

アドバイス・レポート

令和 2 年 5 月 8 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

令和 2 年 3 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（小栗栖の家ほっこり）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>1) 労働環境への配慮</p> <p>勤怠状況はタイムカードシステムによって法人で一括管理されており、月 1 回一覧表が施設に届くようになっています。それによって管理者は、年次有給休暇の取得や超過勤務の状況を把握し、職員への適切な声掛けに活用されています。年 1 回の職員面談や、「パーソナルシート」を用いて職員の意向を聞き取り、人事異動等も含めた、適切な対応につなげておられます。育児休業、介護休業の取得実績もあり、育児期間中の短時間勤務は就学前まで認めておられます。入浴リフトの設置、スライディングシートの導入、ケアコラボという記録システムの試行など、職員の負担軽減につながる機器の整備も積極的に行っておられました。</p> <p>2) 感染症の対策及び予防</p> <p>感染症対応マニュアルが整備されており、感染症の内容ごとに分けて、毎年見直しを実施されています。年 1 回以上、感染症予防に関する研修を実施し、研修内容は全職員に回覧し、共有されています。塩素消毒を定期的に行い、クレベリン（除菌薬）を設置するなど、感染症予防に努めておられます。施設見学時、当たり前のように肘まで袖をまくり上げ、一動作ごとに丁寧に手洗いをされている職員の姿から、指導が徹底されており、対策が浸透していることが見て取れました。</p> <p>3) 人権等の尊重</p> <p>法人理念、施設理念ともに、人権や尊厳について意識したものになっており、ケア向上委員会において、人権や尊厳の保持について検証し、実務にフィードバックする仕組みがありました。人権や虐待、身体拘束適正化に関する研修をゾーン内、ならびに法人全体として実施されています。研修は日程調整が難しい場合もあり、研修を受講することがなかなかできない環境ではありますが、大規模法人の利点を活かして数回開催をされていることは職員育成にとって評価できると思われまます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1) 事業計画等の策定</p> <p>例年、理事長が中・長期の展望について示す場が設けられていますが、今年度は都合により実施されなかったとのことでした。毎年、単年度計画を振り返り、修正を加えたものが中・長期計画に該当するとのこと、中・長期計画を文書化したものは確認できませんでした。理事長の頭の中には法人の中・長期的、かつ具体的なビジョンがおりだと思われまます、そのためか、毎年 10 月に行われるリ</p>

	<p>一ダー会議において、前期の振り返りを行っておられるものの、レクリエーションや個別ケアなど、個々の実践についての振り返りが主で、事業計画に連動したものにはなっていませんでした。</p> <p>2) 意見・要望・苦情の受付</p> <p>利用者本人に、日頃から声掛けをするなどして、話を伺うよう努めているとのことですが、定期的に意向を尋ねる機会を設けてはおられませんでした。そのため、聞き取った内容の記録も確認できませんでした。意見、要望、苦情について、ケア向上委員会で検討する仕組みはありますが、それらの収集と共有という点において、改善の余地があると思われます。</p> <p>3) 質の向上に対する検討体制</p> <p>ケア向上委員会にて職員アンケートを実施し、自らの行動について振り返りが行われています。また、法人内で交換研修を行い、実践を通じて振り返りを行うことによって、学んだ内容が運営に活かされています。しかしながら、せっかく行われたケア向上委員会での議論の内容が、記録に残っていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 事業計画等の策定</p> <p>職員全体に理事長の思いや法人・施設の方向性を浸透させるには、やはり中・長期計画を文書で提示されることをお勧めします。一人ひとりに配布し、会議の都度それを見ながら議論することで、事業計画を意識した運営ができるのではないのでしょうか。また、半期での振り返りも、個々の実践の振り返りだけでなく、事業計画の内容を意識し、事業所全体の方向性の中での振り返りを実施されることを期待します。</p> <p>2) 意見・要望・苦情の受付</p> <p>適宜、必要に応じて、ではなく、サービス担当者会議や、その他の機会を通じて、定期的に利用者本人や家族の意向を聞きとられることをお勧めします。意向の聞き取りをシステム化することで、必然的に記録にも残すようになるでしょうし、会議等で検討される際も、そういった記録などの資料に基づいて実施したほうが、より具体的で実のあるものになると思われます。</p> <p>3) 質の向上に対する検討体制</p> <p>質の向上については、様々な角度から取り組みを実施されていますが、委員会での議論の内容が記録に残っていないので、委員以外の職員に正確に伝わっていないようにも感じました。取り組みを施設全体のものとして共有するためにも、記録に残し、それを回覧することによって、全職員に周知されることを期待します。また、委員会で検討された内容を、職員アンケートの内容と組み合わせることによって、さらにより良い取り組みへつなげることができると思われます。</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	2690900085
事業所名	小栗栖の家ほっこり
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	小規模多機能型居宅介護
訪問調査実施日	令和2年3月16日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 法人理念のほかに施設理念が制定され、ホームページや広報誌「さくらだより」に掲載するとともに、施設内に掲示されています。年1回の職員面談において、理念をどのようにケアに活かしていくかヒアリングし、職員の「こういうふうにしていったら良いのでは」という意見を引き出すようにされています。運営推進会議においても理念について言及し、利用者や家族の理解が深まるよう努められています。2) 月1回のケース会議、フロア会議、リーダー会議（リーダー以上）、ゾーン会議（小栗栖を含む法人内の複数の拠点をゾーン分けしている）のほか、全体会議、理事会・評議員会など、案件別に会議体が設けられ、必要な協議がなされています。また、法人単位でいくつかのプロジェクトがあり、一般職員に参画の機会が与えられています。それらは、組織図や職員配置表で明示されています。		
(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	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	B
	(評価機関コメント)			3) 例年、理事長が中・長期の展望について示す場が設けられていますが、今年度は都合により実施されなかったとのことでした。毎年、単年度計画を振り返り、修正を加えたものが中・長期計画に該当するとのことですが、中長期計画を文書化したものは確認できませんでした。法改正や労働人口推移、少子高齢化などを見据え、理事長が課題を把握して法人の事業計画を立案し、それをもとに各事業所が、利用者アンケートの結果などを参考にしながらリーダー会議で話し合い、事業所の事業計画を立案する流れになっています。4) 毎年10月に行われるリーダー会議で前期の振り返りを行われていますが、レクリエーションや個別ケアなど、個々の実践についての振り返りが主で、事業計画に連動したものにはなっていませんでした。		

(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。	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)		5) 理事長からリーダー層に対し、必要な法令や労務管理について研修が実施されています。副施設長は集団指導や事業者団体の研修に参加し、情報を得られています。組織内のプライベートネットワークである「京老プレス」の中に、各種法令や必要な情報が格納されており、各パソコンのデスクトップからパスワードを入力して、誰でも見ることができるようになっています。エリア研修で、倫理、法令、個人情報などについて取り上げ、職員の意識の醸成を図られています。6) 「京都老人福祉協会研修要綱」の中の「職責フレーム」に、各役職の役割と権限が明記されています。副施設長はリーダー会議に毎回出席し、意見を述べるとともに、年1回の職員面談を実施されています。その結果を、法人の健康相談室（メンタル相談）につなげる仕組みがあります。さらに、法人単位で、職員の意向を聞き取る「パーソナルシート」を配布し、管理者への評価も含めた現場の意見を収集されています。7) タイムカードが副施設長の席のすぐそばにあり、毎朝出勤してくる職員の表情や様子を見て適宜声をかけられています。申し送りシートに目を通したり、リーダー会議で報告を受けるなど、日常的に状況を把握するよう努められています。事故発生時等緊急時には、「緊急時の対応マニュアル」に記載のフローチャートや緊急連絡網を用いて連絡が入るようになっており、必要な指示を仰ぐ体制が構築されています。		

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

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。	B	B
(評価機関コメント)		8) 研修要綱、研修理念に、法人が求める人材像について明示されています。ゾーン会議にて、各施設の必要な人員配置基準を決定されています。内定期間中に実務者研修を受講させたり、ケアマネジャーや介護福祉士の受験対策のための毎月の勉強会や模擬試験を開催するほか、研修費用を負担したり、出勤扱いで参加させるなど、様々な面から資格取得、スキルアップを支援されています。9) 研修要綱に研修体系が明示されており、年度当初に立案される研修計画に沿って研修が実施されています。OJTマニュアルに沿って新人育成が行われ、新人フォローアップ研修は年9回実施されています。職員個人ごとに研修計画が立てられています。法人内研修は開講1か月前に案内があり、それをもとに勤務調整が行われています。外部研修の案内は職員用の掲示板に掲示し、希望者を募られています。そのほかにも、たとえば排泄支援などの自主勉強会を勤務時間内で定期的に実施するなど、職員相互の学びを深める複数の仕組みがありました。10) 「実習指導マニュアル」に、実習受け入れに係る基本姿勢や受け入れ窓口、オリエンテーションの実施方法などが明記されています。過去には実習受け入れ実績もありましたが、現在は実習を受け入れる体制整備ができていないとのことで、実習指導者に対する研修も実施できていませんでした。		

(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)	11) 勤怠状況はタイムカードシステムによって法人で一括管理されており、月1回一覧表が施設に届くようになっています。パーソナルシートを用いて職員の意向を聞き取り、人事異動等も含め、適切に対応する仕組みが整えられています。育児休業、介護休業は過去に取得実績があり、育児期間中の短時間勤務は就学前まで認められています。入浴リフトの設置、スライディングシートの導入、ケアコラボという記録システムの試行など、職員の負担軽減につながる機器の整備も行われています。12) メンタルヘルスの相談窓口として、法人本部に「健康相談室」を設置されています。事務局で月1回会議を実施し、メンタル不調者をピックアップして話をする機会を設けられています。福利厚生としては、サークル補助や新規採用職員の懇親会の支援、業務関連の懇親会の費用補助などを実施されています。休憩スペースは畳の部屋と職員ロッカーの中の2か所設置されています。ハラスメントの相談窓口については、同じく法人本部に「明るい職場推進室」が設置されています。年1回の職員面談などの機会を設け、職員の意向に耳を傾けるよう努められています。			
(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	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。	A	A
(評価機関コメント)	13) 年1回、広報誌「さくらだより」を年賀状代わりに地域の事業所や学区の役員に配布されています。情報の公表制度の案内は法人のホームページに記載がありますが、小栗栖の家ほっこの情報は確認できませんでした。施設入口の掲示板に地域の情報を掲示したり、必要度の高い情報は個々のポストに入れるなどして、情報提供に努められています。「茶房ありがとう」や「すこやか学級」などの地域の取り組みに参加できるように、職員が送迎を行われています。14) 年1回、パセオダイゴロー（地域の複合施設）で開催される、醍醐南部地域包括支援センター主催の生活相談会に参加されています。また、徘徊模擬訓練に参加したり、「ほっこりカフェ」（オレンジカフェ）を施設内で開催するなど、事業所の有する機能の地域への還元を行われています。			

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
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、パンフレットを用いて事業所の情報を提供されています。パンフレットには、同じ建物に入っている3つの施設の設備や特色が写真やイラストを多く使って紹介されており、イメージしやすいものとなっています。また、事前の連絡のない突然の見学依頼にも対応できるように、チーフ以上の職員が、曜日に関係なく日中は常に事業所にいるようにシフトを組むなど、利用者側にとって見学しやすいよう配慮されています。				
(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) 保険外サービスも含め、重要事項説明書に必要な情報が記載され、それを用いて説明されています。成年後見人と契約している事例も確認できました。利用料は口座引き落としで徴収されていますが、月に1回、成年後見人に施設に来て頂き、預かり金の状況や利用者の現状についての情報共有をする機会を設けられています。				

(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)		17)介護ソフト「ほのぼの」を使用し、適切にアセスメントを行われています。6か月に1回アセスメントの見直しを行うとともに、それ以外にも利用者の状態の変化に合わせてプランを変更されています。18)サービス担当者会議に、家族、後見人、本人が出席し、意向を反映したプランを作成されており、同意を得たことが会議録にも残されています。19)嘱託医には来所日に意見照会をし、必要があれば入所前にかかっていたかかりつけ医とも連携されています。カンファレンスには多職種が参加し、本人や家族の意向も踏まえた合議の結果、プランが作成されています。20)毎月のモニタリングで利用者の状態の変化を適宜、把握されています。6か月に1回のプラン変更を基本としつつも、入退院なども含めて、利用者の状態が変化する場合、適宜、情報を収集し、個別援助計画の見直しを実施されています。その際には、医師や多職種の意見を聴取されています。		
(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)嘱託医には診察日以外にも、電話で連絡を取り、指示を仰いだり、場合によっては来て頂く体制になっています。行政機関、近隣の医療機関への連絡先のリストがすぐに活用できるように準備されています。2か月に1度の運営推進会議には、地域包括支援センターの他、自治会、老人福祉委員、民生児童委員、利用者の家族が参加しており、連携体制がとられています。		
(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)業務マニュアルについては、新人職員が見てもわかりやすいように、シフトごとにするべき業務がタイムテーブルで具体的に記入されており、また、利用者の状態変化や利用者自体の入れ替わりにも合わせてその都度更新されるなど、実用性の高いものになっています。マニュアルの見直しは、フロア担当やケア向上委員が更新することになっています。23)記録についてはパソコンシステム「ほのぼの」とスマートフォンの「ケアコラボ」を併用されており、業務中にスマートフォンを使用することについての説明文が館内に掲示されています。現時点でケアコラボは試行段階であるため、持ち出しはしないことになっていますが、今後、ケアコラボによる情報開示を行う際には、記録の持ち出しや管理についての規定の整備が必要と思われます。24)ケアカンファレンスは毎月2回実施されており、出席できない職員にも事前にアンケートを取って意見を集約し、反映できる体制になっています。「ほのぼの」の申し送り事項は毎日プリントアウトし、翌日閲覧できるようファイルに綴じられています。25)利用者の情報については、家族の来所時に口頭で伝達する他、あまり来所されない家族にはメールでやり取りするなど、工夫しながら情報交換が行われています。調査時点では新型コロナウイルスの影響により面会制限を実施されており、利用者の近況を添えた手紙を送るなど、きめ細やかな対応が行われていました。		

(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)		26) 感染症対応マニュアルが整備されており、感染症の内容ごとに分けて、毎年見直しを実施されています。年1回以上、感染症予防に関する研修を実施されています。研修内容は全職員に回覧し、共有されています。塩素消毒を定期的に行い、除菌薬を設置するなど、感染症予防に努められています。27) 障がい者雇用で採用している清掃担当職員が共有スペースの清掃を担当されており、館内は清潔に保たれ、臭気もなく快適な環境になっていました。医務室やケアマネジャー室など、整理整頓が行き届いており、物品は安全に保管されていました。空気清浄機を複数台設置し、また、こまめに消毒モップ掛けを実施するなどして、臭気対策に努められています。		
(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。	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)		28) 「事故発生防止のための指針」が定められており、定期的に見直し、更新されています。事故や緊急時に係る研修は、法人内ならびに施設内で実施されています。「緊急時の対応マニュアル」に指揮命令系統が明示されています。29) 月1回リスクマネジメント委員会が開催されており、事故の原因や対応方法について分析検討されています。たとえば、制限食に関する事故の後、事故防止のために、制限食の人の食事はあらかじめ別の色のプレートに乗せて先に提供して事故防止に努めるなど工夫されています。必要に応じて行政への事故報告書も作成されています。事故報告書に家族連絡欄を設け、報告内容ならびに家族の意向を記入し、共有されています。30) 火災だけでなく、地域柄洪水や土砂災害についての対応マニュアルが整備されています。学区の自主防災会に加入し、防災訓練時には近隣の飲食店の方にも協力して頂くなど、地域との連携を意識した体制がとられています。避難のさせ方の検証訓練など、より実践的な訓練が実施されています。		

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。	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)		31) 人権や尊厳について意識した理念になっており、ケア向上委員会において、人権や尊厳の保持について検証し、実務にフィードバックする仕組みがあります。人権や虐待、身体拘束適正化に関する研修をゾーン内、ならびに法人全体として実施されています。32) ケア向上委員会にてプライバシー等に関する職員アンケートを実施し、意識啓発に努めるとともに、日常の職員間での業務中の発言等に対しても意識を持ち取り組まれています。33) 入所判定会議の参加者を内部のみにせず、法人内の他事業所の管理者等からの意見も取り入れ、公平性を担保するよう努められています。				

(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	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。	A	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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)		34) 意見箱を設置されています。本人から定期的に意向を尋ねる機会は設けられてはいませんが、日頃から声掛けをしたり、話を伺うよう努められています。聞き取った意向をケア向上委員会で検討する仕組みがありますが、内容を記録に残しておられず、改善の余地があると思われます。35) 34の通りに意見箱が設置されており、対応マニュアルに沿って、ケア向上委員会を中心に、情報の共有、改善方法の検討が行われています。家族からの意見に対しては、苦情がなかった場合も含めて、その内容を施設内に掲示されています。36) 第三者委員を相談窓口として設置しておられ、重要事項説明書への記載や施設内での掲示を行われていますが、これまで、第三者委員を通じた苦情はないとのことでした。実際には、運営推進会議での意見聴取となっています。月2回、京都市の介護相談員が訪問されています。		
(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。	B	B
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
(評価機関コメント)		37) 年1回、満足度調査を実施し、質問等は年度末に利用者、家族に回答されています。ケア向上委員会で、調査結果を分析し、改善への取り組みが行われています。38) ケア向上委員会にて職員アンケートを実施し、自らの行動について振り返りが行われています。また、法人内で交換研修を行い、実践を通じて振り返り、運営に活かされています。ケア向上委員会での議論の内容が記録に残っておらず、改善の余地があると思われます。39) 運営推進会議が開催されています。小規模多機能型事業所では、外部評価に基づく評価を実施されていますが、特養においては、施設内の事業評価は行われていませんでした。		