アドバイス・レポート

平成27年3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26年6月30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 京都市社会福祉協議会 京都市左京老人デイサービスセンター 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>IV－（3）利用者満足向上の取り組み 「レクリエーションの充実」 多くのデイサービスが競合する中、「左京デイサービスセンター」は事業所の特性を、「レクリエーションの充実」に置き、多岐に亘る取り組みをしている。このことは、昨今のリハビリ重視のデイサービスの方向性とも合致するものである。外出や演劇、音楽療法、工作、手芸等様々なアクティブな活動を通し、心身機能の活性化を図っている。壁面をほぼカバーしている作品も、利用者が日々コツコツと行った手作業を集大成し展示されたものである。殊更リハビリテーションや作業療法と意識せずに、リハビリ効果が得られるという点で、遊ビリテーションの中から見出す副産物は大きい。 毎年実施されている利用者アンケートの「レクリエーション」の項目は、満足約7割、やや満足を入れると約9割の利用者が「満足」と答えている。現在の15種類のレクメニューに加え、更にやりたいメニュー要望が具体的に生まれ、関心の高さが窺える。</p> <p>II－（1）労働環境への配慮 一般的に通所介護では職員の休憩が取り難いという現状があるが、職員の過配と事業所の工夫により所定の休憩時間を取り、併設する図書館などに行き読書等が出来る恵まれた環境にある。事業所内には職員が足を延ばして休憩できる畳の部屋もある。又2名の腰痛者に配慮した業務分担を行い、離職率の低下にも繋げている。</p> <p>IV－（1）人権の尊重 職員自らが記入する「不適切ケアチェック表」と「気づきノート」の双方から、人権を損ねるような対応がなかったかミーティングで振り返り、サービスの質を問いつけている姿勢は事業所の運営方針にも適った相応しい対応である。今後もその方針に沿って「笑顔を絶やさず」「ご意見、ご希望に耳を傾け」「利用者様の立場に立った」サービスが提供できるように研鑽を重ね、サービスの向上に繋げて頂きたい。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>III－（3） アセスメントの策定 「ケアプラン」をもとに、通所介護計画書を作成しているが、アセスメントが当初のまま置き去りにされている例がある。新たな介護計画が作成される根拠がアセスメント表であり、一見変化のない様に見える利用者でも時の経過や理解の深まりとともに見えてくるものがある等で、それをしっかりと反映させたアセスメント表の作成が望まれる。また当センターが力を入れているレクリエーション場面での職員の気づきや観察等の情報がアセスメントに追加され計画に繋がることを期待したい。</p> <p>III－（3） 個別援助計画の見直し 事業所として通所介護計画を変更する基準がないため、作成頻度が不定期であり、利用者によりばらつきがある。新規認定あるいは認定更新、利用者の状況変化による区分変更等によりケアプランの作成や変更がなされた場合には必然的に見直しを行っているが、認定期間内で状態変化に乏しい利用者はずいつい見落とされがちである。日々の個人日報を詳しく、細かな変化までも記録しているにも拘わらず、それが介護計画書に充分生かされないのは惜しい。前述のアセスメントと同様に定時の見直し基準を設け、順次内容を深めていって頂きたい。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>II－（3） 地域との交流・地域への貢献 公設民営という事業所のメリットや、職員の人員配置にも多少余裕がある。併設する児童館や老人福祉センターとの共同開催事業もでき、図書館等の利用機会もあり恵まれた環境にある。社会資源として恵まれている半面、同一法人において市内に同種の施設が17か所もあり、事業所の独自性を出すのに難しさが伴うのだろうか。アンケートから読み取れる当事業所の満足度は高い。特色ある事業への取り組みもある。センター独自に実践テーマを見出し、「地域への貢献」乃至は現場への課題提起等をされ、進んで自事業所から情報発信をする手段を講じること、ホームページ等を通し事業所の独自性をアピールするなどを通し、地域に溶け込み、地域連携の拠点としての役割を果たされることをお勧めしたい</p> <p>III－（3） 個別援助計画等の見直し 介護計画書には家族の希望も反映され、内容的にはケアプランとの整合性も取れており、一定水準を保っていると思われる。しかし作成周期は利用者によってまちまちである。定期的及び必要に応じてアセスメントと通所介護計画をセットで見直す基準を明文化し、変化の乏しい利用者に対してもきちんと目配りを行っている事を書面で裏付ける作業を意識的に進めて行くことが望まれる。</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	2670600135
事業所名	京都市左京老人デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防通所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成27年1月27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
I 介護サービスの基本方針と組織						
(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. 法人理念を踏まえ、事業所理念が職員総意により設けられている。理念等は初任者研修や年度初め、職員会議において再確認している。事業所内や窓口にも大きく掲載し、閲覧用のファイルも事業所入口に常置している。 2. 事業所の職員会議で提起された問題は相談員やケアワーカーを構成メンバーとする17施設合同の市域会議で毎月検討される。又法人の協議会議では各職種別に研修や情報交換を行う。管理施設長会議においては経営面を含めた議事が討議され、議事録は「施設長会議報告」として事業所内で回覧される。他にも各種会議報告は事業所会議にて伝達され、透明性の確保、及び適正なプロセスでの意思決定がなされ、現場の声を吸い上げるシステムもある。職務権限に関しては運営規定及び重要事項説明書に明記されている。		
(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。	B	B
	(評価機関コメント)			3. 中長期計画は法人として策定され、それを基調に事業所として、単年度の具体的な取り組みをサービス向上面、苦情解決、個別ケアの実践、機能訓練やレクリエーションの充実等多面的な視点を取り入れ策定した案を、職員会議に諮り決定している。 4. 年度の計画に沿って事業が展開されているかは事業所内会議で振り返っている。業務レベルでの実績は地域に配布している広報誌「きらら左京デイ」に一部発信されている。事業計画は原則前期・後期に進捗状況を点検することとしているが、年度途中で所長交代等があり25年度の定期点検は出来ない。年度末には事業報告書を基に職員会議で課題検討の機会を持っている。課題達成の評価は次の業務課題にリンクされるよう、取り組みを期待したい。		
(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組みを行っている。	B	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)			5. 法人内の各種会議において必要な法令に関して情報交換をしている。又集団指導の報告書やその他現場サイドに必要な法令等は業務に即した文書に変えてその都度各職員に回覧するか職員会議の議題に挙げて周知を図っている。介護保険業務に関係し、必要とされる法令等は職員が適宜調べたり触れたりすることが求められる。大幅な制度改定等は、サービスと深くかかわるために、職員全員が関心を持ち収集し、職員間の共有を求めたい。「就労規定」は職員全員配布、「労務規定」もさだめられている。 6. 管理者の職務権限に関しては、「運営規定」「重要事項説明書」の他「業務分掌」を作成し、明示している。昨年より人事考課制を取り入れ、非常勤の職員にもアンケートをして意向を汲みとっている。又法人本部が個々の職員と年1度面談、ヒアリングをして、管理者の評価も含めた意見聴取をしている。利用者アンケートからも満足度が高く、リーダーシップの発揮が窺える。 7. 管理者は業務用携帯を所持し、緊急事態が生じた時はいつでも連絡が取れる体制にしている。又出勤日には行動予定や出先を明らかにし、常時連絡がとり易い様にしている。		

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
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 9. 質の高いサービスの提供の為にもう一人採用したいが、なかなか人材確保がしにくいという実情がある。採用した職員については段階別の教育研修システムがあり、その事は「研修計画書」により確認出来る。法人が認めた講習、研修に関しては「職務専念義務免除」扱いで研修を受講させ、受講後は伝達研修が義務付けられている。事業所には介護福祉士有資格者が多く、先輩職員や管理者がスーパーバイザーとしての役割やOJTでの学びの機会の提供という役割を担っている。デイ終了前後のミーティング等でもそれぞれの気づきを話し合ったりしている。 10. 「教員の介護等体験」の実習を年間40～50名受け入れており、実習生受け入れに関する手順書がある。		
(2) 労働環境の整備						
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		11. 施設長は職員の労働実態を把握し分析している。基準より多い職員配置をすることにより、休みを取り易くしており、職員へのヒアリングに於いても、相談員以外はほとんど残業はないという。離職率も低い水準で推移している。又介護負担軽減への対策としてはリフト機やシャワーキャリー以外の介護機器は特にないが、腰痛のある職員2名に関しては業務の上で配慮している。 12. 法人としてメンタルヘルスの為「こころの健康相談室」の活用を推奨しており、給与明細の裏に連絡先等を明記している。福利厚生センター「ソウェルクラブ」の利用推進も行っている。事業所内においてもメンタルヘルスに関する研修を行っている。又職員のインフルエンザ予防接種は法人負担で行っている。		
(3) 地域との交流						
		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	B
		(評価機関コメント)		13. 理念などを掲載したパンフレットやデイの便りを利用者に配布している他、併設の合同福祉センターにも置かせて貰い、一般市民の目に触れ易いようにしている。又夏祭り等福祉センターとの合同行事も開催している。しかし事業所を一步離れたの地域貢献活動は今後の課題として残る。 14. 秋にはデイサービスで作品展を開き、一般の方にも足を延ばして貰えるよう呼びかけている。又左京区の事業者連絡協議会の行事に職員を派遣している。医療・保険・福祉の専門家等により構成される「地域連携懇談会」にも出席し、実践的な問題に取り組み、地域連携のあり方を模索している。しかし事業所としての能動的な動きに乏しい。		

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. パンフレットや左京デイ便りの手渡しや説明、「すこやか進行中」を用いての説明等を必要に応じてしている。見学希望者には随時対応しており、壁の展示物や行事写真などで雰囲気は理解し易くなっている。		
(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. 「契約書・重要事項説明書」により詳しく説明し書面に同意を得ている。肖像権については同意書がある。後見人のいる利用者の契約書等もあり、今後必要と思われる方には介護支援専門員に情報提供し検討するよう働きかけている。		
(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う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。	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	B
		(評価機関コメント)		17. 細かいアセスメントは多職種の意見を取り入れて行っている。状態変化のみられる時や退院時などにも病院へ出向きカンファレンスや照会が行われ、記録もある。特段変化のない利用者へのアセスメントは不定期であり作成頻度が少ない。アセスメントは介護計画への重要な道しるべであるという認識を持ち、介護計画とセットで定期的に作成されたい。 18. 送迎時や連絡帳のやり取りにより収集した家族等の希望や、日々の係わりの中で本人から聴取した意見は個人日報に記され、通所介護計画書にその意向が反映されており、本人や家族等の同意を得ている。 19. 主治医の意見や他のサービス事業所の意見はサービス担当者会議に参加して直接聞き取る他介護支援専門員のサービス担当者会議録を参考にして介護計画書の作成に生かしている。又、居宅介護計画との整合性も図られている。 20. 変化のある利用者はその都度見直しているが、定期的に全員の見直しが出来ているとは言えない。8か月位経過した作成頻度の少ない計画書も見受けられるが、モニタリングはしっかりとなされて次に生かせるようにしている。又作成された通所介護計画書は担当介護支援専門員に配布している。		
(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. 更新時や区分変更時にはサービス担当者会議の際介護支援専門員を通じて医師の意見を聴取し記録している。退院時にもカンファレンスに参加し、利用者の変化や確認事項を病院から聴取し、看護サマリーも貰っている。又緊急時に備え利用者台帳を整備し、主治医や家族の連絡先を記入し咄嗟の時すぐに連絡できる体制を取っており、活用している。		
(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。	B	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。	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)	<p>22. 法人として各種業務マニュアルは整備されている。事業所独自のマニュアルは現在見直し途中である。他にも個人日報や送迎表にチェックを入れる事で、職員の業務が手順通り出来ているかどうかが見えるしくみになっている。変更業務マニュアルという表現はしなくても毎朝朝礼にて「事故のないように」と管理者等から声かけがある。変更のないマニュアルの見直しは特にしていない。</p> <p>23. 使用ソフトの中の「個人日報」の中に利用者ごとのケース記録があり、入浴、食事・水分摂取、排泄状況、医療的処置、職員が聞き取った本人や家族の要望、職員が発見した事等が記載されている。これらの情報は法人の「保管規定」「情報のセキュリティポリシー」に則って適切に管理されている。</p> <p>24. 毎日のミーティングの申し送り等で利用者情報や他の伝達事項を共有している他、必要なことは業務日誌に記録し、全職員に閲覧を義務付けている。又ケース会議や職員会議の開催時にも意見交換や情報共有をしている。</p> <p>25. デイ利用時に毎日交換する連絡ノート、送迎時の体調確認・報告等を通して情報交換が出来ている。連絡ノートには約半数の利用者や家族等のコメントが記載されている。又サービス担当者会議においては他事業所とのやり取りの中で普段と違う角度からの意見や要望をも聞き取ることが出来ている。</p>
------------	---

(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	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、効果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)		<p>26 インフルエンザ対応マニュアル・ノロウイルス感染時対応マニュアルに沿って、看護師が中心となり全職員に周知させている。更に、年間研修計画に基づいて感染症予防に関する研修も行っている。ノロウイルスの対処用キットを事業所内に配置し有事に速やかに対応できるように職員会議などでも研修している。</p> <p>27. 築後15年経過しているため、事業所内に蓄積された歴史があり、すっきりとは言えないが、適度に整理整頓されている。利用者作品や行事の写真等展示物が多いのも特徴で、壁面にはあいている空間がない程様々な作品、写真、メッセージが詰まっている。展示された紙類で壁面が一面覆われているので火気には十分な注意が必要である。又、浴室、トイレは職員により清掃され、トイレには消毒液、ペーパータオルも常備されている。</p>		

(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。	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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>28. 法人作成の「事故防止・緊急時対応マニュアル」を参考にしており事業所としては「ヒヤリハット報告書」の作成と検討により未然の事故防止を図っている。又災害発生時の緊急連絡網が作成され「リスクマネジメント研修」を行っている。年2回福祉センターと合同で防災訓練を実施している他、法人主催の「交通安全教室」に運転者が参加している。年一度、避難経路、非常ベルの位置、避難場所の確認を行っている。</p> <p>29. 法人のマニュアルに沿って法人に報告し事故への対処をする。又行政には法人から報告する。今のところそのような重大な事故は起こっていない。又事業所でも対応できる事故（忘れ物など）に関しては終了ミーティングで検証をして情報を共有し、同時に「気づきノート」や「報告書」を作成し再発を防止している。「ヒヤリハット報告書」も併せて職員会議で検証し、議事録に残しているが、職員自身の気づいた「ヒヤリハット」を報告する意識の弱さに対し、今一度職員全員の意識強化を図り事故防止に繋げる必要を感じている。</p> <p>30. 年2回合同福祉センターで行っている防災訓練に参加、又月1度ビル管理委員会の会議にも参加し、防災に取り組んでいる。しかし非常時の備蓄に関しては事業所としてストックをしていない。この点については検討が望まれる。</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
IV利用者保護の観点						
(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)		<p>31. 比較的介護度の低い利用者が多いので、本人の意向に沿ってレクリエーションや外出を企画し、自己選択できるようにしている。音楽療法、習字、絵画、麻雀、カラオケ、囲碁、オセロ、絵手紙、茶道、華道、手芸等の趣味療法、歩行訓練や体操などの機能訓練、縫物・折り紙等の作業療法などボランティアの協力も得て多岐に亘る心身機能強化への取り組みがなされて利用者が自己選択できるようにしている。又職員向けには研修計画に沿って虐待や身体拘束の研修もなされている。</p> <p>32. 契約時に出版物などへの写真撮影と掲載への同意書（非同意書）を貰っている他、「不適切なケアチェック表」への記入により、各職員の気づきをその都度記入し、問題意識を持ってケアに臨めるようにしている。又一定の期間を置いて各事業所が不適切ケアシートを持ち寄り「不適切ケア事例集」を編集し、全職員に周知している。入浴時にはパーテーションの配置、同性介助の実施により利用者の人権や羞恥心に配慮している。更に会議の際に事業所内研修も行っている。</p> <p>33. 認知症、在宅酸素、胃瘻、MRSAの利用者も公平に受け入れている。</p>		
(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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>34. 連絡帳や送迎時のコミュニケーション機会を捉えて、利用者や家族の意向・意見・要望を聞き取っている。聞き取った内容は終了ミーティング等で共有し、内容に応じて苦情処理をしたり、介護計画に生かしたり、担当介護支援専門員に伝える等必要な措置を講じている。又意見箱を設置しているが、殆ど投函されていないので、置き場所のなど対策を考えている。他に年一度利用者アンケートを行い、集計結果を利用者や家族に配布するほか、事業所としてもサービス向上への検討課題と捉えて検証している。評価項目にある「利用者懇談会」は実施していない。</p> <p>35. 意見、要望、苦情に関しては事業所で対応できるものは迅速に対応し、その記録は職員全員が閲覧し、確認印を押している。事業所への苦情のほか、他の利用者とのトラブルに関する内容も多く、席順や利用曜日を変えることなどで対応している例が見られた。アンケート結果は集計し利用者や家族に配布、開示している。</p> <p>36. 苦情、相談窓口に関しては法人内に解決機関を設置し、その連絡先は通所介護初回利用の前に重要事項説明の際伝えるとともに事業所にも「苦情解決制度」の冊子が置かれ、誰でも読みやすいように漢字にルビが振られている。又事業所入り口にも連絡先が拡大して掲げられ利用者等に周知を図っている。</p>		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>37. 34と同様、意見箱や利用者アンケートにより満足度を測り、会議等で検討し、今後のサービス向上に繋げる努力をしている。</p> <p>38. 終了ミーティングでのミニカンファレンス、定例会議でのカンファレンス、「不適切な事例チェック表」、アンケートなどを総合的に検証してサービスの向上に取り組んでいる。</p> <p>39. 年に1度事業計画に基づいた実践がなされているか事業報告にて多方面から評価をしている。又事業開始から15年経ち、設備面での不備も目立つようになったので、利用者や職員の意見を反映して風呂場にヒーターを設置したり、グループレクリエーションの充実を図り利用者の自己選択の幅を広げたり、個別ケアを強化するなどの改善を図っている。又第三者評価は平成24年に受診している。</p>		