

様式7

## アドバイス・レポート

令和5年11月22日

令和5年9月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた渡辺西賀茂診療所 訪問リハビリテーション様につきましては、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

特に良かった点とその理由(※)	<p><b>1. 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施</b> 職員の個別の研修計画（法人内・外の研修を受講）を策定していました。法人の教育委員会で全体研修（毎月開催）と各事業所主催の研修を年間計画に基づいて実施していました。外部研修情報を回覧し、職員が希望すれば参加できるように配慮し、年2回まで法人が費用を負担していました。また、症例困難事例検討会の実施やeラーニングでの研修も受講していました。「気づき」について、朝のミーティングやリハビリテーション会議で検討していました。「自己管理目標シート」で個人の年間目標を定め、研修の受講に反映していました。</p> <p><b>2. 地域への貢献</b> 近隣の商店街で「おせっかいカフェ」を開催し、市民に手芸・調理教室・介護予防体操の他介護・医療相談も実施していました。また、法人の多目的ホールを地域住民に開放して、地域の団体の会議等に利用されていました。</p> <p><b>3. 職員間の情報共有</b> 週1回の診療所カンファレンスやネットワーク上のグループウェアによるパソコンでの情報共有システムを活用し情報共有していました。2週間毎のリハビリテーション会議では事例検討を行い利用者の状況や支援内容について意見交換を行っていました。</p> <p><b>4. その他</b> 同法人の医師が担当する利用者が亡くなった時には、グリーンケアの観点から追悼式運営委員会が主となり初盆に直筆の手紙を送り、定期的に「キンセンカの会」という語りの会を開いていました。</p>
-----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>1. 災害発生時の対応</b>  災害発生時の対応マニュアルを作成し、年2回火災発生時の避難訓練を実施していました。事業所毎に最低限必要な人員配置を定め、安否確認のための持ち出し名簿として利用者情報も準備していました。SNSによる北医師会災害時連絡網や紫竹圏域災害時情報共有システムを構築していましたが、災害発生時に地域との連携を意識したマニュアルの作成がありませんでした。</p> <p><b>2. 評価の実施と課題の明確化</b>  第三者評価は3年に1回受診していましたが、年1回以上の定められた評価基準に基づいた自己評価は実施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. 災害発生時の対応</b>  昨今自然災害は増加し被害も深刻になってきています。事業所が位置する地域の状況は住宅地で近隣には法人のグループホームもあります。災害発生時の利用者避難には、法人内の避難体制に加え地域の協力も必要になるのではないのでしょうか。災害発生時の地域との協力体制を構築し、マニュアル化したうえで実践的な訓練を実施されることを法人全体で検討されることをお勧めします。そうすることで、利用者や家族、地域住民の安心と信頼にもつながるのではないのでしょうか。</p> <p><b>2. 評価の実施と課題の明確化</b>  事業計画の課題の取り組みとは別に、事業所職員がサービスの質の向上のため（接遇・プライバシーへの配慮・丁寧な説明等）に年間を通して取組課題の設定とそれに対する評価の基準を明記したうえで、定期的に評価見直しをされてはいかがでしょうか。アンケート調査結果の意見・要望から課題を検討して取り組むこともできるのではないのでしょうか。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2610105278
事業所名	渡辺西賀茂診療所 訪問リハビリテーション
受診メインサービス (1種類のみ)	訪問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)	介護予防訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和5年10月23日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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思決定を行い、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. 法人理念や運営方針を明文化し、玄関に掲示していました。利用者本位の医療と介護を提供することで地域への貢献と職員の質の向上に取り組んでいました。全体研修で理事長が職員に直接理念の説明をしていました。また、契約時に理念について説明するほか、広報誌「都の風」（年4回発行）に理念を掲載し、利用者や家族の理解を深めていました。 2. 理事会を毎月開催していました。法人の管理者・運営会議と各種委員会や事業所のリハビリテーション会議（2週間毎）を開催し、経営状況の把握・分析を行い、更に職員の意見を反映して意思決定する仕組みとなっていました。「管理者職務権限規程」や「分掌規程」で各職種の業務や権限を明示していました。		
<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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
		(評価機関コメント)		3. 法人の運営目標に基づいて、中長期（3年と5年）と単年度の目標を設定したアクションプラン（事業計画）を策定していました。その中、法人内の連携・地域貢献・収益向上・人材育成等の課題を設定し取り組み、年2回進捗状況の評価をしていました。事業計画は事業所玄関にファイルして設置していました。 4. アクションプランに業務レベルの課題を設定し、利用者の意向の尊重・新規利用者の獲得・カンファレンス結果の共有・困難事例検討会の開催等の課題に取り組んで、年2回進捗状況を評価していました。		
<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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため事業運営をリードしている。	B	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. 管理者は、集団指導の参加や管理者会議での通達により、法令の改正等の情報を収集していました。関係法令はリスト化して法人のネットワーク上のグループウェアから閲覧できるようにしていました。管理者は、朝のミーティングやリハビリテーション会議で法令遵守について職員に説明していました。</p> <p>6. 管理者の役割と責任は、「管理者職務分掌規程」に定めていました。管理者は、リハビリテーション会議に参加し職員と意見交換をしていました。また、年2回職員との面談により職員の意見を聞いて運営方針に反映していました。「きょうと福祉人材認証制度」を取得しており、組織活性化プログラムを活用し職員からの管理者に対する評価を行っていました。</p> <p>7. 管理者は事業所を離れる場合は携帯電話を所持し、常に連絡がつく体制がありました。また、日常の報告・連絡・相談を受け、業務日誌で事業の実施状況を把握していました。緊急時連絡網を整備し、緊急時には直ちに報告を受け、指示を行う体制がありました。</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

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
実習の受け入れ	11	実習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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 事業計画に「期待する職員像」として、利用者との信頼関係を構築し、法人内外で連携してサービスの向上に取り組む職員と明記していました。人事考課表（規律・利益性・共感性等を主項目）を用いて年2回管理者が面接し評価をしていました。また、法人のキャリアパス制度を整備し、職員の将来の目標が明確になっていました。</p> <p>9. 法人の採用年間計画に基づいて、採用活動委員会が就職フェアの参加やホームページ、SNSを活用した採用活動に取り組んでいました。</p> <p>10. 職員の個別の研修計画（法人内・外の研修を受講）を策定していました。法人の教育委員会で全体研修（毎月開催）と各事業所主催の研修を年間計画に基づいて実施していました。外部研修情報を回覧し、職員が希望すれば参加できるように配慮し、年2回まで法人が費用を負担していました。また、症例困難事例検討会の実施やe-ラーニングでの研修も受講していました。「気づき」について、朝のミーティングやリハビリテーション会議で検討していました。「自己管理目標シート」で個人の年間目標を定め、研修の受講に反映していました。</p> <p>11. 「実習生・研修生について受け入れ」で実習の受け入れに関する基本姿勢や受け入れの手順を明示していましたが、実習指導者の研修は実施できていませんでした。</p>		

### (2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（動きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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)	12. 有給休暇は、希望した日に取得できるように調整したり計画取得により、取得率の向上に努めていました。「自己管理目標シート」に就業状況や意向を記載し、管理者面談で確認のうえ、管理者会議等で分析・検討していました。年2回の管理者面談や「法人相談窓口」（相談受付担当者を6人設置）で相談を受け付けていました。育児・介護休業の規程を整備していました。職員の負担軽減として、電子カルテやネットワーク上のグループウェアによるパソコンでの情報共有システムの導入やスライディングシートの使用をしていました。 13. メンタルヘルスの相談は産業医が相談窓口になり、外部の契約カウンセラーへの相談もできました。管理者による面談や「法人相談窓口」で、組織や上司への要望や不満を汲み取り対応する体制がありました。福利厚生として、会員制のホテルの割引利用や歓送迎会・忘年会・事業所懇親会などに法人が費用負担していました。職員給食を実施し、法人費用補助をしていました。休憩室は、十分な広さと快適な環境となっていました。ハラスメントの規程を整備し、「法人相談窓口」で相談を受けていました。			
<b>(3) 地域との交流</b>					
	地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
	地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。		
	地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
	(評価機関コメント)		14. 理念に「医療・介護・福祉を通して地域や社会に貢献できるよう努めます」と明記していました。ホームページやSNSの活用、広報誌「都の風」に地域に役立つ情報を掲載し広報していました。近隣の商店街のスペースで「おせっかいカフェ」（月1回）を開催し、法人の医師や看護師、介護支援専門員が地域住民の相談対応し地域ニーズの把握をしていました。また、地域ケア会議に参加し、地域ニーズの把握や事業所情報の提供を行っていました。 16. 近隣の商店街で「おせっかいカフェ」を開催し、市民向けに手芸・調理教室・介護予防体操の他、介護・医療相談も実施していました。また、法人の多目的ホールを地域住民に開放していました。		

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>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	17	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)		17. ホームページとパンフレット、SNSを活用しサービスの内容や料金等を発信していました。利用の問い合わせにはパンフレットを渡すなど対応し、記録を「新規依頼ファイル」で管理し利用につなげていました。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		内容・料金の明示と説明	18	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)		18. 重要事項説明書にサービス内容・利用料金・加算を記載し、説明のうえ同意の署名・捺印を得ていました。後見人と契約を結んでいるケースもあり、成年後見制度のパンフレットを準備し、必要に応じて介護支援専門員や家族と相談し利用につなげる仕組みがありました。		
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
		アセスメントの実施	19	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	20	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

専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. ICF（国際生活機能分類）を基本とした独自のアセスメント様式で利用者の心身・生活状況を記録していました。アセスメントは3ヶ月毎及び状態が変化した時に随時行っていました。 20. 訪問リハビリ計画書は、利用者や家族の希望を聴き取り、個別の具体的目標を設定して作成し、同意を得ていました。サービス担当者会議には利用者・家族が参加していました。 21. サービス担当者会議に参加又は意見照会を行っていました。医師・訪問看護師・介護支援専門員から情報収集を行い、訪問リハビリ計画書に反映していました。居宅サービス計画書との整合性も図っていました。 22. 定期的にモニタリングを行い、訪問リハビリ計画書に状態の変化を記録していました。計画の見直しを行う時期・手順については「訪問リハ開始時チェック表」に記載していました。		

#### (4) 関係者との連携

多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23. 法人内の往診医師や訪問看護師と直接情報交換し連携する体制がありました。退院前カンファレンスに参加したり診療情報提供書から情報を得て、緊急時対応が必要な場合は直接医師に連絡していました。また、地域ケア会議に参加し関係機関や団体と連携を図っていました。 24. 他サービスへの移行をする場合は、独自のリハビリサマリーを使用して情報提供を行ってしました。サービス終了後も利用者や家族が希望した場合には、適切な機関への紹介を行っていました。		

#### (5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25. 標準的なサービスの提供方法は「訪問リハビリ開始時チェック表」としてフローチャートで分かりやすく作成していましたが、利用者の尊厳の保持、プライバシーの保護や権利擁護にかかわる姿勢を明示したものではありませんでした。マニュアルの更新は年1回実施し、利用者アンケートの結果を基にサービスの見直しを行っていましたが、見直しの基準を定めていませんでした。 26. 利用者に関する記録は電子カルテに記載していました。「電子カルテの運用規程マニュアル」「持ち出し規程」で、記録管理の責任者や記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程を定めていました。「個人情報保護」の観点で勉強会も実施していました。 27. 週1回の診療所カンファレンスやネットワーク上のグループウェアによるパソコンでのシステムを活用し、情報共有して行っていました。月2回のリハビリテーション会議では事例検討を行い、利用者の状況や支援内容について意見交換を行っていました。 28. 訪問時間内に利用者や家族に情報提供を行っていました。別居家族や遠方家族へは電話やリモートでの面談をしていました。広報誌「都の風」を郵送して利用者の様子を定期的に知らせていました。		

(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		29. 感染症対応マニュアルは、フローチャートで作成していました。感染症委員会を設置し、感染症の予防と発生時の対応について研修を実施していました。新型コロナウイルス感染症に罹患した利用者についても、二次感染を防ぐ対策を講じた上で訪問する体制を整えていました。 30. 事業所内は適切に備品管理を行い整理整頓をしていました。清掃担当の従業員を雇用し毎日、玄関、階段、トイレなど共有スペースの掃除を行っていました。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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	B
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	B	B
(評価機関コメント)		31. 事故・緊急時の対応マニュアルを整備し、組織図で指揮命令系統を明らかにしていました。交通事故マニュアルは車に設置していました。訪問時の交通事故を想定した研修を実施していました。 32. 事故発生時には、利用者・家族・関係者に直接またはリモート面談で説明していました。事故防止対策委員会を設置し、事故発生時には緊急カンファレンスを行い、インシデント・アクシデントレポートに原因の分析と対応経過を記録していました。マニュアルは年1回見直しをしていました。 33. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、年2回火災発生時避難訓練を実施していました。事業所毎に最低限必要な人員配置を定め、安否確認のための持ち出し名簿として利用者情報も準備していました。SNSによる北医師会災害時連絡網や紫竹圏域災害時情報共有システムを構築していましたが、災害発生時に地域との連携を意識したマニュアルの作成がありませんでした。 34. 事業所の立地条件等による災害の影響を把握して事業所の環境や設備などサービス提供を継続するために、地域の関係機関との連携した防災訓練に参加していましたが、BCP（事業継続計画）は作成中でした。		

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

#### IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護				
人権等の尊重	35	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
利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	B
利用者の決定方法	38	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>35. 倫理規程に、利用者の人権や意思を尊重したサービス提供を明記し、事業計画の目標に利用者の思いを汲み取る努力をすることを掲げ取り組んでいました。必要に応じて認知能力の評価（長谷川式スケールを使用）を行い、認知症の程度に配慮して今後のリハビリテーションの進め方に対する本人の希望を確認し、適宜家族の意向も合わせて確認していました。朝のミーティングやリハビリテーション会議で、人権や尊厳に配慮したサービス提供について振り返りや検討を行っていました。人権に関する研修を実施していました。</p> <p>36. 虐待防止マニュアルを策定し、研修を実施して職員に周知していました。虐待防止委員会を設置し、虐待防止に取り組んでいました。身体拘束禁止のマニュアルを整備していました。また、不適切な事案は、苦情として上がってきた場合に苦情対応マニュアルにて対応していました。</p> <p>37. プライバシー保護マニュアルを整備し、研修を開催して職員への周知と理解に取り組んでいました。同性施術者の希望に対応をしていました。プライバシーの保護について研修を実施していましたが、利用者の羞恥心に配慮するサービス提供方法の研修内容がありませんでした。</p> <p>38. 利用者の希望日時に訪問ができず利用申込を受けられない場合は、おおむねの待機期間を説明し了承を得ていました。また、希望により他の事業所を紹介していました。支援困難ケースは、法人内の往診の医師・訪問看護職員・介護支援専門員と迅速に連携し、支援を検討していました。</p>
------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>39. 玄関に意見箱の設置やアンケート調査、訪問時の聞き取りで利用者や家族からの意向や要望を引き出していました。利用者からの意見・要望・苦情は、サービス向上委員会で集約、検討しパソコンで共有していました。</p> <p>40. 苦情対応マニュアルを整備していました。苦情は「苦情報告」で管理者に報告し、迅速に対応して、パソコンで共有していました。報告した意見・要望・苦情について、対応方法を玄関に「お客様の声」として掲示していました。</p> <p>41. 公的機関の相談窓口と連絡先を重要事項に記載して説明していました。公的機関から寄せられた苦情等は、「苦情報告」で報告し対応する仕組みがありましたが、第三者による相談窓口の設置がありませんでした。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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)		<p>42. 10月にアンケート調査を実施し、結果をリハビリテーション会議で分析・検討していました。訪問時間の変更について、口頭では聞きまちがいや忘れることがあったため「訪問リハ連絡票」を作成し、書面で通知をするよう改善していました。</p> <p>43. リハビリテーション会議でサービスの質の向上を検討していました。北区・上京区在宅リハビリテーション連携協力連絡会や地域ケア会議に参加し、他事業所の取り組みについて情報収集して自事業所の取り組みと比較検討をしていました。</p> <p>44. 第三者評価は3年に1回受診していましたが、年1回以上の定められた評価基準に基づいた自己評価は実施していませんでした。</p>		