

様式 7

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

2021 年 5 月 12 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

2021 年 3 月 12 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「宇治明星園白川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

特に良かった点とその理由
(※)

1. 利用者・家族に寄り添ったサービスを提供されています

- 毎年、満足度調査を実施するとともに、利用料請求時にアンケート用紙(要望書)を同封し、担当職員は、個別に食事内容や困っていることなどを聞き取る等々の方法で、利用者の意見・要望をこまめに汲み取り、サービス向上に向けた努力をされています。
- 施設利用料を原則窓口での支払いとすることで、家族との情報交換の機会を作り、また、家族会を2か月に1回、行事も2か月に1回の割合で開催することで、ほぼ毎月、家族と面談ができるように工夫をしています。コロナ禍の現在は、オンラインによる面談など工夫して、情報交換に努めています。
- サービス担当者会議は、家族が同席できるように日時設定し、利用者・家族の意向反映に努め、利用者に寄り添ったサービスを提供しています。

2. 地域貢献を理念に掲げ、長年にわたり交流・活動をされています

- 「白川明星園とともに地域の福祉をよくする会」(ともの会)の活動を通して、カフェの開催や花見など、地域住民と交流されています。
- 商業施設等への無料送迎バス「平安ロマン号」を長年にわたり地域で運行され、山間地で高齢者も多い地域住民にとって、欠かせない生活の足となっています。また、お弁当の配食サービスなどの地域貢献もされています。
- 施設は、地域の福祉避難所に指定されており、防災訓練を定期的実施するなど、地域の安全に貢献されています。

3. 職員の悩みやストレスをサポートする仕組みがあります

- 2名の嘱託医のうち1名が精神科医であり、職員のストレス管理に大き

	<p>な役割を果たし、メンタルヘルスの維持を図っています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ゆったりした広い休憩スペースがあり、職員がリラクセスできる環境となっています。また、職員自身が職場や利用者居室の清掃を行い、臭いも無い、衛生管理の行き届いた施設となっています。 ○ 互助会組織の活動が活発で、様々なリクリエーション活動があり、職員がリフレッシュできる環境があります。働きやすい環境がつけられ、職員のチームワークの良さがうかがえました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 個人情報に関する文書管理規定について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者記録の保管や保存の基準は確認できましたが、持ち出し基準があいまいでした。個人情報保護の観点からも見直しが必要です。 <p>2. 提供するサービス内容の再度説明について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 今回の第三者評価のアンケートの結果によると、サービス内容について分かりやすく説明を受けたという利用者の割合が、やや低い印象を受けました。入所時の説明だけに終わっていることが多く、利用者にとっては忘れがちです。利用者権利擁護の観点からも改善が望まれます。 <p>3. 事故予防の観点に立った取り組みについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人全体（施設部門）で事故の内容、事故発生場所、事故発生時間帯等から事故の分析を行い、法人で年一回発行の「飲水思源」で公表もされています。今後もこのような取り組みは継続していただき、あわせて事故予防の観点について取り組まれてはいかがでしょうか。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 個人情報に関する文書管理規定について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ サービス提供に伴う記録については適切に管理されていますが、利用者記録等（個人情報）の持ち出し基準が明確ではありませんでした。記録の紛失等考えた場合のリスク管理が必要と考えます。利用者情報等の持ち出しについて、持ち出し専用ノートに記録するなどの対応をご検討いただきたいと思います。 <p>2. 提供するサービス内容の再度説明について</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入所前の説明だけでなく、入所後にも、適宜、説明する機会を設けられてはいかがでしょうか。例えば、職員による利用者からの個別の聞き取りの機会を活用されたり、家族面談の折にでも、要望や満足度確認に加えて、提供可能なサービスの説明をする等されてはいかがでしょうか。特に

コロナ禍で、家族が利用者に会えない現状にあっては、さらなる利用者・家族への心配りが求められると思います。従来よりも一層丁寧な対応をご検討いただき、利用者・家族等により一層の安心をお届けいただきたいと思います。

3. 事故予防の観点に立った取り組みについて

○ 介護現場において事故を未然に防ぐ取り組みは重要で、その取り組みは行われています。今後の取り組みとして、利用者の生活の場にひそむ危険要因と、それを引き起こす現象を予見するKYT（危険予知）訓練に取り組まれてはいかがでしょうか。KYTの方法は「転倒」などの具体的な事故例を取り上げ、グループで討議することにより事故原因と予防策を導き出す訓練です。訓練を通して職員の事故予防の意識が向上し、事故（特に重大事故）を未然に防いだり、削減につながることを期待されます。KYT（危険予知）訓練を通して、職員に危険予知の意識を高め、事故を未然に防ぎ、利用者により一層安全で安心な生活の場の提供を期待いたします。

※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	2671200091
事業所名	宇治明星園白川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)	
訪問調査実施日	令和3年3月25日
評価機関名	NPO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. 法人の理念・運営方針は、ホームページやパンフレット・広報誌に明記され、施設内に掲示しています。家族や入居者には、自治会や家族会等を通じて周知され、職員は、理念や運営方針を理解した上でサービスを提供しています。 2. 組織として案件別の意思決定方法が定款等で明確に定められ、理事会（年9回開催）などの運営に関する会議が定期的に行われています。施設長は、事業所の各種会議に出席し、職員の意見・要望を聞き取り、法人の意思決定機関である理事会に（理事として出席）反映しています。各職種ごとの責任と権限、人事考課制度が明確に定められています。		
(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	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. 法人及び事業所の中・長期計画が策定され、それに基づき単年度の事業計画を、ユニット会議、主任リーダー会議等で、前年度計画の総括を踏まえて策定しています。感染症や身体拘束適正化、防災など各種専門委員会の活動を通して課題が明確にされています。また、利用者や家族からの聞き取りやアンケートでも課題を把握し、計画に反映しています。 4. 各種業務(医療、看護、介護、栄養)ごとの委員会が、毎年、それぞれの課題を明らかにし、解決に向けた方策を設定し、部署会議で達成状況の確認・見直しも行っていきます。さらに年次で活動内容を確認し、見直しも行っていきます。		

(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. 施設長は、経営に関する研修に参加し、各種会議において、受講した法令に関する内容を職員会議で伝達し、法令順守の指導・取り組みを行っています。職員には、PCで関係法令をすぐに調べることができる環境が整えられています。</p> <p>6. 施設長の役割・責任については、文書化されており、現場で直接指揮監督するほか、主要会議には出席し、助言・意見を述べています。部下が上司を評価する仕組みもあり、職員は、施設長に直接意見を言いやすい環境があります。</p> <p>7. 施設長は、日常施設内にて業務を行っており、事業の実施状況を把握しています。夜間・緊急時にも、携帯電話等で、的確に指示を行える体制にあります。ただ、夜間・緊急時の対応については、施設長1人への負担を軽減するため、より組織的な対応を検討されては如何でしょうか。</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. 人材の確保については、法人の基本方針に従い、HPや各大学・高校・専門学校等への定期求人に取り組むほか、事業所独自に、ハローワーク、ネット求人等で有資格者や経験者の通年採用に取り組んでいます。資格取得については、キャリアデザインを明確にし、経験年数に応じて必要な指導を行うとともに、資格研修への参加には、勤務調整する等の支援体制があります。資格取得後は、手当が付きます。</p> <p>9. 職員に対する研修体系が定められ、採用時研修・階層別研修を、年間の研修計画に基づき実施しています。プリセプター制度を導入しOJT研修を実施しています。外部研修を受講した職員は、会議で内容を報告し、職員間の学びあう機会としています。</p> <p>10. 実習受け入れに関する基本方針が明文化され、毎年実習生を受け入れていましたが、今年度は、コロナ感染症拡大防止のため、実習生の受け入れはできていません。また市内の中学生の体験学習などの受け入れも行っています。実習担当者は介護福祉実習の指導者研修を受講しています。</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. 職員の有給休暇消化率や時間外労働のデータは、法人として一括把握しており、施設長は毎月、所属職員の勤務状況を、確認しています。全職員が、法定の「有休休暇5日取得」ができています。フロアでの業務を軽減するため、福祉施設向け「ハンディナース」の活用や職員の負担軽減のため腰痛ベルトを支給しています。育児休業法・介護休業法の定めがあり、運用ができています。</p> <p>12. 衛生管理者を配置し、産業医（精神衛生担当）と常時連携し、カウンセリングや診察を受けられる体制があります。年1回全職員を対象に、ストレスチェックを実施し、高ストレス者に対しては、産業医によるカウンセリングを行っています。職員互助会があり、職員間のコミュニケーションや心身リフレッシュのための交流活動をおこなっています。各種ハラスメントに関する規定が、就業規則に明記され、ハラスメント防止に関する職員心得が、全職員に配布されています。公益通報窓口を設けています。</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. 事業所の概要や運営理念等をホームページ、機関誌、パンフレット等で地域に開示するとともに、情報の公表制度でも開示しています。「白川明星園とともに地域の福祉をよくする会」（以下サロンと表記）の開催や花見などを通して地域住民と交流しています。交通不便の地元に配慮して、地域住民に利用してもらう無料バスを運行するなど、地域住民の生活も支援しています。</p> <p>14. サロンを開催し、地域住民を対象に介護相談や認知症の介護教室を開催しています。事業所のイベントには地域住民を招き、交流活動をしています。また地域に向け配食サービスも行っています。</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)		<p>15. ホームページやパンフレットは、事業所の内容が理解しやすい表現になっていますし、提供する情報の表記なども、分かりやすいものになっています。ただ、入所前の説明だけでなく、入所後も適宜サービス内容の説明をする機会を設けることを望みます。利用希望者等の問い合わせ等に対しては、対面での説明や館内見学に対応してきましたが、新型コロナ禍の現在は、感染防止のため所轄官庁の指導に従い中止し、電話でのみ対応しています。</p>			
(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)		<p>16. 介護サービス利用に際して必要となる情報は、重要事項等説明書に詳細に記載されており、本人もしくは代理人の同意を得ています。サービスの利用開始時に、認知症等により判断能力に支障のある利用者の場合、補助人、保佐人、後見人等と契約しています。また利用者の権利擁護のため、成年後見制度及び日常生活自立支援事業の仕組みも整備・活用されています。</p>			

(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. 事業所所定の様式により利用者の状況を把握・記録しています。また利用者が望む生活像やサービス内容を聴取し、主治医や専門家から意見を聞き、利用者のニーズや課題を明らかにしています。アセスメントを定期的に行っています。</p> <p>18. 個別援助計画等の策定及びサービス提供内容の決定に当たっては、利用者や家族の希望を尊重し、サービス担当者会議に、本人・家族が参加できるよう考慮しています。</p> <p>19. 個別援助計画等の策定にあたり、主治医やOT・PTなど専門家の意見を得ています。サービス担当者会議には、多職種(看護、栄養等)の担当者も参加し、カンファレンスを行っています。</p> <p>20. 個別援助計画は、利用者の状態に変化のある場合はその都度、通常は、6か月ごとに計画の見直しを行っています。利用者の状況変化を毎月のユニット会議で確認し、また必要に応じて専門家への意見照会を行っています。モニタリング記録は、様式を定め、利用者の個人ファイルに記録することを検討されてはいかがでしょうか。</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)		<p>21. 利用者の主治医や利用者が利用できる他の事業所や施設、行政、地域包括支援センターなど、関係機関・団体のリスト・資料を整備し、連携体制を確保しています。入退院時には、家族や病院の連携室、施設の相談員等と連携を図り、必要に応じてカンファレンス会議を求め、看護師、相談員が出席しています。</p>		

(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。	A	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. 業務標準化のためのマニュアルと手引書が整備されています。しかし、マニュアルの見直し基準が定められていません。定期・随時の見直し時期や委員会等を明確に定め、見直し年月日を記載することをご検討ください。</p> <p>23. 利用者の状況およびサービスの提供等は、職種ごとに適切に記録されています。サービス提供による利用者の状態の推移等についても具体的に記録されています。法人の文書管理規定により記録の保管について明記しています。利用者記録は鍵付きのキャビネットに保管し、保存の基準は確認できましたが、持ち出し基準は曖昧でした。</p> <p>24. 利用者情報の申し送りノートの閲覧確認欄に、漏れが散見されました。申し送りノートは、業務上大変重要なノートです。確実な情報共有が求められます。</p> <p>25. サービス担当者会議は、本人、家族同席が可能となるよう日程調整して、利用者情報の収集に努めています。利用料は、原則窓口での支払いとして家族等との面会の機会とするほか、家族会を2か月に1回、行事も2か月に1回の割合で開催して、毎月何らかの機会に家族等との情報交換が行えるようにしています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>26. ノロウイルスやインフルエンザについての感染症対策マニュアルは作成されています。昨年8月に入居者が罹患した新型コロナウイルス感染症については、職員の尽力により感染が広がることはありませんでした。この経験から、常に厚生労働省、関係機関等が発信する最新の情報を入手し、それを職員に配布するとともに施設内に掲示して、感染予防に努めています。</p> <p>27. 事業所内の清掃は、毎日、職員が担当し、ワックスがけ等は業者に委託して、年2回実施されています。広々とした事業所内は、整理整頓され、館内のどの場所においても臭気を感じることもなく、衛生管理が徹底されていることがうかがえました。</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. 事故や緊急時における対応マニュアルが整備されており、年1回、研修が行われています。事故・緊急時における責任者及び指揮命令系統は明記されています。</p> <p>29. 事故が発生した場合は、事故の内容や対応について本人や家族等へ説明・報告が行われています。報告すべき事案については保険者にも報告しています。事故発生後は、事故報告書を作成し、チームで共有し事故の再発防止に努めています。事故対策委員会においても、事故の振り返りを行っています。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアルが作成され、組織図、緊急連絡網により、責任者、指揮命令系統に従った実践的な訓練が、毎年行われています。事業所においてBCP計画（事業継続計画）及び防災計画を作成しており、防災委員会により年4回の総合避難訓練、年8回の通報訓練を実施しています。隣接施設（有料老人ホーム）と年1回合同訓練を実施したり、研修発表会に相互参加するなど、地域との連携を意識した取り組みが行われています。</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
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)		<p>31. 事業所の運営方針や運営規定に、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供について明記しています。法人主催の人権学習会は年1回開催され、尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っています。運営規定において身体拘束禁止が明示され、身体拘束等適正化委員会において毎月実態確認を行い、啓発ポスターの作成や「高齢者虐待防止法」等の研修会を年3回開催しています。</p> <p>32. プライバシーの保護については、新人研修時から教育し、マニュアルにも明記しています。利用者の心身の状況如何に関わらず、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供が職員に徹底されています。また個室化をすすめ、居室内のプライバシーの確保を図っています。</p> <p>33. 入所判定基準（点数化したもの）に基づき、公平・公正に入所優先順位を決定しており、利用申し込みを断った事例はありませんでした。</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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>34. コロナ禍において利用者と家族等が直接会うことができない現状ですが、職員が電話やオンラインでこまめに連絡を取り、家族の意見や意向を確認しています。当法人の成り立ちから地域住民とのかかわりが深く、そのことが法人の設立精神や経営理念、運営方針にも謳われ、入居者や家族の意見・要望を吸い上げる当事者組織として家族懇談会が組織され機能しています。</p> <p>35. 利用者や家族からの意見・要望・苦情は管理者に報告され、組織として対処するとともに、サービスの改善に役立っています。意見箱の意見と合わせて各種委員会で検討する仕組みになっており、改善内容は、個人情報に配慮しながら法人広報誌（年1回）にて公開しています。</p> <p>36. 重要事項説明書に相談窓口一覧を記載しています。11人の地域住民などで構成する「サービス向上提言委員会」を設置し、第三者窓口を置いています。第三者窓口の委員は、施設行事に参加し利用者の相談に応じる仕組みがあります。しかし、相談や苦情の窓口の情報について十分に理解していない（忘れている）利用者家族もいますので、家族懇談会などの際に説明されてはいかがでしょうか。また、毎月介護相談員も受け入れています。</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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>37. 利用者に対する満足度調査は、毎年4月に実施し、把握した結果を委員会で分析・検討して、日常のサービス改善に繋げています。また普段から職員による聞き取りや請求書にアンケート用紙を同封して、利用者の声の把握に努め、サービス改善に活かす努力をしています。</p> <p>38. 各種会議や委員会などで全職員が意見を述べ、サービスの質の向上に取り組まれています。また他の事業所の評価や取組みなどについて積極的に情報収集し、自事業所の取組みとの比較検討を行っています。</p> <p>39. 事業計画に基づき、計画達成状況について中間総括と年間総括を行っており、内部監査も受けています。各ユニットにおいても、サービスの実施状況を確認し、年間総括を実施しています。第三者評価を3年に1回受診し、課題を明確化し、改善を図っています。</p>		