

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 28 年 12 月 20 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 7 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた洛和会医療介護サービスセンター 帷子ノ辻店につきましては、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>(はじめに)</p> <p>日本最古のお寺といわれる真言宗広隆寺や太秦映画村、東映撮影所が近くにあり、落ち着いた街並みの中に洛和会医療介護サービスセンター帷子ノ辻店がありました。</p> <p>3名の常勤のケアマネさんが勤務する、こじんまりとした居宅介護支援事業所ですが、地域の皆さんとの交流を目的とした少し広めのゆったりした空間がワンフロアの中に確保されていました。</p> <p>2013年3月に営業は開始され、3年8ヶ月経過の比較的新しい事業所ですが、本年10月から新たに昇格された女性管理者を中心に、チームワークの良さを感じさせる事業所です。</p> <p>●通番4 業務レベルにおける課題の設定</p> <p>従来、サービスの質向上並びに運營業務の効率化を狙いとして、法人全体としてISO9001の認証取得を行い、事業運営上の基盤整備を図って来ていました。しかし、27年の秋以降、法人独自の取り組みとして、それまでの基盤を更に発展させるべく、介護事業部の中に「No.1課」を設置し、事業全体を横断的にサポートする仕組みを整えています。これは法人が展開する全ての事業について、地域の中で「No.1」を目指そうというものです。顧客満足度調査や苦情に関する分析を行い、各事業所に課題を指し示し、気付きを促すことにより、各事業所のサービスの質向上につなげようと努力しています。</p> <p>●通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>法人全体として年1回、全職員を対象にした「やりがいアンケート」を実施しています。(アンケート項目21項目) このアンケート項目の中に、部下が上司を評価する項目も含まれています。運営管理者が、自らの行動が職員か</p>
-----------------------------	--

ら信頼を得ているかどうかを把握・見直しをする機会として、又風通しの良い良好な職場風土を形成する上で有効なツールとして機能しています。又、多様な業務を抱える管理者の負担感を少しでも和らげる為の工夫として、「管理者ガイド」を作成しています。これは①業務の流れをつかみましょう。②事業所を見ましょう。③スタッフを見ましょう。④つながりを意識しましょう。という4項目からなり、それぞれの項目ごとに管理者が考えなければならない視点を整理すると共に、「上司に相談することが出来ます」という言葉で表現し、管理者の精神的なサポートに役立てています。

#### ●通番9 継続的な研修OJTの実施

職員の、各職務に応じた段階的・系統的な育成を図っていくことは事業運営上極めて重要なこととなります。当法人ではキャリアパス制度が構築され、「新任」「初級」「中級」「上級」というランクが設定されています。管理者による年2回の面談により16項目からなる「力量評価」が実施され、目標到達の可否を判断すると共に、新たなチャレンジ目標を設定する、という形で職員の育成に努めています。その個人毎の育成経過と評価の内容は「キャリアパス台帳」にファイルし管理がなされています。又、外部の研修も積極的に推奨され、研修の案内や研修報告書は「外部研修案内・報告」ファイルに綴じ、外部研修の経過を纏めています。

#### ●通番36 第三者への相談機会の確保

サービス提供に関する相談や苦情対応の窓口は、重要事項説明書に明記すると共に、利用者並びに家族に説明しています。法人内では「居宅・音羽」が苦情対応窓口となり対応しています。寄せられた相談や苦情は、該当する事業所の管理者に伝達され、事業所で検討された再発防止対策書が事業統括に報告される、という仕組みが構築されています。一方で法人内でリスクマネジメント委員会が中心となり、法人内全事業所に関する利用者からの要望・苦情を一括取り纏めを行い、どういう苦情が多いのか分析・検討し法人全体としての再発防止並びにサービスの質向上に努めています。

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>●通番3 事業計画等の作成</p> <p>サービスの質の向上に向けた計画的な取り組みとしては、顧客満足度調査を実施し利用者の要望を把握すると共に、職員からの日常的な課題や意向を吸い上げ課題を明確にして、年度計画の策定に反映しています。管理者会議や業績会議の中で進捗・フォローを行い組織としてサービスの質の向上に取り組んでいます。しかし、事業所としての中・長期の計画が策定されていませんでした。</p> <p>●通番5 法令遵守の取り組み</p> <p>遵守すべき法令を正しく理解する為の取り組みとしては、法人として年間の研修計画の中で研修を実施しています。今年度は12月に実施予定としています。この研修の内容は各事業所に持ち帰り、事業所内で伝達研修がなされ周知されています。しかし、居宅介護支援事業所の運営に関して、把握すべき関係法令のリスト化がなされていません。</p> <p>●通番35 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>利用者の意向や苦情に関しては、苦情対応マニュアルに従って対応し、No.1シートに記録・処理報告書も作成され、組織的な対応がなされています。又、事例は法人内全ての居宅介護支援事業所に回覧、情報の共有並びに再発防止に努めています。ただ、意見・要望・苦情対応についての改善状況について、公開すべく現在法人内で検討中とのことでありますが、現段階では公開がなされていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>●通番3 事業計画等の作成</p> <p>利用者のニーズや運営上の課題、更には介護保険サービス事業運営上の環境変化等について把握されています。そうした中で居宅介護支援事業所としての中・長期の事業計画が事業所の運営に大きな関わりを持つものと考えられます。又、事業所の管理者や職員が常に将来を見据えた（意識した）中で、日々の事業運営に当たられることも極めて重要なことではないかと思われます。事業所の管理者等が将来に対する目標意識・目指す方向性を自覚するためにも、中・長期の事業計画を策定されては如何でしょうか。</p> <p>●通番5 法令遵守の取り組み</p> <p>居宅介護支援事業所の運営に際して、利用者や職員が様々な法令によって擁護されていることを理解したり、第一線管理者等がコンプライアンスに関する意識を高めることは極めて大事なこととなります。管理者等が必要な時に、確認出来る為の法令のリスト化や手軽に調べることが出来るガイドンスを作成されては如何でしょうか。</p>

	<p>●通番35 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>顧客満足度調査の結果や、意見・要望・苦情への対応については、その対応如何によっては利用者や家族との信頼関係に大きく影響をもたらすものとなります。素早い組織的な対応並びに改善策の公開は大事な要素となります。公開に向けた早期の結論づけが望まれます。</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	2670701438
事業所名	洛和会医療介護サービスセンター帷子ノ辻店
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
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11月15日
評価機関名	あい・ライフサポートシステムズ

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)		<p>1) 法人の運営理念は、事業所内に掲示すると共に、朝礼で唱和を行い職員への周知を図っています。また、パンフレットにも明示し内外に周知されています。契約時には利用者やその家族に対して説明も行われています。運営方針は、重要事項説明書、「居宅介護支援マニュアル」にも明記され、職員や利用者及び家族に説明、周知がされています。</p> <p>2) 法人全体の組織図があり、職務権限規程に役割と権限が明確に示されています。理事会の決定事項等は、パソコンにて本部介護事業部より、「本部通知」「本部通達」「回覧」という形で伝達・周知されています。また、事業所内会議（週に一回）、ケアマネ会議、管理者会議、業績会議という会議を定期的に開催し、意思決定の透明化を図っています。すべての会議の議事録も確認することが出来ました。</p>			
<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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>3) 顧客満足度調査を実施し利用者の要望を把握すると共に、職員からの日常的な課題や意向を吸い上げ課題を明確にし、年度計画を策定しています。管理者会議や業績会議の中で進捗・フォローを行い組織としてサービスの質の向上に取り組んでいることを議事録で確認出来ました。しかし、事業所としての中・長期の計画が策定されていないことをもってB評価としました。</p> <p>4) 27年の秋以降、法人独自の取り組みとして、それまで培ってきたISO9001の認証の基盤を更に発展させるべく、介護事業部の中に「No.1課」を設置し、事業全体を横断的にサポートする仕組みを整えています。これは法人が展開する全ての事業について、地域の中で「No.1」を目指そうというものです。顧客満足度調査や苦情に関する分析を行い、各事業所に課題を指し示し、気付きを促すことにより、各事業所のサービスの質向上につなげようとしています。事業所としての事業計画もあり、アクションプランを設定し、地域や包括支援センターとも連携をしています。事業所内会議、業績会議、管理者会議にて課題を共有しています。</p>			
<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	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。	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) 法人としての年間の研修計画があり、法令順守に関しては年に1回研修しています。今年度は12月に研修を予定しています。この研修の内容は事業所内研修で事業所の全員に伝達されています。しかし、居宅介護支援事業所として把握すべき法令に関してのリスト化がされていないことをもってB評価としました。</p> <p>6) 法人全体として年1回、全職員を対象にした「やりがいアンケート」を実施しています。(アンケート項目21項目) このアンケート項目の中に、部下が上司を評価する項目も含まれています。又、多様な業務を抱える管理者の負担感を少しでも和らげる為の工夫として、「管理者ガイド」を作成しています。これは全体4項目からなり、それぞれの項目ごとに管理者が考えなければならない視点や、「上司に相談することが出来ず」という言葉で表現し、管理者の精神的なサポートに役立てています。</p> <p>7) 管理者は、業務日誌で日々の状況を把握すると共に朝礼等でも情報共有を図っています。「予防策提案シート」、でトラブルを未然に防ぐための予防活動を展開すると共に、事故発生時には、原因分析並びに再発防止策を講じるとともに、「事故報告書」に記録を留めています。管理者は常に携帯電話を所持し、いつでも連絡が取れる体制にあります。緊急時の連絡体制も確認できまし</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

	(評価機関コメント)	<p>8) 「クリニカルラダー制度」というキャリアアップに関するシステムが法人内に構築されています。採用時、中堅、ベテランと、それぞれの段階に応じた役割と目標が明確に掲げられ、研修カリキュラムも設定しています。質の高い人材育成に努めていることが伺えます。又、特定事業所加算を受けている事もあり、主任ケアマネの受験を推奨しています。法人内で介護職の資格取得の為の受験対策講座も開催しており、受験の際には勤務時間や費用について、法人としてサポートを行っています。</p> <p>9) 継続的な研修並びに人材育成については、「新任」「初級」「中級」「上級」とキャリアパスのランクが設定され、個人ごとに目標管理を行い、管理者による面談を行いながら力量評価を実施しています。その結果は「キャリアパス台帳」で管理されている。「外部研修案内・報告」ファイルがあり、外部の研修も積極的に推奨しています。</p> <p>10) 実習の受け入れについては、「京都厚生学校」の看護職の実習を年に2回、1名ずつ受け入れています。「実習受け入れ対応マニュアル」に基づき実習を行っています。受け入れの都度指導者を選定しています。</p>	A	A
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

### (2) 労働環境の整備

	(評価機関コメント)	<p>11) 勤務時間はパソコン上で管理され、時間外労働は突発的な事象が発生しない限り基本的には無い、とのこと。業務は一人に集中しないように、管理者による負荷調整がなされおり、子育て中の職員に対しての配慮もされています。有給休暇もほぼ希望通りに取得できている事を職員の面談で確認できました。</p> <p>12) 「心の相談（ヒューマン・フロンティア）のご案内」というパンフレットがあり、EAPという会社にて年に5回まで無料で相談ができるシステムがあります。また、「福利厚生ガイドブック」があり、法人内の福利厚生制度についてだれでも確認できるようになっています。「むつみ会」という年間600円の会費で旅行や映画、お食事券などのサービスが受けられる親睦会も設定されています。休憩場所の確保もなされています。</p>	A	A
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

<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) 事業所の概要や理念については「おとまるくん」という機関紙を介して利用者や家族、更には地域に対して広報しています。又、事業所入り口に置いて、誰でも取って読めるようになっています。情報の公表制度の結果についてもインターネットで公開をしています。 14) 丸太町病院と合同で「かたびらのつじ健康教室」を月に1回当事業所で開催し、地域との交流を図っています。さらに年1回メディカルフェスティバルの開催も行っています。地域に向けての広報として、ポスターを作製し、出入り口に貼りだしています。また、地域の回覧板に機関誌「おとまるくん」を回覧して貰うことで、地域に周知を図っています。		

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) 利用者並びに希望者に対する情報提供としては、法人のホームページやパンフレット、又事業所入口の掲示、更には毎月発行の機関紙「おとまるくん」等で行っています。利用希望者からの相談・問い合わせは電話での対応が中心となっているが、飛び込みによる利用相談にも対応しています。		

#### (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) サービスの利用開始に当たっては、重要事項説明書に基づき説明を行っています。その事は重要事項説明書末尾に、説明を受け同意したことに対する利用者の署名があること、更には利用者アンケートの回答からも確認することが出来ました。又利用者本人に判断能力に支障があると思われる場合には、公益社団法人成年後見センター・リーガルサポートを紹介すること等で対応しています。		

#### (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)		17) 所定のアセスメントシート(全社協)を使って、利用者本人及び家族から、利用者の心身の状況や生活の状況を聞き取ると共に、主治医や看護師等、専門家の意見も聞きながらアセスメントを行っています。 18) 個別援助計画の策定にあたっては事務的にならないように心掛け、「寄り添うケア」を基本姿勢として策定し、決定に際しては家族の同意を得ていることを書面で確認できました。又、サービス担当者会議には、特異なケースを除いて利用者本人並びに家族が出席していることも会議録から確認することが出来ました。 19) 個別援助計画策定にあたっては、主治医の意見を聞くと共に、サービス提供事業所の意見を聞きながら策定に当たっています。 20) 個別援助計画の見直しにあたっては、ケアマネ業務基準に従い、毎月1回利用者の居宅を訪問し、生活上の支障や日常生活の様子を家族から聞き取り、モニタリングを行うと共に個別援助計画の見直しを行っています。		

#### (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) エリヤ内でのサービス提供事業者一覧を作成し、利用者/家族がサービス提供事業者を選択する際の参考としています。又、家族や医師更にはサービス提供事業者が集まってサービス担当者会議を開催していることを会議録で確認できました。一方で病院からの退院に際しては、退院前カンファレンスに出席し、退院後の生活支援の充実に努めています。			
(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)		22) サービス提供に係る標準的な実施方法として、居宅介護支援業務マニュアル、守秘義務マニュアル等、30種類のマニュアル、指針、手順書が整備されています。年1回マニュアルの見直しが定期的実施されています。 23) 利用者毎の援助計画に基づくサービス提供結果の評価や、利用者の生活の状況が一定の書式で記録されています。利用者ファイル保管マニュアルに従い5年間の保管期限を定めています。また、法人内で年1回個人情報保護とプライバシーに関する研修が実施されていることを報告書で確認することが出来ました。 24) 毎週1回の事業所内会議や毎朝の朝礼時に、支援困難ケースや苦情対応状況等について、情報共有を図っています。 25) 月1回のモニタリング時の訪問、又必要に応じた個別援助計画変更時の担当者会議、等で家族との情報交換を実施していることを、それぞれの会議録で確認出来ました。		
(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) 感染症予防マニュアルを整備し、マニュアルに基づく実践が行われるよう、年1回の研修を実施しています。最新の情報に関しては、法人内介護事業部から各事業所に対して一斉に通達が出る仕組みになっています。 27) 清掃に関しては職員が中心となって週ごとに交代制で実施しています。衛生材料についてはマスク、消毒液等が整理された状態で保管されています。		
(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	A
	(評価機関コメント)		28) 事故対応や緊急時における対応等について、マニュアルが整備されています。法人内のN o 1 課が窓口となって、所轄の警察署や交通安全協会の協力を得ながら、交通安全講習やA E Dの取り扱い講習も年1回実施されています。 29) 事故対応等の報告書として、不適合報告書、是正処置報告書、予防処置報告書等が作成され、再発防止に努めています。 30) 災害発生時の対応マニュアルとして、本年6月1日にこれまでの「風水害対応マニュアル」から「防災マニュアル」に改訂、自然災害発生時の対応として整備されています。年間の研修計画の中に防災に関する研修が計画され（1回）実施されています。職員3名の事業所であり防災訓練の実施、という点で「B」評価とされていましたが、マニュアルの整備、緊急連絡網の整備等含め、緊急時の対応について3名で話し合っている実態をもって「A」評価としました。		

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。	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) 利用者の人権の尊重に関する基本姿勢について、重要事項説明書に明記しています。又、年間研修計画を立て、その中で虐待／身体拘束防止等の研修も実施しています。事業所内会議（1回／週）、法人内他の居宅介護支援事業所とのケアマネ会議（事例検討会、1回／月）を通じて、常に利用者に寄り添うサービスの提供、利用者への尊厳を意識した援助計画の作成に努めています。</p> <p>32) 利用者の人権尊重、プライバシーの保護について採用時研修で実施。個人情報守秘義務について、事業所内会議で常に話し合っています。</p> <p>33) 利用者の決定方法は、担当利用者数が上限一杯で無い限り原則「断らない」を基本姿勢として対応しています。上限一杯になっている場合は、法人内他の事業所を紹介することで対応しています。</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。	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) 月1回のモニタリングや利用者満足度アンケートを通じて、利用者並びに家族からの意見・要望を聞いていることがモニタリングシートや満足度調査結果から確認出来ました。</p> <p>35) 苦情対応について、苦情対応マニュアルに従って記録・処理報告書も作成され、組織的な対応がなされています。又、事例は法人内全ての居宅介護支援事業所に回覧、情報の共有並びに再発防止に努めています。ただ、意見・要望・苦情対応に関しての改善状況について、公開すべく現在法人内で検討中とのことでありますが、現段階では公開がされていないことをもって自己評価と同様B評価としました。</p> <p>36) 重要事項説明書に明記すると共に、利用者並びに家族に説明しています。法人内でリスクマネジメント委員会が中心となり、法人内全事業所に関する利用者からの要望・苦情を一括取り纏めを行い、分析・再発防止に努めています。</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。	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) 年に1回利用者満足度調査を介護事業部のN o 1課が中心となって実施しています。調査結果を分析し、各事業所に報告。事業所ごとに課題についての再発防止策を検討し質の向上に努めています。</p> <p>38) 月1回、法人内他の事業所（居宅介護支援事業所（右京区、中京区）、訪問看護、訪問介護、通所系サービス）が参加する事業所会議で、サービスの質向上策について事例を基に検討しています。法人内全体でのサービス向上に繋げていることを議事録で確認することが出来ました。</p> <p>39) 業績、利用者満足度調査、等に対して、N o 1課が中心になって評価・分析を行い、業績会議、管理者会議等で課題を明確にしなが改善に向けた取り組みを行っていることを、それぞれの会議録で確認することが出来ました。</p>		