

様式 7

アドバイス・レポート

平成 4 年 5 月 1 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 3 年 1 2 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（洛和会医療介護サービスセンター丸太町店）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 1) 理念の周知と実践 (通番 2) 組織体制</p> <p>各種の検討会議【法人理事会・介護事業部「ケアマネ課」・エリア会議・業績会議・管理者会議・事業所内会議と各委員会】に職員が参画し、法人組織の意思決定が公正・適切なプロセスで行われています。また、職員全員が法人組織内ネットワーク（以下、イントラネット）で各種の検討会議等の協議内容や決定事項等を確認することができます。</p> <p>(通番 8) 質の高い人材確保 (通番 9) 組織的な研修・OJTの実施</p> <p>職員の教育・育成に「採用時研修」と「キャリアパス」を導入し、「キャリアパス台帳／個人管理シート」や「力量評価」等で職員一人ひとりの技能（力量）を段階的に向上させています。他に、介護事業部全体研修、事業所内研修、エリア別ケアマネ勉強会、ケアマネ全体研修会、ケースカンファレンス等を定期的で開催し、採用時研修（1 か月）、管理者向け研修、エリア研修等を各プログラムに沿って実施されています。また、事業所内で事例検討や伝達研修を随時行う等、全ての職員に多くの学習の機会を保障しています。</p> <p>(通番 2 4) 職員間の情報共有</p> <p>朝礼で行う日々の申し送りや週 1 回開催の事業所内会議、又、必要に応じた事例検討会等で利用者の情報を職員間で共有し、担当者が不在でも他の職員が対応できるようにしています。外部のサービス事業者とは電話及びファックス等で情報を共有しています。送信ミスによる事故を未然に防止する為、「FAX 送信の手順」を遵守しています。</p> <p>(通番 2 9) 事故の再発防止等</p> <p>ヒアリハットや事故の発生事例を「RC マネジメントシート」に記載し、毎月、介護事業部に報告し、介護事業部全体で情報を共有し再発防止に努め</p>
-----------------------------	---

	<p>ています。介護事業部では特に個人情報扱う職種に対して、外出時の個人情報関連書類の持ち出しを厳禁し、各自が業務上携帯電話をロック状態で首に掛けています。</p> <p>(通番 38) 質の向上に対する検討体制 (通番 39) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>各種の質の向上に対する検討会議が介護事業部の主導により定期的に開催されて、常に組織全体で情報を共有し、課題解決に取り組まれています。</p> <p>年に1回の事業所評価（事業所間で行う相互評価）と2年に1回の内部監査、1年に2回行政主導の自己点検、毎月MCマネジメントシールで事業所評価等を実施されています。第三者評価の受診は今年が初めてです。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>(通番) 35 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>利用者の意向を、月例のモニタリング訪問、年1回の「利用者満足度調査」や「事業所評価」等で把握し、「リスクシート」に記載し、介護事業部と対応や改善に取り組んでいます。苦情等の改善状況を申し入れた本人にフィードバックしていますが、公開までには至っていません。</p> <p>(通番 36) 第三者への相談機会の確保</p> <p>重要事項説明書に公的機関の相談窓口へのアクセス方法を明記し、苦情相談対応マニュアルに沿って対応されていますが、相談窓口として第三者を設置されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番) 35 意見・要望・苦情への対応とサービスの改善</p> <p>苦情の内容を一般化した表現で広報誌に掲載されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番 36) 第三者への相談機会の確保</p> <p>法人と利害関係がなく、事業所の関係者以外の方であれば良いと思います。</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	2670300967
事業所名	洛和会医療介護サービスセンター丸太町店
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問介護
訪問調査実施日	令和4年4月20日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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思決定を行い、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(以下、理念)、コーポレートスローガン、運営方針(以下、N01方針)を明文化し、法人及び事業所のホームページや広報誌に掲載している。職員は法人理念を朝礼で唱和し、社員証(裏面に貼付)等で常に確認し、また、提供サービスが理念及び「N01方針」に沿っているかをPDCAサイクルで継続的に「RCマネジメントシート」を活用した月1回の自己評価と「事業所評価表」を活用した年1回の相互評価を実施している。 2. 各種の検討会議【法人理事会・介護事業部「ケアマネ課」・エリア・業績・管理者・事業所、各種の委員会等】を定期的に開催し、公正・適切なプロセス(通達や議事録開示)で組織の案件別の意思決定を行っている。職員全員が法人組織内ネットワーク(以下、イントラネット)を通して、各種の検討会議等の決定事項等を確認することができる。		
(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. 法人本部の「夢、そして誇り。この街で・・・」をスローガンとした中・長期計画と介護事業部の運営方針「N01方針」を基に事業所の単年度計画「アクションプラン」を策定している。「アクションプラン」の一つひとつを「RCマネジメントシート」に反映している。月例の事業所内会議で「RCマネジメントシート」を使って事業の実施と進捗状況をPDCAマネジメントサイクルを通して評価・分析し、結果を数値化し、次月のプランにつなげている。「RCマネジメントシート」を介護事業部と事業所とが共有し、事業所の「アクションプラン」の実効性を確認している。 4. 定例の管理者会議(グループ内の居宅介護支援事業所)で事業の実施状況等を協議し、各事業所の課題の達成度を確認している。年2回、「力量評価シート」を活用して職員一人ひとりの力量を確認している。他に、職員一人ひとりが年間研修計画に沿った職員研修や「キャリアパス研修」で段階的に技能を積み上げ、「キャリアパス台帳」及び「個人管理シート」で到達度を確認している。		

(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。	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. 法人は、行政主導の「自主点検表」(年2回)と介護事業部主導の「RCマネジメントシート」(毎月)及び「事業所評価表」(年1回)等に取り組み、また、社内ネットワークの「事業運営に関する法令一覧表」や「マニュアル一覧表」、法人主催の法定研修等で職員全員に理解を促している。</p> <p>6. 組織図・職務分掌・業務マニュアル等に管理者の業務と役割を明記している。イントラネットを活用した介護事業部主導の「職員やりがいアンケート」で、職員一人ひとりが上長を評価する仕組みがあり、管理者はアンケートの結果から自らの行動の見直しを図っている。また、管理者は月例の事業所内会議で聴き取った職員の意見や要望等を事業所のアクションプランや管理者会議に反映させ、事業所の運営をリードしている。</p> <p>7. 管理者は事業所に常駐し、朝礼時の申し送りや職員一人ひとりの「ケアマネ業務報告書/日報」、「職員研修管理シート」、ヒヤリハット・事故等の報告書、介護ソフト「ちょうじゅ」のケアマネ実践記録、カンファレンス等のケース検討シート、各種の検討会議の議事録等で日々の業務内容を把握している。管理者は常に携帯電話を所持し、いつでも職員に具体的な指示やアドバイスを行っている。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	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. 人材の確保と育成(教育・研修)は、本部の人事採用課と介護事業部、事業所とが一体となって行っている。就職希望者をホームページで受け付け、面談等のプロセスを踏み、可否を決定している。資格取得支援制度で介護事業部主催の「社会福祉士養成講座」を開講している。キャリアパス制度を運用し職員の力量アップを図っている。</p> <p>9. 新卒者と既卒者の教育・育成に「採用時研修」や「キャリアパス制度」を導入し、「キャリアパス台帳/個人管理シート」「力量評価」等で職員一人ひとりの力量の向上を目指している。他に、介護事業部全体研修、事業所内研修、エリア別ケアマネ勉強会、ケアマネ全体研修会、ケースカンファレンス等を実施している。新任職員に採用時研修(新人プログラム/1か月)、管理者向け研修、エリア研修等をプログラムに沿って実施している。事業所内では伝達研修や事例検討等を行っている。</p> <p>10. 「実習受け入れマニュアル」「実習生対応オリエンテーションマニュアル」「介護支援専門員実務研修ガイドブック」「洛和会京都厚生学校実習要綱」等を整備している。介護専門員実務者研修合格者の実習や京都医療センターの看護学生を受け入れている。京都府主催の「実習受け入れ協力事業所指導者講習会」を受講している。</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. 運営方針「N01方針」に「働きがいのある組織にします」を掲げている。毎年、介護事業部主催で社内ネットワークによる「職員やりがいアンケート」を実施し、職員一人ひとりの意向を把握している。結果を業務内容や労働環境の見直し・改善に役立てている。職員個人面談を年2回実施している。全職員が所持している「福利厚生ガイドブック」にワーク・ライフ・バランスに配慮した休暇制度や保障制度等を盛り込み、職員の余暇活動や健康維持等を推進している。職員は介護支援専門員の実践記録等を専用のパソコン内の介護ソフト「ちょうじゅ」に記録している。今後、業務の効率化と業務負担の軽減を図るために、全てのパソコンに「Officeライセンス」の導入を予定している。職員は互助会「むつみ会」のイベントやスポーツクラブ等で親睦を図っている。</p> <p>12. 職場健診でストレスチェックを実施し、法人の内・外に職員の業務上の悩みやストレスを解消するための体制を整備している。外部に専門家(臨床心理士)による「ヒューマンフロンティア/心の相談室」、介護事業部にES対策部会「洛和会メンタルサポート室」を設置し、ハラスメントに関する規程等を整備している。これらに職員が直接アクセスできる体制を整えている。月2回、専門家による法律や財務の相談を受け付けている。職員の休憩場所は、相談室や会議室と兼用であるが、外食等を可能とし業務を離れた場所での休憩を保障している。</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)		13. 法人及び事業所の情報はホームページや広報誌、パンフレット等で開示している。ホームページに情報の公表やブログ(ケアマネだより/ぜっぴん笑顔)、各種サービスの空き情報等を掲載している。法人の広報誌はカラー印刷で施設や事業所、サービスの内容、健康や暮らしの情報、職員紹介等を掲載している。 14. 毎年、法人主催の「洛和メディカルフェスティバル」に介護相談のブースを設置し、また、「洛和会ヘルスケア学会」で事業所の実践活動を報告している。これらは地域に公開したイベントとして地域の関係者や住民等が参加している。法人のコーポレートスローガン「夢、そして誇り。この街で・・・」の実現に向けて、国連採択の「SDGs」を意識した社会貢献活動を展開している。		

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. 法人ホームページに法人グループ（医療・介護・保育・教育等の部門）の施設や事業所の概要を掲載し、地域に周知している。また、事業所独自のブログを掲載し、事業所の案内パンフを備えている。			
(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. 重要事項説明書や運営規程等で利用サービスの内容や料金等の説明を行い、同意を得ている。利用者本人の判断能力に支障がある場合は、契約は代理人（家族や後見人等）立会いのもとで締結している。また、家族構成等の理由で必要と考える利用者には、権利擁護のための成年後見制度や日常生活自立支援事業の活用を説明している。			
(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。	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. 「居宅介護支援マニュアル」「業務フロー」「ファイルチェック手順書」に基づき、所定のアセスメントシートに利用者の心身の状況や生活状況を踏まえたアセスメントを実施している。「居宅支援事業所ケアプラン管理表」に沿って作成した利用者一人ひとりのケアマネジメント実施記録を「ケースファイル」に整備している。毎月利用者宅にモニタリング訪問を行い「モニタリングシート/訪問確認書」に記録している。 18. 19. 個別援助計画の策定に当たり、主治医や訪問看護師、理学療法士、訪問介護職員等と連携し、在宅での看取りを支援する等、本人及び家族等の意思を尊重している。 サービス担当者会議に利用者及び家族同伴で出席し、他の事業所等の情報を「サービス担当者会議要点」に記録している。必要に応じて、「居宅介護支援連絡票」や「サービス担当者に関する照会」、電話等で主治医や他のサービス事業所等への意見照会を行っている。 20. 認定更新・区分変更・サービス変更時に必ずサービス計画書を変更している。また、短期目標の期間終了後に主治医や各サービス提供事業所等に意見照会を行い、継続か変更かの判断を仰いでいる。利用者・家族等との面談や各種の実施記録をケアプランの見直しに役立てている。			
(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. 医療系サービス導入に主治医の意向を確認している。個人ファイルの主治医及び利用サービス事業所等の資料と「ケアマネタイムリスト」を整備し、医療機関との連携体制・支援体制を確保している。退院時カンファレンスの情報を「退院カンファレンス記録」に記録し、また、医療関係者から「退院サマリー」等を入手し、利用者の退院後の在宅生活を支援している。地域ケア会議で3ケースの事例検討会に参加する等、行政や地域包括支援センターとの連携を深めている。			

(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、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. 「居宅介護支援マニュアル」と「居宅介護支援業務フロー」をに基づいて、ケアマネ業務を遂行している。毎年、統括がマニュアルの見直しを行っている。月例のモニタリング訪問で得た情報と考察を支援経過記録に記載している。個人情報取扱いマニュアルに基づき、利用者の記録（カルテ）を鍵付き書庫で保管している。個人情報マニュアルと開示請求マニュアルを整備し、職員に周知している。 23. 利用者のケアマネジメント実施記録を「利用者ファイル保管マニュアル」「個人情報取扱いマニュアル」に沿って、介護ソフト「ちょうじゅ」で管理している。 24. 全職員が事例検討等を朝礼で実施し、利用者の情報を共有して、担当者不在でも他の職員が対応できるようにしている。外部のサービス事業者とは電話及びファックス等で情報共有している。「FAX送信の手順」を遵守し、送信ミスによる事故を防止している。 25. 月例のモニタリング訪問で本人や家族等にサービス提供事業所からの情報を伝えている。また、本人や家族等から得た在宅生活の様子やサービスの利用状況を経過記録に記載し、他のサービス提供事業所等に伝えている。		

(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、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. 「感染症予防対策マニュアル」を整備し職員研修を実施している。介護事業部の「感染症予防研修会」に出席し、事業部の配信メール等で感染症対策等の情報を事業所内で共有している。始業時の検温や訪問時の手指消毒とマスク・メガネシールドの所持を励行し、毎月、抗体検査を実施する等で蔓延防止に努めている。 27. 担当者が備品の補充・整理・整頓を行なっている。週3日の一斉清掃日に物品の整理整頓・室内の清掃・アルコール消毒等を実施し、共有スペースは毎日アルコール消毒を行っている。		

(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	B
(評価機関コメント)		28. 緊急時・事故発生対応マニュアル、交通事故対応マニュアル等を整備し、重要事項説明書に記載し、契約時に利用者に説明している。緊急発生時の連絡網を整備し、年1回、介護事業部主導で緊急連絡網の実践訓練を行っている。 29. ヒヤリハットや事故の発生事例を「RCマネジメントシート」に記載し、毎月、介護事業部に報告している。組織全体で事故等の再発防止に努めている。情報セキュリティ事故は発生していない。個人情報を扱う職種に対して外出時の個人情報関連書類の持ち出しを禁じている。職員が各自の業務上携帯電話を常にロック状態で首に掛けている。 30. 災害発生時の対応マニュアルを整備している。介護事業部が地震・火事・水害等に関する情報提供し、また、リスクマネジメント研修を開催している。年1回、緊急連絡網の実践訓練を行っている。地域との連携を意識した取り組みについては、中京連絡会開催の防災研修に参加しているが、地域を交えた訓練にまで至っていない。		

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. 理念や運営方針等に利用者の尊厳を掲げ、事業所の重要事項説明書や運営規程に「利用者の意思及び人権を尊重」を記載している。職員全員が介護事業部主催の人権に関する研修に参加し、事業所で伝達研修を実施している。職員が人権に関する問題意識を高める「スピーチロック」に関するアンケート調査や事業所評価を行っている。「RCマネジメントシート等」にも人権に関する項目があり、シートに基づき行なっている。</p> <p>32. 利用者面談は本人・家族等(相談者)のプライバシー保護や羞恥心に配慮し、面談時の言葉づかいかや場所等に配慮している。</p> <p>33. 基本的に理由なく受け入れを断ることはない。受け入れできない場合は近くの事業所を紹介するか、行政発行の「すこやか進行中」を手渡している。</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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		<p>34. 定期的に月例のモニタリング訪問と年1回実施の「利用者満足度調査」で、利用者・家族等の意向を把握し、結果を事業所会議で分析・評価している。</p> <p>35. 日々寄せられた苦情等に対して迅速に取り組んでいる。また、「リスクシート」に記載し、介護事業部と改善に取り組んでいる。本人にフィードバックしているが、公に開示していない。</p> <p>36. 重要事項説明書に公的機関の相談窓口への連絡先を記載して説明を行っている。対応は苦情相談対応マニュアルに沿って行なっている。相談窓口に第三者を設置していない。</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。	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)		37. 年1回「利用者満足度アンケート調査」を実施している。結果をレーダーチャートで表示し、改善策等を文章化し利用者全員に配布している。 38. 月例の業績会議(グループの数箇所の事業所)で提供サービスの質の向上について検討している。また、毎年、法人全体の施設や事業所が相互評価に取り組んでいる。年2回、介護事業部主催の全体会議で他の事業所の取り組みを共有している。また、年1回法人主催の「洛和メディカルフェスティバル」を開催し、法人全体のサービスの質の向上に役立てている。 39. 定期的に事業所評価(年1回)・内部監査(2年に1回)・行政主導の自己点検(年2回)を実施し、サービス提供状況の質の向上に努めている。第三者評価の受診は今年が初めてである。		