

アドバイス・レポート

令和 7 年 1 月 7 日

令和 6 年 10 月 21 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設 梨の里）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。

記

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1) サービスの質の向上の取り組み</p> <p>利用者の意向（意見・要望・苦情）を把握する仕組みとして、担当者や受付窓口を設置され、重要事項説明書への明記や事業所内に掲示されるなど利用者・家族へ周知されていました。意見箱は担当者により毎日確認されるほか、個別面談や利用者満足度アンケートを活用し広く利用者の意向を収集されていました。把握した意向等については、施設長をはじめ全職種の役職者が参加する「サービス評価向上委員会」にて検討され、議事録で全職員に周知されていると共に、改善状況を施設内に掲示し公表されていました。また、前回の第三者評価受診時のアドバイス結果についても積極的に改善に取り組み、サービスの質の向上へ繋げる前向きな姿勢と仕組みが整備されていました。</p> <p>2) 計画的な人材育成と継続的な研修・OJT（職場実地研修）の実施</p> <p>「キャリア別段階別研修計画」のもと、インターネットを活用した研修を導入し、職員全員が無理なく取り組める研修体制が整備されていました。</p> <p>「職員自己評価シート」は職種別にチェック項目を区別されており、年度当初に立案された部署目標に沿って各職員が個人目標を設定し、その達成状況について自己評価したものに対して上司評価が加えられるという系統立てたシステムがあります。この仕組みにより、全職員が事業計画を共通目標として各自の成長を目指すことが出来る人材育成が行われていました。また「介護福祉士取得支援奨学金貸付規定」が整備され、介護福祉士取得迄の各種研修に対する勤務調整や受講費支援について定められており、結果として高い資格取得率に繋がっていました。</p> <p>3) 各種マニュアルの整備</p> <p>法人共通のマニュアルに加え梨の里独自のマニュアルを整備し、一覧表にて管理されていました。また、事業計画にて見直しの時期や方法について規定されていました。各マニュアルの完成度は高く、例えば「ケアマネ・相談員マニュアル」では、入所基準やケアマネジメント手順のほか、成年後見制度や介護保険制度など業務に必要な情報・手順が多岐にわたって網羅されており、新しく相談員となった職員でも業務内容や手順が早期に理解出来る内容になっていました。その他にも「コンプライアンスマニュアル」など職員の意識づけに繋がるものや「災害対策マニュアル」はBCP（事業継続計画）の役割を果たすなど、有事の際も職員が混乱なく統一した対応が出来るよう</p>
-----------------------------	--

	<p>整備されていまして。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 中・長期を見込んだ事業計画の策定 中・長期計画については事業運営や設備改修について策定され、定期的な見直しと評価を行い、年1回法人全体へ報告もされていしましたが、計画の期間が年度単位となっていました。事業運営や人材確保定着等、中・長期的展望が必要な課題に対し数年を単位とする中・長期計画が策定されていませんでした。</p> <p>2) 居住環境への配慮 館内はゆとりある空間の中で居心地の良い設えの工夫を随所に確認することができ、各フロアには絵画や口腔体操のための早口言葉など、利用者の暮らしを彩り活性化するための掲示物がありました。課題としては、認知症フロアの掲示物が一般フロアよりも高い位置に設置され、利用者の視線が届きにくい位置に掲示されているように見受けられました。小柄な方や車いすの方にとってはせっかくの掲示物が閲覧しづらい状態かと思われました。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保 重要事項説明書等に事業所内の担当者と公的機関の相談窓口が明記され、事業所内にも掲示されるなど利用者・家族に周知されていますが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置されていませんでした。また、利用者の相談機会の確保として市民オンブズマンや介護サービス相談員、地域住民等外部人材の受け入れについても今後の課題とのことでした。</p> <p>4) 定められた評価基準に基づいた自己評価の実施 3年に一度第三者評価を受診され、アドバイス・レポートの結果を「サービス評価向上委員会」で検討し、サービスの質の改善に取り組まれています。が、定められた評価基準に基づいた自己評価の実施は確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 中・長期を見込んだ事業計画の策定 現行の1年ごとの事業計画には今後の事業展開や人材確保育成、設備改修など法人が描く前向きなビジョンについて記載されていまして。刻々と変化する社会情勢の中、数年後を見据えることは困難もあるかと思いますが、法人が数年後の将来像を計画的に考えていることを示すことは、職員の方々にとっても目指すべき目標が明確になるのではないかと思います。現在の事業計画のうち単年度では達成が難しいと思われる項目を選択し、中期3年長期5年など複数年度に渡る計画として策定されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 居住環境への配慮 認知症の利用者にとって、馴染みある風景画や写真、文字などの視覚的刺激は落ち着いた時間を過ごすことが出来る居住環境のためには非常に重要な要</p>

	<p>素かと思われます。掲示物を敢えて高い位置に配置されたことに対し、過去の経緯やリスクマネジメントなど何等かの理由があるかと推察しますが、利用者の暮らしの質を優先に再検討され、利用者の視界に入りやすい位置に修正されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保</p> <p>社会福祉法人では第三者の相談窓口として第三者委員の設置が求められている一方で、医療法人では必ずしも求められておりません。しかし、利用者が自由に外部の機関に相談できる環境の整備は、透明性を確保する観点からも必要と思われます。施設単独で配置することが難しければ、スケールメリットを生かして法人やグループで設置されることも一つの方法です。また利用者が事業所を介さず第三者として相談できる外部の人材の導入については、地域の民生児童委員など有識者の方々や介護・福祉など関係団体からの派遣、施設の元職員等の活用なども考えられますので、検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>4) 定められた評価基準に基づいた自己評価の実施</p> <p>事業を運営する中で、様々な課題や目標に対して、その達成状況や新たな課題の確認・解決に取り組むためには、一定の客観的な評価基準に基づき定期的に自己評価を行うことが必要と考えられます。例えば、第三者評価の評価項目を評価受診年度以外の年度にも自己評価に用いることや、全国社会福祉協議会から公開されている評価項目なども活用出来るかと思われます。それらの評価項目を用いて毎年度各部署で自己評価したものを突合し、施設全体の自己評価とされるなど、定期的に自己評価に取り組む仕組み作りを検討されてはいかがでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2652980026
事業所名	医療法人社団医聖会 介護老人保健施設 梨の里
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス(複 数記入可)	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテ ーション・短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介 護
訪問調査実施日	令和6年11月15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) 理念・組織運営についてはホームページやパンフレットでの明示と共に職員証に記載し、定期的な唱和を通じ、職員が暗記される迄に浸透しています。2) 「運営会議(月1回)」「業務推進会議(月1回)」「本部会議(週1回)」と意思決定のための会議が系統的に開催されており、法人決定が速やかに現場へ周知されると共に職員の意見を吸い上げる仕組みがあります。「就業規則」「新しい人事・給与制度」にて各役職職種の業務分掌について明記されています。			
(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。	A	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) 「事業計画」が法人・部署単位で策定され、玄関の見やすい所へ設置される等利用者家族への周知が図られています。中・長期計画の期間を単年度とされており、事業展開や人材確保等単年度での解決が難しい課題も含んでおりましたが、3～5年単位の中・長期的な視点で区別されることが望ましいかと思われました。4) 「部署目標」のもと各職員が「職員自己評価シート」を用いて「個人目標」を策定されており、役割に応じた目標設定が出来るシステムがあります。「事業計画」にて各計画に応じた見直しの時期が設定されています。			
(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、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) 必要な法令をリスト化し全職員が検索出来るようにされています。介護報酬改定等必要な制度変更は全体研修にて職員に周知されています。6) 経営責任者が率先して各種会議に出席し職員との信頼関係構築に努めておられています。施設長は「職員自己評価シート(施設長用)」にて自らを振り返る機会をもたれています。7) 「緊急連絡網」にて緊急時連絡系統が確立されています。職員ヒアリングにて日頃より相談報告しやすい組織風土があることが分かりました			

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)「新しい人事・給与制度」にて期待する職員像を明確にされています。「介護福祉士取得支援奨学金貸与規程」にて資格取得に対し受講費支援や休日調整等を柔軟に行い、介護福祉士資格の保持率は介護職員中80%に至るとのことでした。9)有資格者を積極的に採用し外国人技能実習生も受け入れておられます。法人内施設連携のもと採用活動に取り組み安定した組織作りをされています。10)「キャリア別研修計画」にて職種経験別の研修計画を立て、施設内・施設外の研修共に積極的な受講を奨励されています。11)看護職やリハビリテーション職の実習生を受け入れ、実習指導者に対する外部研修派遣も積極的に行われています。		
(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	・有資格者を優先的に採用 技能実習生の受入を積極的に実施。 ・資格取得のための休日調整支援。 ・法人内3施設共通のキャリアアップ研修計画に沿って研修を実施。	A	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、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、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)		12)有給休暇は月1～2日定期的な消化を奨励されており、消化率は法人で把握されています。事務系管理職を除き規定以上の取得が出来ているとのことでした。業務記録は手書きでしたが、現状では超過勤務等職員の負担には繋がっておらず支障はないとのことでした。今後はICT化について検討されても良いかと思われました。13)医聖会独自の「心の健康相談窓口」がありますが、職員の悩みは直属上司に相談する例が多いとのことでした。職員通用口に「労務」についての説明書を掲示し、介護休業、産前産後休業、育児休業等に対する職員の理解を深め取得しやすい環境作りに努めておられます。「ハラスメント対策マニュアル」「パワーハラスメント対策規程」にハラスメント防止について規定されており、事例発生の際の対応についてマニュアル化されています。		
(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。	A	A
		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)「八幡ふれあいマルシェ」への施設敷地の提供や、「八幡市多職種連携を考える会」等地域会合への積極参加などコロナ緩和に伴う積極的な地域貢献が始まっていました。15)「ボランティア受け入れマニュアル」にて基本姿勢を明示されています。コロナで一旦受け入れを休止されましたが、今後徐々に再開するとのことでした。16)「介護予防教室」を開催し地域の介護予防に貢献しておられます。八幡市介護保険策定委員会や運営協議会に積極的に職員派遣を行っておられます。		

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	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) ホームページやパンフレット、事業案内や料金表等も含めた入所申込書類一式によりサービス選択に必要な情報を提供されています。見学は随時受け付けられ、デイケアやショートステイで体験利用を受け入れられています。			
(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) 契約時に契約書、重要事項説明書によりサービス内容や利用料金の説明が行われています。入所後に地域包括支援センターと連携して成年後見制度利用に繋がれたケースもあるとのことでした。			
(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) 法人独自の全職種が記入するアセスメント様式により3カ月に1回アセスメントを実施されています20) サービス担当者会議には利用者本人が出席され、家族にも案内し出席ができない場合も意向を確認して、本人・家族の意向をケアプランに反映されています。21) 各職種が参加するサービス担当者会議によりケアプランを作成されています。栄養ケア計画は別建てにし、要点をケアプランに盛り込まれています。22) ケアマネ・相談員マニュアルにケアプランの見直しについて定め、3カ月毎にモニタリング、アセスメント、ケアプランの見直しが行われています。プランの見直しは申し送りノートにより関係職員に周知されています。			
(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) 退所時の診療情報提供書や退所前後訪問指導等で医師や関係機関と連携されています。八幡市の多職種交流会や地域ケア会議等で地域の課題に対しても連携して取り組まれています。24) ケアマネ・相談員マニュアルに在宅復帰時や他施設への移行時の連携等を明記されています。			
(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) 各種業務マニュアルを整備し、事業計画の中に年1回のマニュアルの見直しを位置付けられています。26) 各種記録類は記録毎に保存期間を定め、期間を経過した記録は処分されています。ケアプランに基づく記録は、プラン毎にチェック式で記録され、プラン実施時の特記事項は経過記録や看護記録に記載されていますが、チェック表と特記事項を一覧できるように記録を工夫されるとより利用者の状況を把握しやすいのではないのでしょうか。27) 朝夕の送り、送りノート、業務ノート、療養管理日誌等で職員間での情報共有が行われています。28) ケアプランの説明同意時や面会時等、随時利用者の家族とは情報交換が行われています。コロナ禍ではタブレットによりリハビリの様子等を伝えられていました。			

(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) 感染症・食中毒対応マニュアル及び指針を整備し、3カ月に1回感染対策委員会を開催して、感染対策訓練や施設内研修を実施されています。30) 施設内の清掃は全館外部業者により行われ、日報で確認されていました。洗濯やリネン類の扱いは、清潔・不潔を分けてそれぞれ別室で行われており、衛生管理を徹底されていました。		
(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。	B	B
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。	A	A
(評価機関コメント)		31) 事故防止対策マニュアル及び指針を整備し、年1回施設内研修及び緊急対応訓練を実施されています。32) 事故発生時にはその場で報告書を作成し、所属長・事務長が確認されています。ヒヤリハット報告書は、施設独自のルールにて同じ利用者でヒヤリハットが続いた場合は事故として扱うこととするなど、危機管理に努められています。33) 非常災害対策計画を整備し、木津川氾濫時に備えた垂直移動訓練も実施されています。地域と連携した防災計画の策定や関係団体等との訓練の実施は今後の課題となっていました。34) 自然災害及び感染症に対するBCP（事業継続計画）を策定し、机上訓練及びシミュレーション訓練を実施されています。		

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	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)		35) 人権等の尊重については、ホームページやパンフレットに記載され、事業所内にも掲示されています。意思決定が困難な利用者には、文字やイラストが記載されているコミュニケーションノートを活用し、意思決定しやすい工夫をされています。認知症フロアの掲示物がやや高い位置に設置されており、利用者にとっては閲覧しづらいかと思われました。36) 虐待防止や身体拘束禁止に関する規程やマニュアル、指針は整備され、職員の心得を唱和するなど意識の向上に取り組まれています。研修については年間計画を策定され、変則勤務の職員も受講しやすいように、インターネットを活用した研修の導入など工夫され取り組まれています。37) プライバシー保護に関する規程やマニュアルは整備され、年間計画に基づき研修も実施されています。介助場面のほか面談や日常的なコミュニケーションの場面でも、部屋を変えるなどプライバシーに配慮をされています。38) 入所基準を明確にし、入所基準に基づき入所判定会議にて利用者を決定されています。入所を受けられなかった事例は1件で、理由を丁寧に説明されていました。法人内の連携会議である「医聖会地域連携会議」でも受け入れについての調整等を行っておられます。			

(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)		39) 相談・苦情担当者は重要事項説明書に記載されるほか、事業所内にも掲示し周知されています。意見箱が設置され、毎日遅出勤務者が確認されています。利用者懇談会は実施されていませんが、個別面談にて意向を聞き取っておられます。40) 相談・苦情対応処理マニュアルは整備され、マニュアルに基づいて対応されています。意見や要望、苦情に関しては組織内で迅速に検討し、改善につなげておられます。改善結果についても匿名性を確保したうえで事業所内で掲示されるなど公表されています。41) 重要事項説明書等に事業所内の相談受付担当者や公的機関の相談窓口が明記され、事業所内にも掲示されるなど利用者・家族に周知されていますが、事業所関係者以外に第三者の相談窓口は設置されていませんでした。		

(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	A	A
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。	A	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	B
(評価機関コメント)		42) 利用者満足度アンケートを実施し、意向・要望等を利用者個別に聞き取っておられます。アンケート結果についてはサービス評価向上委員会で検討され、内容によりすぐに改善できることは取り組まれ、サービスの改善につなげておられます。43) 各職種の責任者で構成されている「サービス評価向上委員会」を設置し、検討された内容については議事録により全職員に周知されています。他法人の評価や取り組みはインターネットを活用して比較検討されるほか、法人内の3つの老人保健施設と取り組みを共有し、比較検討されています。44) 3年に1度第三者評価を受診され、アドバイスレポートの結果をサービス評価向上委員会で検討しサービスの質の改善に取り組みされていますが、定められた評価基準に基づいた自己評価の実施は確認できませんでした。		