。利用者や家族の意見・要望等にも丁寧に対応しているが、記録に残っていないものもあり、記録の充実が望まれる。又、個人情報に配慮しながら公開の仕組みも検討されたい。</p> <p>36. 相談・苦情の体制は重要事項説明書に記載されているが、第三者による苦情相談窓口の設置と事業所内にも掲示するなど相談機会の確保が望まれる。また外部の介護相談員などの受け入れも検討されたい。</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。	C	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。	C	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 利用者や家族の意向を汲みとる満足度調査を本年中に行い、来年度の事業計画・マニュアルの見直しに活かす予定である。サービスの改善をするアンケート内容を検討されている。</p> <p>38. 毎月各部署の代表者による全体ミーティングを開催し、サービスの向上を含めた討議がされている事が会議録により確認された。又臨時の業務改善会議でもサービスの向上に関して検討する機会を持ち、実践に繋げている。下京区事業者連絡会に出席して他の事業所の取り組みを知り情報交換の機会としている。</p> <p>39. 自己評価・第三者評価共に今回が初めてである。自己評価はサービス評価委員会を設置して実施した。評価結果の分析・検討と次年度の事業計画への反映によるPDCAサイクルの実施など、恒常的に取り組まれる事を期待する。</p>			