

アドバイス・レポート

平成28年3月11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10月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 介護付有料老人ホーム ハートフル京都・羽束師 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>当事業所は住宅型有料老人ホームから平成27年4月1日に特定施設入居者生活介護（介護予防含む）の指定を受けられました。利用者（家族）・職員に対し、事業所設立の根拠となる法律が老人福祉法から介護保険法に基づく事業に変更したことや、介護付き老人ホームとはの説明を繰り返し理解を得る努力が行われています。平成28年1月には職員の総意のもと、【理念*ハートフルで生活して良かったと満足して頂けるような援助・介護を行います。*入居者様の権利とプライバシーを尊重し「安心」「安全」「快適」を追求し、全ての質を向上します。】を掲げています。職員の意識・各委員会の立ち上げ等のさまざまな改革が行われています。</p> <p>○地域との交流 地元の地蔵盆や羽束師の祭りへ協賛しています。神輿の休憩場所に敷地内を提供し利用者は神輿巡行を見学したり地域の方との交流が行われています。事業所の納涼祭では、チラシ100枚を近隣にポスティングし地域の方約50名の参加を得て利用者と共に、たこ焼き・焼きそばやゲームを楽しんでいます。ボランティア和鼓（わっこ）による和太鼓や演武の披露もあります。神川中学校吹奏楽部の訪問演奏会やチャレンジ体験の中学生との交流もあります。近所のスーパー銭湯とは互いにパンフレットを置きあい、利用者で銭湯に通われる方もいます。手作りパン屋さん・雑貨屋（洋服・食料）さんの来店も定期的であり、多くの人々との交流が行われています。</p> <p>○各種委員会の立ち上げ 事業所では各種委員会（事故・身体拘束、感染症対策、給食、物品・サービス向上、行事レクリエーション、編集広報）を立ち上げ、サービスの質の向上に取り組んでいます。 事故・身体拘束委員会では、委員会開催の初期段階で、職員の提言によりヒヤリハット、事故報告の集計・分析を行い、結果を職員会議で報告検討し、声掛け・見守り・適切なトイレ誘導に繋がっています。ヒヤリハットも多く報告されています。 感染症対策委員会からは予防対策の各種提案があり、清掃の徹底・必要時の消毒薬使用方法・職員が菌を持ち込まない行動等の指導を行いそれぞれの現場で実践されています。 給食委員会では、利用者から食事内容に諸要求があったため、嗜好調査を行い話し合いを持ち、意見を取り入れた業者選択が行われています。利用者が要望や意見を言いやすい自由な生活の場があります。また、検食簿には残食や味・食べやすさ等が利用者の声・職員の声として書かれており、事業委託に係わる交渉材料にいかされています。 他の委員会も諸課題への取り組み姿勢を示し、活動を開始しています。</p> <p>○職員ヒヤリングから 当事業所の利用者の体力・日常生活動作・潜在能力を日々の観察から把握したであろう、介護サービスへのアイデアや発言が聞かれました。具体的な支援イメージもあり、前向きな姿勢に新鮮さがありました。事業切り替えで新スタートをきったばかりの、山積する課題を解決していく手ごたえを職員は感じているように理解しました。現場に関心を寄せている職員とともに「ハートフル京都・羽束師」のサービス支援体制に弾みを期待します。</p>
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○個別支援計画の展開と介護記録 初回の個別支援計画は各アセスメントシートから課題抽出し立案されていますが、展開が出来ていませんでした。また、記録は経時記録で書いていますが、計画の妥当性の判断を行うには不十分です。理念にある「安心」「安全」「快適」を目指したサービスの質は、個別支援計画とそれに沿って個別支援を行った実施記録で示す必要があります。</p> <p>○キャリアパスの提示と職員教育 会社ではキャリアパスが作成されているとのことでしたが、事業所では職員に提示出来ていませんでした。キャリア別研修は外部研修を活用し職員を派遣されています。質的には評価出来ますが、参加人数は制限されます。勉強会の実施は計画中とのことでした。利用者に質の高いサービスを提供するために、勉強会を行い自己研鑽が望まれます。</p> <p>○レクリエーションの充実 住宅型の運営時にはデイサービスセンターに通い、多彩なレクリエーションを行っていた利用者からは「デイに通えなくなって寂しい」との言葉があります。レクリエーション委員会では、年間行事・月間行事・毎日のレクリエーションに対して諸検討が進行しています。比較的元気な利用者も多い事業所でもあり、委員会に利用者も参加して頂き利用者に満足してもらえる企画・実践を望みます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○個別支援計画の展開と介護記録 個別支援計画を展開していく上での手順書を作られたらどうでしょうか。初回のアセスメントシートから計画立案・モニタリング・ケースカンファレンス・計画見直し・サービス担当者会議等、いつ・どこで・記録はどこに等、展開の流れを文章化し職員間の統一を図られることを望みます。全体会議でのケア検討はケースカンファレンスと位置づけ個別記録に残し計画立案へ又は具体策に加える等が必要です。介護記録は経時記録とともに、各計画毎にサービス提供時や終了後の利用者の反応（言葉・態度）等を書きモニタリングや計画見直しに繋げていくことを期待します。</p> <p>○キャリアパスの提示と職員教育 キャリアパスは職業人にとって指標になります。若い職員にとっては、どのようにキャリアを重ねていけばよいかを自分で組み立てる参考資料としても有効です。早期に職員に示されたらいかがでしょう。施設内勉強会もサービス向上委員会の設置により開始準備に入っています。身近で参加しやすい勉強会で職員のレベルアップと意識の統一を図られることを期待します。早期に定期的開催をされると共に、個人研修履歴を作成し積み重ねられることを提案します。また、社会的ニュースとして報じられている高齢者虐待については「何が虐待に当たるのか」「言葉の虐待」など話し合わせ、少しでも疑いのある件については調査委員会を持ち見落としなく調べる体制作りも必要です。勉強会を通して各種マニュアル作成を行われることも提案します。</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	2670917158
事業所名	介護付有料老人ホーム ハートフル京都・羽東師
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	平成28年2月16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	B
		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	B
	(評価機関コメント)			1理念は職員の総意で決め、玄関に掲げている。運営としては、職員体制を整え方向性を決めている時期である。理念の家族への周知はこれから行う予定である。ホームページ・パンフレット・広報誌にも理念の明記を望む。 2組織図は整備されており、職務内容は運営規程等に明記してある。各職種毎の業務分掌・各委員会での委員長への権限の委任は文章で示している。管理者は、各会議にとどまらず日常的に職員意見の吸い上げを行い運営にいかしている。法人施設長会議は不定期で行われているが、理事長とは定期的に懇談する機会がある。理事会は設置されていない。		
(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	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。	B	B
	(評価機関コメント)			3介護付き有料老人ホームとしての有り様の周知を職員に行い、システム面での改革をしている段階である。利用者（家族）との交流や地域との連携に力を入れ、認知症カフェの開催を目指している。年度計画・中長期計画は立案できていない。 4各委員会活動を通しサービスの改善を目指している。委員会毎に役割は伝えられており、目標の策定中である。事故・身体拘束委員会をモデルケースとして委員会の役割・取り組み過程を学び、全体会議で具体的実践内容を報告し、サービスに繋げている。		
(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。	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)	<p>5 施設長が研修に参加する等して倫理規定や法令遵守マニュアルを策定する準備をしている。法令集は事務所に置いてパソコンでの検索も可能であるが、常時職員が活用するところまでには至っていない。</p> <p>6 管理者の役割と責任は運営規程に明記している。業務分担表やマニュアルを作成し職員の職務分掌を明確にしている。介護職との面談は年一回行うが日々かわりを持ち、随時職員の意見を聞き取るようにしている。職員より、「管理者は聞き上手であり提案もしやすい」との言葉が聞けた。</p> <p>7 管理者は日報やメモ、夜勤報告書等で事業の実施状況の把握に努めている。公休日も携帯で連絡がとれる体制にある。身体的な緊急連絡はまず看護師に行い、結果を管理者に報告するシステムをとっている。</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
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。	B	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。	A	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	B
		(評価機関コメント)		<p>8管理者が計画作成担当や事務を兼務し多忙な状況にある。常勤職員より非常勤職員比率が高いが、非常勤職員を常勤職員化する話し合いを始めている。会社としてキャリアアップ支援はあるが、事業所内での勉強支援等はこれから作っていく予定である。</p> <p>9外部研修の年間計画は作成しており、サービス向上委員会で職員のキャリアに合わせて参加者を選び派遣し伝達研修を行っている。事業所内での勉強会の定期化は行っていない。</p> <p>10実習担当者研修の修了職員がいないため、介護系の学生受け入れは出来ていない。近隣の中学生のチャレンジ体験を受け入れ、年間6～9名の参加がある。受け入れマニュアルが不十分であるので整備を望む。</p>		
(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。	C	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>11有給や時間外労働は経理で管理している。有給については残日数を毎月職員に知らせており、消化率は高い。育児休暇・介護休暇もとれる体制にある。機械浴やリフト車が整備されている。</p> <p>12系列の京都武田病院内に「メンタルヘルス対策課」があり、専属の職員（カウンセラー）を1名配置し、職員のカウンセリングを行っており利用できる。互助会（ひまわり会）に参加しており、懇親会等補助がある。休憩室は介護現場から少し離れた一角にあり、コーヒーやお茶を飲みくつろげる広さがある。足をのばす又は仮眠するのは2階の看護室内ベッドを使用している。</p>		
(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。	C	C
		(評価機関コメント)		<p>13事業所概要はホームページで発信している。地藏盆や羽束師地区の祭りへ協賛している。神輿の休憩場所に敷地内を提供し利用者は神輿巡行を見学したり地域の方との交流がある。事業所の納涼祭では、チラン100枚を近隣にポスティングし地域の方約50名の参加を得ている。ボランティア和鼓（わっこ）による和太鼓や演武の披露もある。近所のスーパー銭湯との交流や手作りパン屋さん・雑貨屋さんの来所が定期的にある。</p> <p>14現在は事業所内運営に重点をおいている。地域に向けた研修会は実施していない。</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
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ホームページ・パンフレット・広報誌で、事業所概要やサービス内容を知ることが出来る。見学・相談は随時受け入れ、管理者やリーダーが対応している。			
(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 利用開始時に重要事項説明書・利用契約書・パンフレット等で説明を行い、保険外サービス料金についても説明し同意を得ている。成年後見制度については必要時に説明している。			
(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。	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。	C	B	
	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		17 基本情報・フェイスシート・入居者台帳・医師指示書により、生活歴・ADL・IADL・嗜好・認知度等把握している。診療情報では、投薬内容・検査データも提供されている。利用者（家族）から丁寧に聞き取っている。しかしアセスメントの見直しが行われていないので、定期的に行うと共に利用者の身体状況の変化・外的環境の変化に合わせ、見直しを望みたい。 18 アセスメントに基づき課題・目標が上がっている。サービス担当者会議（計画見直し）は6ヶ月毎と決めているが開催出来ていない。職員会議で利用者について意見交換は行っているが、計画へ反映はできていない。初期個別援助計画は利用者（家族）に説明し同意を得ている。 19 医師からは居宅療養管理計画書が毎月届く。定期往診時にも指示や意見を聞き、看護師から伝達があり日々の介護にいかしている。 20. 介護記録は経時記録で行われている。部分的な状況記録のため、計画の妥当性の検証には役に立たないのではないか。介護を展開する必要書類・書き方・取り決め等、手順書（取り扱い規程）を作成し職員間での統一が望まれる。			
(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 京都武田病院より、月に二回内科医の往診がある。看護師が毎日京都武田病院と連絡を取り情報を交換している。利用者の入院・退院時も連携をとっている。その他の病院受診は家族や職員が付き沿っている。			

(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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>22 業務マニュアルは作成され、個々の住居事項と合わせて作成する等工夫がみられる。しかし、業務マニュアルは全体としては整備出来ていないものも多々ある。各種業務マニュアル作成を行うと共に、定期的な見直しを望む。</p> <p>23 利用者の食事・排泄・睡眠状態等に関する記録はよく書けている。経時記録であっても利用者の身体面・精神面・環境面等、日常生活状況が分かる記録が望ましい。個別支援計画に沿ったサービス提供時の利用者がどのような反応であったかの記録が出来ていないが、モニタリングや計画見直しに繋げるには必要である。</p> <p>24 朝夕申し送りをし、身体状況の変化、サービス実施状況、食事・排泄の状況や本人からの要望・訴え等の報告をしている。担当する職員を加えた定期的なカンファレンスは持たれていない。</p> <p>25 利用者の家族とは月に一度電話で状況報告を行い、意見・要望を聞いている。面会時にも要望を聞き様子を説明している。事故報告書には家族欄を設け、報告した内容を記録に残すようにしている。</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。	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)		<p>26 感染症対策マニュアルを作成し職員に周知するとともに各階に消毒用のアルコールやノロウイルス対策キットを設置し、看護師から指導を受けている。感染症がある利用者の対応は、湯ぶねの消毒やマスク等で二次感染を防ぐ手立てをしている。ノロウイルスが流行する頃には階段、廊下の手すり等消毒液で一日1～2回拭き感染予防に努めている。</p> <p>27 ホール、廊下、共有トイレ等共有部分の清掃は毎日業者委託により行われている。居室は職員が毎日行っている。汚物処理は一日三回屋外に運ばれ、施設内に嫌な臭気は感じられない。清潔感がある。</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。	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)		<p>28 事故緊急時対策マニュアルは夜間想定のプロローチャートを作成し、事務所・スタッフルームに掲示して、責任者不在時も全職員が対応できるように周知している。</p> <p>29 ヒヤリハット、事故報告書は全職員に回覧している。事故・身体拘束委員会では、転倒等頻りに報告が上がる利用者について、発生場所、時間等の集計を行い職員に予防の意識づけをしている。職員会議で対策を検討して、見守りの強化や頻回の声掛け・適切なトイレ誘導に繋がっている。ヒヤリハットも多く報告され、職員の意識向上が確認できる。</p> <p>30 防災訓練は年二回、昼間・夜間想定訓練を利用者も一緒に行っている。消防署の立ち合いも得ている。備蓄として、水のタンクがあるため一日は持つようになっている。米も常時在庫を多めに持っている。2日目以降は系列事業所から支援体制がある。</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	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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>31利用者からの苦情についての報告書に、今後の予防に関する対応欄を追加し再作成を行った。身体拘束禁止について外部研修に参加し伝達研修を行っている。日々の苦情・意見・要望・ヒヤリハット・事故報告からアプローチしサービス向上委員会や事故・身体拘束委員会につなげている。全職員に勉強会をもつまでには至っていない。</p> <p>32理念にもうたっているプライバシーには特に留意し、入浴時は個室でひとりひとり行い、居室に入室時もノックを徹底する等職員全員で実施している。</p> <p>33施設の構造上、出入りが自由なため徘徊による離接事故について説明することがあるが、決定は公平公正に行っている。申込み待機者には空床の見通しを説明し、空床が出た場合は申し込み順に連絡している。</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。	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	公的機関等の窓口にご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。	C	C
		(評価機関コメント)		<p>34介護付老人ホームになり今までの違いを説明する為に、利用者運営懇談会を行っている。現在は個別の面談に切り替えている。各階に目安箱を設置し、意見、要望、苦情を受け付けている。筆記が困難な利用者は苦情報告書として職員が代筆している。特に食事に関する要望は多くあり、利用者を交えて話し合い意向を取り入れて業者の変更を行っている。利用料金に対する電話での問い合わせも多くあり、説明している。</p> <p>35サービス向上委員会で苦情報告書の内容とその対応方法を検討し、サービス向上に役立っている。利用者本人から出た意見には迅速に対応するようにしている。内容の公開は出来ていない。</p> <p>36サービス向上委員会を設置し事業所内での対応体制は出来ているが、重要事項説明書に事業所窓口責任者の明記がない。公的機関等の相談窓口も記載されていない。これらを明記し第三者相談者の設置等、利用者（家族）への周知を望む。</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。	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。	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。	C	B
		(評価機関コメント)		<p>37嗜好調査としての聞き取りで利用者アンケートは年一回実施している。サービス全体としての満足度を調査し、分析するまでには至っていない。サービス向上委員を中心に質の向上に向けての取り組みが始動している。</p> <p>38全職員が出席する職員会議でサービスの質向上の話し合いは行っている。職員間で議事録を回覧し、周知徹底している。さらに現在、サービス向上委員会を月一回開催し、職員全員に周知するシステム体制を構築中である。</p> <p>39平成27年4月に特定施設となり、日が浅いため実施できていないが、第三者評価受診にあたって担当者、サービス評価委員会を立ち上げている。</p>		