

様式 7

アドバイス・レポート

平成 31 年 3 月 26 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 30 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〔宇治明星園特別養護老人ホーム〕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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 地域と一体化し、福祉力の向上に取り組まれています</p> <p>○ 「菟道明星園とともに地域の福祉をよくする会」(旧宇治明星園後援会)があり、地域の集会所にて 2 ヶ月毎に明星園カフェ(介護保険や認知症をはじめ、健康維持や相続の問題等の講演会後のお茶と共にフリートーキング)の開催等、職員・地域の方々が一体となって、地域福祉に貢献されています。</p> <p>○ 市民の「成年後見人研修会」会場を施設が提供し、施設見学と成年後見制度についての質疑応答を深めて貰う機会をつくっています。</p> <p>○ 地域の各種団体と合同で定期的にイベントを開催、施設内には多くのボランティアが活動されています。またそのことは広報紙「あけのほし」「明星園」や明星園グループ総合情報誌「一年のあゆみ」冊子にも記載され、地域に配布されています。充実したホームページとともに、優れた情報開示は、利用者が地域の方々と良好な関係を築く橋渡しにもなっています。</p> <p>2. 事業運営を計画的に進められています</p> <p>○ 事業所の中・長期(事業継続)計画が策定され、現状分析・諸課題に対する考察・期間・具体的な取り組み課題等を明確にして達成に向かわれています。それに基づいた単年度計画は年度途中で振り返り、必要に応じて修正しながら目標達成に向けて取り組まれています。</p> <p>○ 事業計画の現状分析において、建物の一部が土砂災害(特別)警戒区域に指定されており、入居者の安全確保のため来年度より建替えに着手されます。それに応じてユニットケア導入に向けた新たな検討委員会を発足し、利用者の重度化等も意識した課題を分析し、具体案の策定に向けて取り組まれています。また、各職種、各委員会が協働して課題を設定し、積極的に取り組まれています。</p>
-----------------------------	---

	<p>3. 「生きていて良かったと喜び合える施設づくり」をめざして</p> <p>○ 法人運営理念に沿って事業所ケア目標「生きていて良かったと喜び合える施設づくり」を設定し、職員は日々利用者に寄り添ったケアの充実を目指されています。計画に沿って、利用者と綿密に話しが出来るよう担当職員を配置し、カンファレンスを行い、チームケアを高めています。</p> <p>○ 四季の行事日に家族懇談会も開催し、サービスの向上に努めています。利用者アンケートからも利用者・家族・職員・地域の方々(ボランティア)が一体になれる楽しい日のようです。</p> <p>○ 職員は業務に応じた個人目標を持ち、資格取得や外部研修に参加し、スキル向上を目指されています。特に今後に向けてユニットケアリーダー研修・看取りケア研修参加等、事業所として積極的に推進しています。さらに、認知症利用者への配慮等、職員にはきめ細やかな対応が要求され、それに応じようとされています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 業務マニュアルについて</p> <p>○ 介護業務マニュアルは整備され、時期を定めて全て見直されています。誤嚥防止のため、うがい方法を改善し、口腔ケアのマニュアルを見直されています。しかし、「変更無し」の記載が多く見受けられました。また、事故報告・ヒヤリハットは、詳細な記録と月ごとの分析を行い、対応方法を検討されていますが、事故防止策をマニュアルに繋げるまでには至っていません。</p> <p>2. 利用者満足度調査について</p> <p>○ 地域住民参加の「菟道明星園とともに地域の福祉をよくする会」やうぐいす会(入所者自治会)による意見も参考にし、サービスの質の向上を図られています。さらに今回、匿名での満足度調査を実施され、直接言いにくい利用者の思いも引き出されています。しかし、集計に留まっているという認識です。</p> <p>3. プライバシー保護について</p> <p>○ 班会議でプライバシーや羞恥心について話し合い、入浴時やおむつ交換等は、プライバシー配慮のもと行われています。しかし、食堂横のトイレは広く深く仕切られ、車椅子の利用者もスムーズに対応されていますが、ドアが無く、カーテンのみとなっていました。臭気対策は清浄機設置で問題は無いようですが、利用者のプライバシーや羞恥心への配慮が必要に思います。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. マニュアルの見直しについて</p> <p>○ 多くの業務マニュアルを揃えておられますが、遵守しにくいところはないか、実態に合っていないのではないかな等の確認を、丁寧に見直すことが必要ではないでしょうか。</p> <p>○ 今後ユニットケア等に応じ、新たなマニュアルの整備も必要になると思います。利用者の自立支援に繋がり、安全を踏まえた全職員の実務書として整備していただき、周知し、活用されることを願います。また、利用者の意見や事故防止策の具体案を反映した業務マニュアルの作成や見直しで、さらに質の高いサービスが提供されるように期待いたします。</p> <p>2. 利用者満足度調査の継続的实施をお勧めします</p> <p>○ 声を上げにくい利用者や事業所として聞きたい事を分析するためにも毎年利用者・家族のアンケート調査を実施し、分析されることでサービス向上の貴重な資料になると思われれます。要望のある取り組みを事業計画に盛り込むと、より質の高いサービスを提供することが出来るのではないのでしょうか。</p> <p>○ 施設の改築に伴い、さらに利用者の満足が得られる新施設を目指されています。今だからこそ、夢の持てる楽しい暮らしの実現に向けて、十分にその思いを満足度調査で聞き出せるような項目を準備し、実施していただきたく思います。</p> <p>3. プライバシー保護について</p> <p>○ プライバシー保護についてはマニュアルが整備され、研修会も毎年行われています。食堂横のトイレに関しては、奥深いスペースがありますので、仕切り手前にもカーテンやパーテーションを併せて活用する等の配慮をされると、さらに良いのではないのでしょうか。利用者の心身の状況如何に関わらず、より一人ひとりを尊重されたサービス提供に期待いたします。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2671200042
事業所名	社会福祉法人宇治明星園 宇治明星園特別養護老人ホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成31年2月27日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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 「法人の設立精神」（法人理念）は玄関に掲示され、「経営理念」「運営理念」と共に、経営者会議・職種別代表者会議・班会議等で唱和し、確認しています。新入時には理念の解釈について説明されています。利用者・家族等には契約時、機関紙「明星園」等にて法人理念の理解が図られています。 ② 理事会は定期的及び随時に開催され、法人の意志決定が行われています。経営者会議、職種別代表者会議等の内容は、班会議（各フロア一会議）等にて職員に報告されています。また、各委員会や班会議での職員の意見は上部会議に一部反映されています。職務基準書により職務内容は明確ですが、権限委譲の明確化等の整備が望まれます。		
(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。	A	A
	(評価機関コメント)			③ 事業計画は、中・長期及び単年度計画を策定しています。計画策定にあたっては、前年度の改善すべき点、法律改正や今後の地域ニーズ、職員の意見等も反映して、課題を明確にした計画が策定されています。 ④ 事業計画は各項目毎に具体的な課題が設定されています。各職種・各委員会毎に課題を設定し、協働して取り組んでいます。半期ごとに中間総括して見直し、達成に向け取り組んでいます。		

(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。	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、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 経営に関わる研修には経営責任者(運営管理者兼ねる)・事務員が参加し、必要な関係法令の情報を収集すると共に把握しています。事務室には関係法令を種類別に設置し、誰もが調べられる体制を整備しています。職員には必要に応じて、遵守すべき法令に関する文書を配布すると共に、班会議で周知を図っています。</p> <p>⑥ 事務分掌で職務内容を明記しています。運営管理者は理事会を始め、各種会議に出席し意見を述べ、また、日頃から職員一人ひとりに意見を聞く機会を持っています。</p> <p>⑦ 運営管理者は施設内で勤務しており、業務日誌、各種報告書で運営状況を把握しています。管理者不在時には、携帯電話にて常に連絡が取れるようにしています。また「緊急時対応マニュアル」が整備され、指揮命令系統も明らかで管理者の指示が仰げる体制が出来ています。</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。	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
(評価機関コメント)		<p>⑧ 必要な人材確保は、法人の人事方針に基づき積極的に行っています。資格取得には勤務時間の調整、介護支援専門員の更新研修は半額補助をしています。また、各種資格取得後には、明確な資格手当を設定しています。</p> <p>⑨ 「年間職員研修計画表」を基に、職員は個別の目標・研修計画を立て、上司と面談の上、外部研修に積極的に参加し、スキルを向上させています。新規採用者研修は、新人・転職者別に 具体的な研修プログラムに応じて行われ、OJTも実施されています。</p> <p>⑩ 実習の基本方針、マニュアルは定められており、外部の実習指導者研修を受講し、受け入れる体制を整備しています。大学生の介護体験、中学生の介護福祉体験等を受け入れています。</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。	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
(評価機関コメント)		<p>⑪ 職員の労働環境に関しては、有給休暇消化率や時間外労働のデータを組織として管理され、経営者会議で働き方改革関連法案も含め、改善策を検討しています。育児休業法・介護休業法に適切に対応されています。入浴は個浴にリフトを導入、機械浴を拡充し、腰痛ベルトを貸与して職員の負担軽減に繋がっています。また、PTによる腰痛予防体操講習会も行っています。</p> <p>⑫ 職員のストレスをサポートするため、心療内科の産業医を配置しています。休憩室は更衣室を兼ねていますが、施設の改築に伴い、現在職員が十分にリラックスできる環境を整備中です。職員互助会があり、親睦会を開催しています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑬ 法人理念「地域に開かれた 地域に根ざした 地域住民に支えられた施設づくり」のもとに、地元自治会や老人クラブ等と連携、機関紙「明星園」「1年のあゆみ」を発行し情報を開示しています。利用者配布の行事予定表に、地域の行事（夏祭り・地藏盆・町内文化祭・学校運動会等）を記載し、利用者が参加希望の行事に、職員が付き添い参加されています。ホームページやパンフレットも見やすく作成されています。</p> <p>⑭ 施設は地元自治会と協賛で「在宅介護について語り合おう」を毎年開催しています。また、市民の「成年後見人研修」の会場に提供し、施設見学と成年後見制度についての質疑応答を深めて貰う機会を設けています。「明星園カフェ」は、2ヶ月毎に地域の場所を変え、ボランティアの方々（地域をよくする会のメンバー）と継続的に取り組まれています。また、小・中学校への「認知症キッズサポート講習」の実施等、共に地域を作りあげるというスタンスで地域との繋がりを大切にしています。施設として地域に配食を実施し、おせち料理の配食も行っています。</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 ホームページは充実し、パンフレットや機関誌等、わかりやすく紹介されています。見学希望者は随時受け入れ、相談員が対応し日誌に記録しています。		
(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 重要事項等説明書や料金表を用いて、利用料金、サービス内容をわかりやすく説明され、同意を得ています。利用開始時に判断能力に支障のある利用者の場合、代理人や後見人等と契約しています。利用者の権利擁護のため成年後見制度及び地域福祉推進事業（日常生活自立支援事業）の取り組みを推進しています。		

(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)		<p>⑰ アセスメントは事業所独自の様式を用いて行っており、利用者や家族が望む生活像・サービスを担当介護職員が聞き取り詳細に記録しています。看護師を通して主治医との連携も行われています。アセスメントはモニタリング時に確認し、必要に応じて適宜見直しを行っています。</p> <p>⑱ サービス担当者会議は、本人・家族(成年後見人含む)が参加し、長期・短期目標を定めており、利用者・家族等の同意を得ています。</p> <p>⑲ サービス担当者会議には、利用者・家族等に加え、介護支援専門員、看護師の合議により個別援助計画を作成しています。必要に応じて主治医、PT、歯科医等の意見を計画に反映させています。</p> <p>⑳ 個別援助計画は、定期的にモニタリング、見直しを行っています。利用者の状況については、介護日誌、看護日誌で確認されています。変化が見られるときは、必要に応じて個別援助計画を見直し、専門家の意見照会が行われています。変更時には家族へ相談報告を励行しています。</p>		

(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 施設内に診療所、地域包括支援センター支所があり、連携体制が確保されています。行政や地域の関係機関・団体等とも有機的な連携が大変良くとれています。		

(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。	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 業務マニュアルは整備され、時期を定めて全て見直されています。しかし、「変更無し」の記載が多く見受けられましたので、今一度担当別に、顧客満足度調査の結果や事故防止策・ヒヤリハット事例の反映など、丁寧に見直される必要があるのではないのでしょうか。</p> <p>㉓ 利用者の状況等は介護記録、看護記録に状態の推移等を具体的に日々記録されています。個別ファイルは整理され、各サービスについての記録も綴じられ保管されています。ファイルの保管、保存、廃棄等については文書管理規程に従って管理され、守秘義務誓約書を入職時に提出させるなど、十分な配慮と規程を履行しています。</p> <p>㉔ 利用者の状況等に関する情報は、PC及び紙媒体でデータを共有しています。申し送る事項は、口頭と申し送り帳にて伝達しています。申し送り帳は分かりやすく記入され、保管されていました。</p> <p>㉕ 家族等とは面会時、サービス担当者会議等に情報交換が行われています。また、些細なことでも電話等にて連絡をとっています。利用者の日常の様子については、3ヶ月毎に介護日誌・看護日誌のコピーを手渡すか、もしくは郵送にて詳細に知らせています。</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。	C	B
(評価機関コメント)		②6 法人内の感染症委員会では、感染症対策及び予防について常に最新の情報を入手し、外部研修にも積極的に参加し、二次感染防止に対する取り組みも強化しています。それに伴いマニュアルを更新し、班会議等で全職員に周知されています。本年度インフルエンザに感染された利用者・職員がありましたが、日頃の研修等が生かされ、二次的被害を抑える体制が取れていました。 ②7 施設内は日々職員が清掃を行い清潔が保たれ、整理整頓されていました。年に数回地域ボランティアによる大掃除が有り、天井の配管上部まで清潔が保たれています。トイレに扉がなくカーテン方式のため空気清浄機を置き、臭気対策を行っています。衛生管理者が配置されています。時折床清掃が行き届かない事があるようですので、チェック表の実施励行が望まれます。		

(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。	B	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。	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	B
(評価機関コメント)		②8 緊急時対応マニュアルが作成され、緊急連絡網が職員室内に掲示されています。救命救急訓練を毎年実施していましたが、今年は事故防止に関する事例検討会を2回実施しています。AEDの早期設置とそれを含めた実践的訓練の実施が望まれます。 ②9 発生した事故はマニュアルに沿って迅速に対応されています。ヒヤリハット報告は簡易で書きやすいフォームに改善され積極的に職員は提出し、事故防止委員会で事故報告書と共に、分析、検討が行われています。委員会で検討された対策は報告書を作成し、全職員に周知を図っています。また、誤嚥防止のためうがいの仕方を改善し、口腔ケアのマニュアルを見直すなど、事故防止の軽減に有効に活用しています。 ③0 災害発生時の対応マニュアルがあり、避難訓練を実施しています。今年度は、通報訓練2回、避難訓練4回、消火訓練2回、総合訓練1回を実施しています。マニュアルには具体的な訓練計画が記載されていますが、地域自治会の都合で自主防災協定が締結できないということでしたので、今後、締結できるように期待します。		

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
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。	B	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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>③① 利用者の人権や意思を尊重したサービス提供を行うことが、事業所の理念や運営理念で明確にされ、研修会等で職員に周知されています。「身体的拘束等適正化検討委員会」では、利用者の心身の状況如何に関わらず、人権や意思を尊重したサービス提供が行えているかの職員アンケートを実施し、そのことで職員は自己の反省確認をしています。また、集計し分析されたアンケート結果を基に内部研修を行い、職場の人権に関する意識が高められるようにしています。「身体拘束ゼロ推進研究委員会」の外部研修等に参加している職員は、報告書を提出し会議で発表・共有しています。</p> <p>③② 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供について、班会議で話し合っています。入浴時の同性介助については利用者からの申し出により対応、おむつ交換は他人に見えない様プライバシーに配慮して行われています。しかし、トイレは車椅子が対応出来るよう広くするため、カーテンで仕切られていますが、利用者のプライバシーや羞恥心への配慮に関して今一度ご検討願います。</p> <p>③③ 法人の入所基準を基に、入所決定をしています。入所要件に満たない方には、どのような施設や事業所なら入所できるかなどを案内しています。</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	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 利用者や家族等には、日常生活の中や面会時・来園時に出来るだけ意向を聴く様にしています。施設では、第三者機関(サービス向上提言委員会)を設け苦情の状況についての確認を定期的に行い、また入口近くの意見箱等より、利用者の意向等を収集しています。年4回家族会を開催し、家族同士交流されると共に、意向を聞いています。</p> <p>③⑤ 利用者の苦情や要望は記録に残し、法人全体でサービス改善に役立っています。その改善状況は個人情報保護に配慮したうえで、機関紙を通して利用者や地域に公表しています。しかし、苦情対応マニュアルが確認出来ませんでした。また、苦情に対してより一層の迅速な対応が願われます。</p> <p>③⑥ 事業所関係者以外の第三者を苦情相談窓口・公的機関の相談窓口を施設内に掲示すると共に重要事項説明書にも記載、新規契約者には説明し周知を図り、機関誌等でも知らせています。サービス向上提言委員や介護相談員から、利用者の意向を聞いています。</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てている。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>⑳ 利用者の満足度を把握するためアンケートを実施、集計され、職員で確認されています。しかし分析・検討する会議や、改善課題は明確でなく、今後の取組みに期待します。</p> <p>㉑ サービスの質の向上を図るため、施設長出席のもと毎週職種別代表者会議を開催して改善策を検討、当日参加できなかった職員には書面で伝えています。法人内の他事業所とは、定期的に会議を行い、自事業所との取り組み比較や検討を行っています。また、施設のユニット化改築に向けて、他法人のユニットケア施設見学や情報収集を積極的に行っています。</p> <p>㉒ 事業計画は各会議で半期に一度自己評価を行い、課題を明確にしながら達成に向けて取り組んでいます。第三者評価は3年ごとに受診し、改善に向けて取り組んでいます。</p>		