

アドバイス・レポート

令和6年6月12日

令和5年10月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた こぶしの里サテライト今宮 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7) 管理者等による状況把握 管理者が不在の時も電話等で連絡を取れる体制を整えるとともに、緊急時や職員 の体調不良時には、施設長や管理者に職員が直接連絡をとれる方法を確立して います。施設長は日々の申し送りや記録、会議、委員会などで情報収集して状況把握をするとともに、現場職員ともしっかりコミュニケーションをとっています。</p> <p>(通番14) 地域との連携・情報発信 事業計画に『地域にとってサテライト今宮があることが安心になることを目指す』と明記し、災害時に貢献できるよう福祉避難所にも登録しています。ホームページやパンフレット、広報誌等により、事業所の理念や、日々の取り組みを公開されています。広報誌は地域の診療所や教育機関にも配布しています。町内会にも加入し、行事、防災訓練等に参加するなど町内会員としての役割も果たされています地域ケア会議に参加して地域課題やニーズの把握に努めています。</p> <p>(通番28) 利用者の家族等の情報交換 コロナ禍でも対面での面会を継続され、必要に応じてオンライン電話も活用されています。サービス担当者会議、通院の付き添い時、日々の面会時など定期的に利用者家族と情報交換する機会を持たれています。月1回担当介護職員から家族に向けて利用者の写真を添付した手紙を配布することで日々のご様子を報告されています。</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 法人として2021～2025年までの中長期計画が策定され、それに基づいて各事業所の事業計画が策定されています。事業ごとに事業計画達成にむけて各ユニット会議やデイ会議等で進捗状況を確認しながら取り組みを実施し、年度まとめ会議で職員からの意見や課題を集約し、次年度の目標を設定につなげています。事業計画を利用者や家族に説明・周知できていませんでした。</p> <p>(通番15) 地域との交流 法人にはボランティア委員会があり、ボランティアによる喫茶や学生や音楽ボランティアの受け入れを再開して、少しずつボランティア受け入れを増やしている最中でした。しかし、ボランティア受け入れマニュアルが整備されていませんでした。</p> <p>(通番42) 利用者満足度の向上の取り組み 利用者満足度調査をできるだけ毎年実施し、意見の内容や結果を代表者会議や各部署ごとの会議で確認しています。調査前後でどのように改善されたかを客観的に確認する仕組みはありませんでした。</p>

具体的なアドバイス

1980年代初頭に西陣の地を中心に「北・上京老人ホームをつくる会」が設立され、2,000名以上の多くの人々のご支援、ご協力を受けて、1985年7月に社会福祉法人七野会が設立されました。その翌年の特別養護老人ホーム開設以来、地域のニーズに応える形で事業展開されています。法人設立から40年近くが経過した現在は、入所事業、相談事業、在宅支援事業、地域密着事業等多岐に渡っており「住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けることを支援する」という、法人の基本理念が具現化された事業展開がなされています。

今回の第三者評価受診の対象となった、「こぶしの里サテライト今宮」は、2008年2月に定員20名の地域密着型特別養護老人ホームとして開設されています。併設事業として認知症対応型通所介護や配食事業も実施し、施設入所者だけでなく地域で暮らす在宅利用者を支える施設としての役割を担っています。また、施設の中に2室の高齢者・障がい者住宅も完備され、地域の中で自分らしく暮らす選択肢を創造されています。

日々の実践の中では、社会福祉法人が運営する地域密着型事業所として何をすべきか、地域のために何ができるかを模索し、小規模施設でも配食事業もされたり、利用者家族にカフェを運営してもらったり、福祉避難所として地域に貢献しようとされる等、地域に開いていこうとする取組みが実施されています。また、法人理念である「その人らしく生きる」ということの実践として、併設事業所で在宅生活を支援する取組みや、高齢者・障がい者住宅も完備して地域の中で暮らし続ける支援を行われています。

市民の要望や願いをもとに設立された社会福祉法人として、今後も地域のニーズに応えるべく、利用者にとってのより良い環境整備や介護サービスの提供を追究して頂きたいと思えます。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

(1) 事業計画等の策定

法人として2021～2025年までの中長期計画が策定され、それに基づいて各事業所の事業計画が策定され、職員に周知されています。しかし、事業計画を利用者や家族に説明・周知できていませんでした。事業計画の要約だけでも、利用者掲示板に掲示したり、広報誌に掲載したり、年度初めの送付物に同封する等して、ご家族に周知されては如何でしょうか。

(2) 地域との交流

法人にはボランティア委員会があり、喫茶や音楽、学生ボランティアの受け入れ等を再開されていましたが、ボランティア受け入れマニュアルが整備されていませんでした。ボランティア登録時の流れや受け入れの際の注意事項等も記載されたボランティア受け入れマニュアルを整備されては如何でしょうか。

(3) 事業の維持・継続の取り組み

災害時に利用者サービスを継続していく視点でのBCPを策定していましたが、BCPに基づいての研修や訓練はまだ出来ておらず、次年度に実施予定でした。2024年度からは研修や訓練も義務化されるので、法人内でも協議しながら、地域密着型施設として必要な訓練を実施して下さい。

(4) 利用者満足度の向上の取り組み

利用者満足度調査をできるだけ毎年実施していましたが、調査前後でどのように改善されたかを客観的に確認する仕組みはありませんでした。満足度調査で出された意見や要望等を改善前と改善後で見える化して調査に協力して下さい。ご家族などに報告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	2990100041
事業所名	こぶしの里サテライト今宮
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入所者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	2024年3月12日
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) 法人理念を踏まえて毎年の事業計画を策定している。法人全体での業務実践発表会を毎年実施して、法人理念と業務の実践が結びついているかを確認している。法人広報誌『なのの』の表紙に法人理念を記載し、定期的に配布することで利用者や家族、関係機関にも周知している。 2) 法人の理事会、評議委員会が定期的に開催されている。法人の各事業所の管理職が集まる管理委員会を毎月開催して、各事業所の状況を集約して組織的に意思決定している。事業所では代表者会議、ユニット会議、デイ会議等を毎月開催し、職員の意見を反映した組織的な意思決定が行われている。		
(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質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。	B	B
		業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
		(評価機関コメント)		3) 法人として2021～2025年までの中長期計画が策定され、それに基づいて各事業所の事業計画が策定されている。事業ごとに事業計画達成にむけて各ユニット会議やデイ会議等で進捗状況を確認しながら取り組みを実施し、年度まとめ会議で職員からの意見や課題を集約し、次年度の目標を設定につなげている。事業計画を利用者や家族に説明・周知できていない。 4) 事業ごとにおこなう会議(各ユニット会議やデイ会議等)で、各事業所や職種が取り組む年度課題を設定し、半期ごとに会議で評価を実施し、年度の事業計画や目標、課題等の振り返りを行っている。		
(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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) 事業を運営する上で必要な法令は、マニュアルファイルを事務所、各ユニットに設置し職員が閲覧できるように配慮されている。権利擁護（特に高齢者虐待防止法、身体拘束廃止等）については、特に力を入れて複数回の学習会を実施し、事業所内職員に周知を図っている。 6) 施設長が毎月の特養会議、デイ会議に参加し職員の意見を聴き取っている。現在の管理体制になった初年度に施設長自らが法人の業務実践研究発表会で施設全体の管理体制と自らの役割や責任等を発表して職員に表明している。施設長は会議や面談、日々の職員とのコミュニケーションの中で職員の意見を聞くことに努めている。 7) 管理者が不在の時も電話等で連絡を取れる体制を整えるとともに、緊急時や職員の体調不良時には、施設長や管理者に職員が直接連絡をとれる方法を確立している。施設長は日々の申し送りや記録、会議、委員会などで情報収集して状況把握をするとともに、現場職員ともしっかりコミュニケーションをとっている。		

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

II 組織の運営管理

(1) 人材の確保・育成

	総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
	質の高い人材の確保	9	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
	計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
	実習の受け入れ	11	実習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) 七野会職員のキャリアパス自己確認・育成シートを法人採用教育部が中心となって作成、各職種の経験年数や役職、雇用形態に応じて期待する職員像を明確にしている。職員一人ひとりが自己確認・育成シートを策定し、目標を定めてその達成状況を確認・評価している。 9) 法人の採用教育部により、介護福祉士と介護支援専門員の資格取得勉強会や実務者研修を実施している。法人負担での資格取得など、資格取得支援が行われている。 10) 経験年数に応じた研修制度、役員者研修等、体系的な研修計画が整備されている。研修参加は、参加費、交通費等業務扱いとし、研修や学習会は報告書を作成し、回覧・伝達研修により全職員への周知を図られている。		

(2) 労働環境の整備				
労働環境への配慮 (働きやすい職場づくり)	12	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。	B	A
ストレス管理	13	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、職員が充分に休むことが出来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)		12) 有給休暇消化や時間外勤務は本部総務部と事業所でダブルチェックして管理している。キャリアパス面談等の個別面談を実施して職員からの意見や要望を聞いている。育児休業や介護休業の仕組みもきちんとあり、現在も1名の職員が育児休業を取得している。 13) 職員のしんどさは産業カウンセラー資格を持った管理職が声をかけて聴くことを心掛けている。京都市こころの健康増進センターでのカウンセリングを受けることが可能で、休憩室も完備されている。		
(3) 地域との交流				
地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流 (入所系・通所系サービスのみ)	15	ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		14) 事業計画に『地域にとってサテライト今宮があることが安心になることを目指す』と明記し、災害時に貢献できるよう福祉避難所に登録している。ホームページやパンフレット、広報誌等により、事業所の理念や、日々の取り組みを公開されている。広報誌は地域の診療所や教育機関にも配布している。町内会にも加入し、行事、防災訓練等に参加するなど町内会員としての役割も果たされている。地域ケア会議に参加して地域課題やニーズの把握に努めている。 15) 法人にはボランティア委員会がありますが、受け入れマニュアルが整備されていない。喫茶や音楽、学生等のボランティアの受け入れを再開して、少しずつボランティア受け入れを増やしている最中である。 16) 大学からの依頼で高齢者施設の利用者支援について職員が出向いて講演している。学区の高齢者対象の紫竹地域わくわくプロジェクト企画で福祉サービスを説明する等している。京都高齢者大会で特養の現状や制度改定の及ぼす影響について講演している。2カ月に一回の運営推進会議開催や町内会への参加で、地域の声を聴き取っている。		

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
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	17	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)		17)パンフレットとサービス内容や利用料及び自己費負担分等も記載された書類を準備して、事業所情報等を提供している。ホームページから重要事項説明書が閲覧できるよう工夫している。施設見学にも随時対応し、感染対策をして見学者に部屋やフロアの様子を見て頂くようにしている。デイサービスでは体験利用を受け入れている。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	18	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)		18)パンフレットに利用料金表を添付し、サービス利用開始時には重要事項説明書によりサービス内容等を説明している。成年後見人制度の利用実績もあり、必要のある人には制度紹介をしている。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	19	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	20	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	
	専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19)アセスメントツールは『ほのぼの』を利用し、基本は6か月毎として必要時に随時アセスメントを実施している。利用者・家族の意向確認は丁寧に行い、主治医からの意見もケアマネジャーを通じて確認している。 20)アセスメントを定期的実施してケアプランを作成・更新している。サービス担当者会議には利用者・家族の出席を基本とし、必要に応じて居室で実施している。署名が困難な利用者の場合は家族が代筆署名している。 21)法人の関連事業所である老人保健施設から理学療法士が月に1回訪問し、ケアプラン作成のために意見をもらっている。毎月のユニット会議で他職種によるケース検討を実施してケアプランに反映している。 22)毎月1回介護ソフト「ほのぼの」でモニタリングを実施し、結果を職員に回覧している。ケアプラン修正が必要な場合はサービス担当者会議を実施して他職種に意見照会を行っている。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	23	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	
	サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A	
	(評価機関コメント)		23)令和5年8月より新たな協力医療機関と連携し、評価・改善のためのミーティングを実施している。月2回程度の内科受診機会があり、希望者には訪問と外来により他科受診を実施している。個別ケースで地域包括支援センターと連携したり、ケースによっては北・上京区福祉医療連携センターから助言をもらっている。病院でのカンファレンスに参加して情報を得ている。 24)入院を契機に退所された方や、終末期を自宅で過ごすために退所された方の事例があり、退所された方の次の居場所となる病院や在宅の居宅ケアマネジャー等と連携している。			

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25) マニュアルは事務所および各ユニットで保管されている。法人でマニュアルの作成および定期的に内容の改定を実施している。 26) 個人情報保護については入職時オリエンテーションで研修を実施し、その後は、定期的な勉強会を実施している。入所契約時に個人情報の取扱いの範囲について利用者および家族の意向を確認している。 27) ケアプランはサービス担当者会議で話し合いを行い、会議後の回覧で関係職員に周知されている。利用者の状況を把握するため各ユニット会議でケース検討を実施し、代表者会議でも再度検討している。 28) コロナ禍でも対面での面会を継続され、その他必要に応じてオンライン電話も活用されている。サービス担当者会議、通院の付き添い時、日々の面会時など定期的に利用者家族と情報交換する機会を持たれている。また、月1回担当介護職員から家族に向けて利用者の写真を添付した手紙を配布することで日々の様子を報告している。		

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		29) 法人策定の感染症対策マニュアルを、事務所や各ユニットに設置している。事業所内で定期的に感染症対策に関する学習会を実施し、必要な知識習得と手順の理解に努めている。急な発熱など感染症が疑われる症状を確認した時には、協力医療機関へ報告するとともに、医療職と施設長が協議し対応策を講じている。 30) 特養では学生バイトや夜勤職員を中心に毎日清掃している。デイサービスでは職員により利用者が帰った後に毎日清掃している。汚物は新聞紙に包んだうえでその都度汚物処理室に破棄することでユニット内に臭いが滞留しないように工夫している。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	B	B
(評価機関コメント)		31) フローチャート形式の事故対応マニュアルが整備されている。緊急時対応マニュアルや職員緊急連絡網を各ユニットに設置している。救急用要請時の電話対応を見える場所に掲示している。 32) 事故やヒヤリハットについては各ユニット会議で対策を検討している。毎月の代表者会議と合わせて開催されるリスク会議で多職種により、事故内容を振り返り対策を検討している。 33) 火災発生時の訓練は年2回消防署の協力も得ながら実施されている。市の福祉避難所として指定されており、地域との連携を意識したマニュアルが作成され、食料や備品の備蓄リストも作成されている。 34) 災害時に利用者サービスを継続していく視点でのBCPを策定している。BCPに基づいての研修や訓練はまだ出来ておらず、次年度に実施予定である。		

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	35	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
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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>35)人権に関する研修を新規職員採用時と毎年2回実施している。選挙を希望される方のために不在者投票を実施する等して意思決定の支援をしている。</p> <p>36)高齢者虐待防止と身体拘束適正化の指針を策定し、マニュアルも整備している。高齢者虐待防止や身体拘束の廃止についての研修を年2回実施している。毎月の代表者会議で不適正な事案がなかったかの振り返りを行っている。</p> <p>37)入職時のオリエンテーションでプライバシーに関する研修が実施されている。新規職員には入職してから半年後に「高齢者疑似体験」を実施して介護される立場を体験させている。利用者の情報をやりとりすることを他の利用者の近くでは行わないようにする等を徹底しプライバシーや羞恥心に配慮している。</p> <p>38)点数制による入所基準を設けて毎月の入所検討会議で多職種で検討し、入所者を適切に決定している。支援困難ケースに関しては居宅介護支援事業所などの関係機関と連携し、適切なサービスへつなぐ支援をしている。</p>		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A
		意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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>39)面会時やサービス担当者会議時などに個別面談を実施したり、必要時に電話連絡する等して、希望や意見、要望を聞き取っている。聞き取った意見や要望で共有が必要なことは介護ソフトに記録して共有している。</p> <p>40)苦情があった場合は、受付対応の手順を整備し、法人や事業所内で共有して改善策を話し合い再発防止策に努めている。法人内の各事業所での苦情は法人の第三者委員会に報告している。意見・要望・苦情等をプライバシーに配慮しつつ広報誌「なの」で毎年1回公表している。</p> <p>41)法人として第三者委員を設置し、契約時にも公的機関と合わせて第三者委員の連絡先も説明している。元入居者家族の喫茶ボランティアの方を利用者の相談窓口にして、喫茶の日等を中心に利用者に関りごとや職員の対応等への意見を聞き取ってもらっている。</p>		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	A
		評価の実施と課題の明確化	44	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>42)利用者満足度調査をできるだけ毎年実施し、意見の内容や結果を代表者会議や各部署ごとの会議で確認している。調査前後でどのように改善されたかを客観的に確認する仕組みはない。</p> <p>43)毎月の代表者会議でサービスの質の向上について検討し、デイ会議、特養会議で職員間でも共有されている。</p> <p>44)第三者評価を3年ごとに受診し、指摘事項の改善に毎年取り組んでいる。</p>		