

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 6 月 4 日

令和元年 8 月 8 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたグリーンプラザ博愛苑につきましては、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>(通番 25 利用者の家族等との情報交換) 毎月広報誌を送付するとともに一人ひとりの家族に「ご家族へのご連絡」(お便りと写真)を3カ月に1度送付し、利用者の日常の様子を伝えています。また、年2回の家族交流会の際に担当介護職員との家族懇談会を行い、要望等を聞く機会とするとともに家族同士や職員との交流を図っています。 家族と情報交換を行い、その声を支援にも反映されてきました。様々な機会や方法を活用されており高く評価できます。</p> <p>(通番 29 事故の再発防止等) 事故発生時には家族に状況、対応を迅速に説明し、パソコン内に記録しています。ヒヤリハットの基準及び様式の工夫をして、件数も多く出されてきました。発生した事故については報告書に記録され、事故防止対策委員会で検証されてマニュアルにも反映されてきました。</p> <p>(通番 31 人権等の尊重) 利用者の人権尊重を基本理念・基本方針及びケアマネジメントマニュアルに明記しています。不適切ケア防止部会を立ち上げ、アンケートを実施し、日常業務の振り返りを行っています。 また、虐待の芽チェックリストも併用して支援に活用しています。高齢者虐待と不適切ケアに係る研修も行っています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 3 事業計画等の策定) 単年度の事業計画については、毎年実施される「サービス利用者満足度調査」をふまえて策定されています。事業計画は広報誌にも記載しています。しかし、中長期構想は、経営戦略会議で検討は行われていましたが明文化されていませんでした。 3～5年後の目指す方向性を中長期計画として明文化して職員や利用者等に示し、その具体的な取り組みとして、単年度の事業計画が策定し実行していくことが求められます。法律や利用者のニーズを考慮して今後作成していく予定としていとお伺いしましたので策定を期待します。</p> <p>(通番 1 2 ストレス管理) ストレスチェックを実施して、職員の希望に応じて協力機関の医師が産業医に相談ができる体制を整えていました。また、職員共済会、ソウェルクラブ（福利厚生センター）への加入、職員互助会の設置など職員のストレス解消への取り組みをされていました。就業規則にハラスメントにかかる条文はありましたが、ハラスメントにかかる具体的な体制や職員への周知が不十分でした。</p> <p>(通番 3 9 評価の実施と課題の明確化) 3年に一度、第三者評価を受診して評価結果に基づき改善を行っています。しかし、自己評価は実施されていませんでした。評価基準を策定するとともに年に1回の自己評価の実施を期待します。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>特別養護老人ホームグリーンプラザ博愛苑は、舞鶴市郊外の自然豊かな地域にあり、平成12年に開設された特別養護老人ホーム（定員50名、短期入所者10名）です。居室は、従来型の4人部屋と個室があり、開設以来、より良いサービス提供の形態について試行錯誤を重ねながら、現在は特別養護老人ホーム及び短期入所の一体化の運営を行っています。 職員参画のもと策定された法人理念「すべてのひとに博愛の心を」は、実践の具体化のための指標として全職員に浸透され、居室担当職員を中心としたチームケアが実施されています。 また、全職員が正規職員であり、研修体系やキャリアパス制度、プリセプター制度（1年間）や現場での気づきを促すOJTの仕組みの構築、資格取得支援や産休・育休取得支援などにも力を入れています。 支援においては、毎月、不適切ケア防止委員会や褥瘡対策委員会等を開催するとともに高齢者虐待と不適切ケアに係る研修やプライバシーの保護に特化した研修、虐待の芽チェックリストを行い、人権意識の向上に努めておられることが確認できました。また、安心・安全に向けてヒヤリハットの基準（レベルを6段階に設定）及び様式の工夫をして、ヒヤリハットが上がってきてやすいようにしたことや報告を掲示板で職員に周知する等の取り組みは、素晴らしい取り組みといえます。 利用者や家族の声にも真摯に耳を傾げるために年1回サービス利用者満足度調査を行うとともに年2回家族懇談会を開催しています。また、各居室に担当者を配置して日頃から利用者が</p>

	<p>職員に対して意向を言いやすい雰囲気を作るよう意識して努めていました。毎月広報誌を送付するとともに一人ひとりの家族に「ご家族へのご連絡」（お便りと写真）を3カ月に1度送付し、利用者の日常の様子を伝える等の継続的な取り組みは、家族との信頼関係の構築につながります。</p> <p>個別援助計画の策定については、「ケアマネジメントマニュアル」を策定し、アセスメントの際、利用者・家族の参加を位置づけるとともに多職種の見解を大切に、ひとりひとりに対して専門性の高い支援が行われていることが伺えました。</p> <p>地域との交流については、地域で開催される芸能祭等への参加、施設の夏祭り、こども神輿の巡回など積極的に地域との交流を行っている。また、幼稚園や職場体験の受け入れも行っていました。</p> <p>今後もさらに地域に根差し、利用者一人ひとりを大切にしたサービスの提供を期待します。</p> <p>上記「特に改善が望まれる点とその理由」以外として具体的なアドバイスは下記のとおりです。</p> <p>（通番22）【業務マニュアルの作成】</p> <p>・各種業務マニュアルが整備されており、「業務マニュアル及び手順書等の見直し基準」において見直し基準を定めて年1回（年度末）の見直しを実施されていましたが、見直しを行った日付は各マニュアルのページを開かないと確認できない状態でした。目次を作成する等各業務マニュアルの見直しの時期が一目で分かる工夫をされては如何でしょうか。</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	2672700164
事業所名	特別養護老人ホーム グリーンプラザ博愛苑
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)	(介護予防)短期入所生活介護、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、(介護予防)特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	2019/12/17
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク一期一会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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) 職員参画のもと策定された法人理念「すべてのひとに博愛の心を」は、ホームページ、広報誌に記載され、施設内にも掲示されている。職員へは、年度初めの全体ワーカー会議で周知している。名刺の裏側にも記載されている。家族には家族交流会(年2回)での説明、理念が記載された広報紙を毎月送付している。 2) 人事制度実施要綱にかかる役割資格等級基準、組織図が整備されている。経営戦略会議(月1回課長、部長、施設長)、主任会議(月1回)、特養ワーカー会議、リーダー会議、年度初め係会議、各委員会等の階層別の会議を定期的に開催し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っていた。		
(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質の向上に向けた計画を策定すると共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。	B	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)			3) 単年度の事業計画については、毎年実施される「サービス利用者満足度調査」をふまえて策定されている。事業計画は広報誌に記載している。中長期構想は、経営戦略会議で検討は行われているが明文化されていなかった。 4) リーダー会議を通じて課題設定をし、全体会議で職員に周知をしている。毎月のリーダー会議等で課題の達成状況を確認している。褥瘡ケア、新人職員の育成等の取り組みなどの課題を掲げ、委員会でも進捗状況の確認を行っている。		
(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。	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。	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、いつでもスタッフ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) 管理者は集団指導、民間社会福祉施設長研修会、市施設長会等の研修に参加し、職員に対し伝達等を実施している。法令等についてはリスト化され、パソコンを通じていつでも閲覧できるようになっている。介護保険法令等は、2階ワーカー室に設置し活用している。行動規範については、採用時研修のプログラムにもなっている。 6) 「人事制度実施要綱」に職務権限等が明文化され周知されている。管理者は経営戦略会議、主任会議にも参画している。異動希望調査の面談等を通じて職員の意見は把握している。管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みとして組織活性化プログラムで職員アンケートを行い、経営戦略会議で分析を行っている。 7) 日々の状況については、サイボウズで管理をし、責任者を明確にするとともに業務日報や事故状況報告書などにより把握している。施設長は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあり、必要に応じて適切な指示を出せるようになっている。。緊急時対応マニュアルを整備し、ワーカー室に置いている。		

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。	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)		8)「人事制度実施要綱」を作成し、人事体制に関する方針、キャリアパスが整備している。特別養護老人ホームは全職員が正規職員となっている。離職者管理表で離職防止につなげている。また、入職後に資格取得を積極的に推奨しており、受験対策講座の実施や勤務上の配慮、資格手当の支給など支援体制を整えている。 9)階層別研修、内部研修、外部研修があり、体系的に年間研修計画が策定されている。個人別で研修履歴を把握している。プリセプター制度(1年間)や現場での気づきを促すOJTの仕組みがある。 10)実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れ窓口を設置している。各実習ごとにてびきを定めるとともに実習指導者に対する研修も実施されている。介護福祉士の実習を受け入れている。		
(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	スタッフ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	B
		(評価機関コメント)		11)有給取得や時間外労働は各事業所主任及び事務部門で把握するとともに勤務表作成者(主任)が調整等を行っている。育児休業・介護休業法に基づく規程が整備され、適切に対応されていた。法人独自のリフレッシュ休暇がある。低床マットやスライディングボードなどの導入により職員の負担軽減が図られている。シルバー人材の見守り補助も導入している。 12)ストレスチェックを実施して、職員の希望に応じて協力機関の医師が産業医に相談ができる体制を整えていた。また、職員共済会、ソウェルクラブ(福利厚生センター)への加入、職員互助会の設置など職員のストレス解消への取り組みがされている。休憩室、宿直室が整備されている。就業規則にハラスメントにかかる条文はあるが、ハラスメントの体制が不十分である。		
(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)広報紙(月1回470部)を地域関係機関等へ配布している。ホームページ、パンフレットをロビーに設置。情報はロビーをはじめ各事業所に掲示している。地域で開催される芸能祭等への参加、施設の夏祭り、こども神輿の巡行など積極的に地域との交流を行っている。また、幼稚園や職場体験の受け入れも行っていった。施設のロビーに広報紙等の情報を設置するとともに地域のイベントなどを掲示していた。 14)併設のケアハウスにて市から委託を受けた介護に関する出前講座を開催している。市の認定調査員会や地元の小中学校からの依頼を受けて認知症サポーター講座等へ職員の派遣をしている。また、民生児童委員の施設見学会、介護相談員との意見交換会、障害者ふれあい行動デーへの派遣をしている。		

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
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)施設概要はパンフレットやホームページにて分かりやすく情報を提供されている。また、パンフレットには利用料金表を挟み込んであり、一目で分かる工夫がされていた。問い合わせや見学等の希望があった時には「施設案内・見学受付カード」にて記録を残し、対応をしている。		
(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、利用者にわ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)事業所のサービスや料金等が記載された重要事項説明書にて丁寧に説明を行い同意を得ている。成年後見制度の活用実績も確認した。成年後見人制度のパンフレットをロビー等に設置している。		

(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。	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。	B	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	定期的又は必要に応じて、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様式(フェイスシート及びケアチェック)を活用し、利用者の心身状況等の把握をしている。医療情報等はサマリーにて確認をしている。計画の更新時(半年に一度)や状態変化があった場合は再アセスメントを行っている。 18)入所時、計画の更新時に「家族情報提供用紙」にて意向を丁寧に聞き取りをし、同意を得ている。入所時は1カ月の仮プランを作成し、サービス担当者会議を経て本プランを作っている。 19)サービス担当者会議において関係職員(医師・看護師・管理栄養士・生活相談員・介護支援専門員等)からの情報提供を受け、合議によりプランを作成している。診療情報提供書、サマリーなど専門家からの情報も取り入れている。 20)適切なモニタリング(介護・看護:3ヶ月毎、介護支援専門員:6ヶ月毎、管理栄養士:毎月)を実施しており、ケアプランの見直しの際には必要に応じて多職種の見直しをふまえて見直しをしている。また、「ケアマネジメントマニュアル」に計画を変更する基準を定めている。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)入所時には元の主治医から診療情報提供書等にて情報を得ている。また、嘱託医の回診時に情報や意見交換をされており、その内容をパソコンに入力し職員間で共有している。利用者の入退院の際には、入院時のサマリー提供や退院時カンファレンスに参加する等して連携を図っている。ケースによっては成年後見人やケースワーカーとの連携を行っている。		
(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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)各種業務マニュアルが整備されており、ワーカー室に設置しいつでも確認できるようになっている。マニュアルは採用時に配布し活用されている。リーダー会議やワーカー会議、係活動にて検証する仕組みがある。見直しの基準は「業務マニュアル及び手順書等の見直し基準」で定められ、年1回見直しが行われている。また、必要に応じて年度途中でも見直しを行っている。※目次を作った方がよい 23)セキュリティ管理されたパソコンにサービス計画に基づくサービス実施記録が記録されている。また、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程は、「個人情報保護規定」「文書等取扱規程」「文書等廃棄規程」にて定めてあり、就業規則にも記載されている。採用時に個人情報等の取扱い等に係る研修を実施している。※目標に係る記録をもう少し明記するとよい。 24)支援内容はパソコン(ちようじゅシステム)のケース記録に入力し、いつでも確認できるようになっている。1日3回の申し送りや特養業務日誌及び申し送りノート、ワーカー室での掲示を活用して職員間で情報を共有している。また、2ヶ月に1回のリーダー会議や定例ワーカー会議にてカンファレンスを実施し、業務の流れ等が変われば申し送りで伝えるだけでなく、議事録を全員に配布して周知を図っている。 25)毎月広報誌を送付するとともに一人ひとりの家族に「ご家族へのご連絡」(お便りと写真)を3カ月に1度送付し、利用者の日常の様子を伝えている。また、年2回の家族交流会の際に担当介護職員との家族懇談会を行い、要望等を聞く機会とするとともに家族同士や職員との交流を図っている。		
(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、スタッフ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)博愛苑感染対策委員会を設置するとともに「感染対策指針」「感染予防対策マニュアル」を作成して、全職員(事務職員含む)を対象にした研修(年2回)や入職時のOJT指導を通して感染症に対する知識伝達を行っている。また、インフルエンザの流行の情報を小まめに入手し、マニュアルを更新し職員への注意喚起を図っている。感染の疑いのある利用者の受入れについては、個室対応等にて二次感染予防対策を講じている。 27)共有部分の清掃、洗濯関係は専任ハウスキーパーに委託し、衛生管理を行っている。委託業務の報告書で管理されている。施設内は、空気清浄機の設置やエアコン・換気スケジュールを掲示して、換気の徹底により臭気対策を行っている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)		28)事故防止対応マニュアル、緊急時対応マニュアルがあり、日々、事故対応責任者が決められている。研修を年2回開催している。救急救命研修もキャリアに応じて行っている。 29)事故発生時には家族に状況、対応を迅速に説明し、パソコン内に記録している。ヒヤリハットの基準及び様式の工夫をして、件数も多く出されている。発生した事故については報告書に記録され、事故防止対策委員会で検証されてマニュアルにも反映されている。 30)火災、自然災害のマニュアルに加えて、原子力災害に係る避難計画、対応マニュアル(地震等による複合災害ではない場合)を策定している。夜間想定を含め年2回火災訓練を実施している。その他に緊急連絡網訓練を実施している。市から福祉避難所の指定を受け備蓄を行っている。		

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
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	
	..		31)利用者の人権尊重を基本理念・基本方針に明記している。不適切ケア防止部会を立ち上げアンケートを実施し、日常業務の振り返りを行っている。虐待の芽チェックリストも併用して活用している。ケアマネジメントマニュアルに記載している。高齢者虐待と不適切ケアに係る研修を行っている。 32)業務マニュアルにプライバシー尊重を明記している。プライバシーの保護に特化した研修を採用時に研修を行っている。支援の場面では、入浴介助をマンツーマン対応とし、脱衣所には仕切りカーテンを設置している。おむつ交換時は居室扉とプライベートカーテンを閉めるなどの配慮をしている。 33)入所基準を定め、事業所入り口に掲示している。入所検討委員会(毎月)には施設職員以外に第3者として介護相談員、市職員が参加し公平公正を図っている。			
(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。	A	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。	A	A	
			34)年1回サービス利用者満足度調査を行いとともに年2回家族懇談会を開催している。事業所内に意見箱の設置も行っている。各主任が相談苦情の窓口となっており、ポスターに記載して事業所内に掲示している。各居室に担当者を配置して日頃から利用者が職員に対して意向を言いやすい雰囲気を作るよう意識して努めている。 35)苦情解決に関する規程を策定している。苦情・意見・要望については、苦情対応委員会・主任会議・給食委員会等で検討され、迅速に対応される仕組みがある。結果については、相談苦情報告書が作成され、回覧し共有を図っている。意向調査の結果は年に一度広報誌に掲載され、改善状況と共に公開されている。 36)苦情解決の体制について重要事項説明書に明記しており、契約時に説明している。また、第三者委員を選任し、ポスターにて事業所内の見やすい所に掲示するとともにホームページにも掲載している。市の介護相談員を受け入れている。			
(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スタッフ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	B	
			37)計画的にサービス利用者満足度調査を実施し、部門責任者会議で調査内容を検討、経営戦略会議にて最終確認をして、決定した内容を迅速に公表している。 38)毎月、各種委員会(給食、褥瘡対策、感染対策、不適切ケア防止)を開催し、検証をし、サービスの質の向上を図っている。毎月開催の市内施設長会や3ヵ月に一度開催の市内従来型特養相談員部会に参加することで他事業所の情報収集と、自事業所の取り組みとの比較検討を行っている。 39)3年に一度、第三者評価を受診している。しかし、独自の様式に基づいた自己評価は実施されていなかった。			