

## アドバイス・レポート

令和 2 年 8 月 2 4 日

令和元年 10 月 30 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた特別養護老人ホーム 安寿の里につきましては、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。

<p>記特に良かった点とその理由(※)</p>	<p><b>(通番 1 1 労働環境への配慮)</b> 有給休暇や超過勤務の状況は、事業所及び法人人事部でも把握しています。育児休業制度などの復職制度が整備されています。時短勤務などを取得している実績もあります。職員の負担軽減につながるように入浴用リフト、タブレットの活用や眠りスキャンなどの最新機器を導入し、業務の負担軽減や省力化を図っています。職員向け掲示板を設け、随時情報を発信しています。</p> <p><b>(通番 2 5 利用者の家族等との情報交換)</b> 面会時を家族と話す機会ととらえ情報収集や発信をしています。家族会を年2回実施し、積極的に意見交換をしています。また、家族向けの広報誌を作成して、請求書送付時に施設内の情報を伝えています。面会に来ることができない家族には、必要に応じて電話連絡を行っています。</p> <p><b>(通番 3 0 災害発生時の対応)</b> 「防災マニュアル」を整備し、火災、風水害、ゲリラ豪雨、原子力についてなど、それぞれのマニュアルとフローチャートが記載されています。また、定期的に避難訓練を実施しています。原子力災害については、全国で実施される研修に参加をし、国などと連携した訓練を実施しています。市とは福祉避難所として契約締結をしています。</p> <p><b>(通番 3 1 人権等の尊重)</b> ユニット内に虐待の定義等を記載した資料を掲示しています。虐待について、具体的な事例を出して研修しています。身体拘束については、厚労省のガイドラインに基づき、何が拘束にあたるか、職員同士、意見交換をしながら理解する研修を実施しています。具体的な事例を活用した勉強会を行うなど虐待・拘束防止に向けて継続して検討する仕組みがあります。</p>
-------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番 3 事業計画等の策定)</b> 法人において、単年度の事業計画は策定されており、ふまえて事業所の目標等を定めています。しかし、中長期計画の策定が確認できませんでした。法人における中期計画の策定とそれをふまえた事業所の計画の策定が望まれます。</p> <p><b>(通番 17～20 個別状況に応じた計画策定)</b> サービス担当者会議を開催しており、アセスメントを行っていますが、利用者の参加はできていませんでした。また、アセスメント用紙も課題抽出の内容となっており、本人の思いを聴き取るアセスメント方式の仕組みが必要です。また、計画策定にあたっては介護職をはじめ看護師や栄養士などからも意見を聴くようにしています。退院前カンファレンスに参加をして、多様な職種からの意見も聴いてしています。 モニタリングについては半年に1回、行うとともに毎月の実施状況のチェックを実施しています。事故や入院等状態に変化があった際に計画の見直しを行っています。しかし、見直しの基準や個別援助計画策定の手順が整備されていませんでした。今一度、計画策定の手順を皆楚洲とともにアセスメントや個別支援計画に利用者の思いを記載する項目をつくり、積極的に利用者の生活、生きがい、やりがい支援につなげていかれてはいかがでしょうか。</p> <p><b>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護)</b> 利用者の記録が整備されており、利用者の体調変化時の状態の推移について記録されています。また、個人情報保護に関しては「個人情報保護方針」にて周知を図っています。しかし、記録の保管、保存、持ち出し、破棄に関しては、規定を定めていますが、情報開示請求があった際の対応については明文化されていませんでした。利用者等から情報開示請求があった場合に備えて、適切な対応が取れるように対応方法を明文化されては如何でしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>安寿の里は、平成27年3月に設立され定員80名の全個室のユニット型の特別養護老人ホームです。立地は、海と山に囲まれた自然豊かな環境にあります。</p> <p>1ユニット10名のユニット名には丹後七姫伝説の主人公や物語の登場人物の名前がつけられています。</p> <p>法人理念である「全ての人々に希望と光、心の安らぎを」を掲げ、5項目の基本目標を定め、ゆったりと落ち着いた生活を目指されていました。</p> <p>法人本部は高知県にあり、多くの事業所を運営されており、研修体系やキャリアパス制度の構築、資格取得支援や産休・育休取得支援など充実していました。事業所内には職員向けの掲示版があり、随時、法人からの研修情報や就業上の情報などが更新され、職員への周知が図られていました。</p> <p>施設長からは当日のヒアリングの中で、「数値化された進捗状況一覧表に基づく徹底した目標管理や組織体制の整備など、組織作りに力を入れてきた1年」だとお伺いしました。</p> <p>また、権利擁護や事故防止に対する取り組みが徹底されて</p>

いました。特に見守り支援システムとして「眠りスキャン」を導入し、利用者の眠りの状況や居室での動きを観察できるようになっており、利用者の安全確保や夜勤勤務の省力化につながっていました。事故の再発防止についても、ヒヤリハットを活用して組織的に分析・検討を行い、迅速に対応されており、職員間で共有されていました。

災害対応については、「防災マニュアル」、原子力対応や災害時の備蓄、機器の設置を整備し、火災、風水害、ゲリラ豪雨、原子力についてなど、それぞれのマニュアルとフローチャートを整備して訓練も行われていました。

地域との関係は、ホールを使った毎月のカフェの開催、介護教室の開催、幼稚園との交流など地域との関係づくりが進み、根付いてきたことが伺えました。

一方で法人としての中期構想はあるとのことでしたが、明文化したものを確認することができませんでした。作成するとともにそれをふまえた安寿の里としての計画を策定して職員間で共有されることを検討されてはいかがでしょうか。

今後ますます、利用者が安心して生きがいを持って笑顔でいられるように質の向上に取り組むとともに、地域の拠点としてさらに事業展開されていかれることを期待いたします。

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。

・個別援助計画の策定について初回セサメント、モニタリングは、他職種と連携し丁寧に作成されていましたが、利用者の参画が確認できませんでした。また、本人の思いを聞き取るアセスメントの項目を設けてはいかがでしょうか。利用者の思いを汲み取り、実現するためのより良い個別援助計画になると考えます。

・広報誌「あんじゅだより」を毎月作成して家族に送付されていました。さらに家族との信頼も深まる取組として行事等の際の利用者の写真などを掲載されてはいかがでしょうか。また、各ユニットにおいて利用者向けの掲示板を設置されたはいかがでしょうか。

・業務マニュアルは整備されていましたが、見直し基準が定められていませんでした。各業務マニュアルの見直しの時期が一目で分かる「見直しチェック一覧表」等を作成し表紙に貼るなどして、見直し時期が分かりやすい工夫をされては如何でしょうか。

※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	2692600154
事業所名	特別養護老人ホーム 安寿の里
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)	
訪問調査実施日	令和2年2月28日
評価機関名	特定非営利活動法人 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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		1) 法人の経営理念、行動指針が明文化され、ホームページ、パンフレットへの掲載をしている。玄関など職員や利用者が目につくところに掲げるとともに名刺の裏面に記載して浸透を図っている。職員研修で理念、方針を周知している。家族には家族会の開催（年2回）及び広報誌を毎月発行し、施設の情報やご利用者の状況などを記載し送付している。 2) 「社会福祉法人香南会施設長及び副施設長職務一覧」を整備している。施設長会、部長会、部単位の会議、三役会（理事長、常務理事会など）の会議が法人として設けられている。各種委員会（衛生管理、感染対策、身体拘束、褥瘡予防、防災など）の会議を設けている。「組織図」は、法人としてのものは作成されているが、施設単位の組織図や役割が明記されたものが作成されていない。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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) 法人において、単年度の事業計画は策定されているが中長期計画の策定がされていない。法人の事業計画をふまえて事業所の目標等を定めている。 4) 「香南会事業運営方針進捗状況一覧表」を作成し、評価をする仕組みを作っている。事業所の年度目標に基づいてその内容を詳細にしたものを作成し、事業進捗の確認を各ユニットで確認している。しかし、事業計画自体の確認をする仕組みはなく、事業目標で掲げたことを実践している事例は聞きとったが、文書は確認できなかった。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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	B	
	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) 法令遵守の把握については、管理者が集団指導や施設長研修に参加し情報を得ている。虐待防止などについては力を入れてこの2年特に実施してきている。職員向け掲示板を設け、有給や超過勤務などについて必要な情報を職員に周知している。しかし、関係法令についてのリスト化ができていない。 6) 「階層別人材育成計画」「社会福祉法人香南会施設長及び副施設長職務一覧」を作成して職務及び権限について明確にしているが、職員に周知することができていない。人事考課以外に年1回職員面談を実施し、職員の状況を把握したり、意見を聴く機会をしている。管理者が、職員より信頼を得ているかどうかを確認する仕組みがない。 7) 管理者が不在時には携帯電話で連絡が取れる体制がある。緊急連絡網や緊急連絡体制について明確にしており、各ユニットに掲示し、職員が確認できるようになっている。また、各種日誌を整備しており、日々の様子が確認できるようになっている。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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	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	A
		(評価機関コメント)		8) 資格取得にあたっては、養成講座を受講できるように休暇を取得できたり、取得後に基本給や賞与に反映できる仕組みがある。また、「資格取得研修参加制度」を設けている。本部から欠員補充や人員不足の際に応援する仕組みがある。必要な研修を受講するなどキャリアパス制度が設けられている。しかし、法人が目指す人材像を明文化しているものがない。 9) 法人において職員に対する研修体系が定められている。入職時の研修として3日間の研修と1ヶ月間のOJTを受ける仕組みがある。主任以上は、法人研修と外部研修を合わせた形で受講するようにし、主任以下は、法人内研修を受けている。外部研修は希望があれば、受講できるようにしている。2ヶ月に1度、施設長が職員全体に内部研修を実施している。しかし、職員が互いに学びあう機会づくりの仕組みができていない。 10) 「実習生受入マニュアル」を整備しており、実習の基本姿勢や実習計画を作成している。実習生受入担当者を配置し、受け入れ担当者は研修を受講している。ハローワークからの職業体験を受け入れたことがあるが現在は実習生の受け入れを行っていない。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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) 有給休暇や超過勤務の状況は、事業所で把握している。法人にも人事部が備わっている。育児休業制度などの復職制度が整備されている。時短勤務などを取得している実績がある。入浴用リフト、タブレットの活用や眠りスキャンなどの最新機器を導入し、業務の負担軽減や省力化を図っている。職員向け掲示板を設け、随時情報を発信している。 12) メンタルヘルスの窓口を施設長や介護支援専門員が行っている。年1回ストレスチェックを全職員に実施している。互助会があり、忘年会の開催やお祝い金の支払いなどを行っている。宿直室及び休憩室を設けている。メンタルヘルス、ハラスメントの窓口が本部にあり、男女1名ずつの配置をしている。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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) ホームページを作成している。「安寿の里便り」を家族、地域向けに作成している。家族向けは、毎月作成している。地域向けは夏祭りの開催などのイベントなどのお知らせを記載し全戸配布している。また、公民館便りにオレンジカフェの実施について掲載してもらっている。しかし、利用者への地域のイベント等情報の告知ができていない。 14) 毎年、行政から委託を受けて介護教室を施設内のホールで実施している。地域のニーズ把握をしながら、オレンジサロンの開催や民生委員が主催しているサロンに参加している。地域交流スペース（ホール）にて、毎月カフェを開催している。認定こども園との交流を定期的にしており、敬老会やクリスマス会などの際に交流している。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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) ホームページやパンフレットを通じて必要な情報を周知している。見学希望者に対してパンフレットを配布し、適宜対応をしている。パンフレットは、写真を多用して施設の様子が分かるようにしている。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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) 重要事項説明書、パンフレット等によりサービス内容を説明し、同意を得ている。成年後見制度を利用している方については、適正な対応をしている。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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	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。	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) ~20) アセスメントはMDS - HCを活用して利用者の生活歴や心身の状況把握に努めている。初回アセスメントについては、ケアマネジャーからの情報収集や退院前カンファレンスに参加をして、多様な職種からの意見を聴いている。 18) サービス担当者会議を開催しており、出席できない職種には、個別に意見を聴くようにしている。しかし、利用者の参加はできていない。アセスメント用紙も課題抽出の内容となっており、本人の思いを聴き取るアセスメント方式の仕組みが必要である。 19) 計画策定にあたっては介護職をはじめ看護師や栄養士などからも意見を聴くようにしている。退院前カンファレンスに参加をして、多様な職種からの意見を聴いてしている。 20) 半年に1回、モニタリングを行うとともに毎月の実施状況のチェックを実施している。事故や入院等状態に変化があった際に計画の見直しを行っている。しかし、見直しの基準や個別援助計画策定の手順が整備されていない。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		21) 医療との連携を常に行っている。週1回嘱託医や皮膚科の医師の往診がある。退院時のサマリーをもらったり、入院中の様子について、病院のMSWとの連携で把握するようにしている。しかし、関係機関のリスト化ができていない。(職員にもそういった資源、他機関との連携について知る機会を作る必要がある。)			

(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。	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。	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)「介護ケアマニュアル」を整備している。本部より講師が来てマニュアルをもとに現任研修を実施している。マニュアルはパソコン内で保存しており、職員は閲覧できるようにしている。「介護技術ハンドブック」を活用して実技研修を実施している。マニュアルは本部で見直しをしており、事故が発生した時など、必要時に見直しをしている。しかし、見直しの基準が定められておらず、定期的な見直しは実施していない。</p> <p>23)介護記録ソフトを活用して、利用者個別の記録を作成している。タブレットで入力するため、時間ごとの定型文となっており、個別性のある記録となっておらず、実施記録のみとなっている。記録の管理については「文書規定」が整備されているが、廃棄と持ち出しについての項目がない。「情報公開開示規程」が整備されている。しかし、個人情報の開示等の観点からの研修が開催されていない。</p> <p>24)申し送り日誌、介護、看護の申し送りの欄があり、日々の情報共有をしている。ノートを活用して、連絡事項や注意喚起などを記載して周知している。ユニット内の申し送りノートに雑務的なことを記載して共有している。</p> <p>25)面会時を家族と話す機会ととらえ情報収集や発信をしている。家族会を年2回実施し、意見交換をしている。家族向けの広報誌を作成して、請求書送付時に施設内の情報を伝えている。面会に来ることができない家族には、必要に応じて電話連絡を行っている。</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) 感染症などの緊急時の情報は、保健所よりの情報を得て申し送りノートで職員に伝達している。マニュアルに基づいて、職員に研修を実施している。二次感染を予防するために、外来者にマスク着用、手洗いうがいの励行、手指消毒を促している。入居者に感染症が発症した場合には、嘱託医と相談して、利用者を隔離するなどして対応している。</p> <p>27) アシスタントパートナー（掃除などの業務を主に行う者）を各ユニットに配置している。定期的に清掃業者が入っており、共有スペースは行っている。2階、3階のエレベーター前の汚物臭気を排煙窓で換気している。</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。	B	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)「事故の発生防止と発生時の対応マニュアル」を整備している。事故発生時、緊急時、誤業時など事案ごとにフローチャートを作成している。フローチャートをユニットの事務所に貼りだして、職員が迅速に動けるようにしている。小さな怪我についても夜間でも看護師に報告するようにしている。緊急連絡網に沿った伝達訓練をしている。</p> <p>29)事故報告書、ヒヤリハットの様式を整備し、記載している。毎月、10件前後の提出がある。「事故防止委員会」を設置して、事故報告やヒヤリハットの分析・検討をしている。事故件数などを法人の事故対策室に報告するとともに、看護やりハビリなどの部署に連携をして、対策を検討及び対策を行っている。</p> <p>30)「防災マニュアル」を整備し、火災、風水害、ゲリラ豪雨、原子力についてなど、それぞれのマニュアルとフローチャートが記載されている。避難訓練を実施している。原子力災害については、全国で実施される研修に参加をし、国などと連携した訓練を実施している。市と福祉避難所として契約締結をしている。</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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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	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)		31) ユニット内に虐待の定義等を記載した資料を掲示している。虐待について、具体的な事例を出して研修している。身体拘束については、厚労省のガイドラインに基づき、何が拘束にあたるか、職員同士、意見交換をしながら理解する研修を実施している。 32) 虐待防止研修の際に、利用者のプライバシーについて同時に話すことはあるが特別にプライバシーに特化した研修は実施していない。 33) 入所判定基準に基づき決定を行っている。医療ニーズが高い場合には、施設の特徴を伝え、療養型など選択肢を提示して紹介をすることがある。			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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	B	
	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	
	(評価機関コメント)		34) 年3回（3～4ヶ月に1回）相談会を実施している。相談窓口を複数設けており、誰にでも相談できるようにしている。ご意見箱を施設内に設置している。 35) 「苦情解決処理規程」を整備し、苦情解決の流れを明記している。苦情として対応できるものは施設長含め、相談員などが適宜対応している。しかし、苦情・意見・要望内容を個人情報に配慮しながら公開する仕組みができていない。 36) 重要事項説明書には公的機関や第三者委員の記載があり、利用者に周知されている。第三者委員については、施設内にも掲示している。介護相談員が定期的に訪問している。第三者サービス運営委員会による相談窓口が定期的にある。			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	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。	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	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		37) 利用者満足度調査を年1回実施している。調査結果を相談員が確認をして、介護職や他の職種に改善内容を伝達し、実践に反映する仕組みがある。集計結果を円グラフにするなどして家族会の際に伝えている。しかし、改善されたかどうかを確認する仕組みはない。 38) 各委員会を設置し、項目ごとに検討をしているが、サービスの向上に特化した検討委員会は設けていない。 39) 第三者評価を3年に1回実施している。年2回法人内の内部監査を実施しており、行政の自主点検表に基づき、自己評価を実施している。しかし、事業所としての自己評価はできていない。			