

アドバイス・レポート

令和 8 年 1 月 3 0 日

令和 7 年 1 0 月 2 5 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梅津富士園 ）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 (※)	<p>1) 労働環境への配慮（ハード）</p> <p>プライバシーの配慮に向けて、整備補助金を活用して多床室を個室化する改修工事に取り組んでおられました。また、介護現場が少しでも楽になるようにと、施設と企業とで共同開発された見守りセンサーや、翌日不穏状態になる可能性を AI で予測する機器、血圧・体温・脈拍を顔認証で計測する機器など、積極的に福祉 DX（デジタル変革）に取り組んでおられました。結果として、職員にとっては働きやすく、入居者にとっても安心して負担軽減に繋がる環境整備が着実に進んでいることが見て取れました。</p> <p>2) 労働環境への配慮（ソフト）</p> <p>時間外労働の平均値、中央値、最大値を算出し、職員個々の位置づけを可視化するほか、残業した理由を色分けして分析し、皆に共通している理由については構造的な課題と捉え、組織的に改善に取り組んでおられました。具体的な例では、記録の時間がとれずに残業になっていたのが、リーダー業務のときは食事介助に入らず記録に専念するとルール化することで、実際に超過勤務の大幅削減に繋がっていました。</p> <p>3) 地域との連携・情報発信</p> <p>地域主催の様々な行事に、職員・入居者ともに参加し、積極的に交流されています。地域の役員が理事や第三者委員として法人運営に参画されていることから、地域との良好な関係性がうかがえました。もともと保育園からはじまった法人であることから、卒園児が子どもを連れて高齢者施設に遊びに来るなど、貴重な財産として機能しています。また、近隣の認知症専門医とも連携を図りながら認知症カフェを毎月開催されており、この取り組みは右京区役所から表彰されるなど、高く評価されていました。</p>
---------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 事業計画の策定等 事業計画は、各部門の意見を集約したうえで、理事を交えた会議で練り上げるなど、丁寧なプロセスを踏んで策定されていますが、単年度の事業計画と中・長期計画が一体的に策定されており、毎年、中・長期計画が更新される形になっているため、本来の意味での中・長期計画のあり方とは異なる運用になっていると感じました。</p> <p>2) プライバシー等の保護 プライバシー保護を目的として、多床室の個室化に向けた改修工事を実施される一方で、トイレはカーテンのままになっていました。もちろん、使用時にはカーテンを閉めるなどの配慮はされていますが、羞恥心への配慮という観点からも、具体的な対応を検討されてはいかがかと思いました。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化 定期的に第三者評価を受診し、評価結果を業務改善に繋げておられることも確認できましたが、自主点検以外の定められた基準による定期的な自己評価は、実施が確認できませんでした。サービスの質を螺旋的に向上させるためにも、定期的な事業評価は必要であると考えます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 事業計画の策定等 期間を定めた中・長期計画を策定し、その期間の中で1年ごとの到達地点を定めるものが単年度の事業計画であると考えます。そのためにも、事業所の理念や運営方針の実現に向けた3～5年スパンの中・長期計画を策定し、そのゴールから演繹的に単年度計画を策定するよう、作り方を見直されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) プライバシーの保護 限られた予算など様々な制約のある中で、優先順位をどのようにつけるのかは難しいところですが、尊厳の保持という観点からも、トイレについてはカーテンから扉への変更を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化 自主点検以外の具体的な事業評価の方法として、たとえば、第三者評価の共通評価項目のチェックを、受診年度以外の年も毎年実施して改善に取り組み、3年目にはその成果を外部の第三者評価機関から客観的に評価してもらうことを繰り返すことで、PDCAサイクルが回っていくと思われます。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	267070026
事業所名	特別養護老人ホーム 梅津富士園
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)	(介護予防) 短期入所生活介護 (総合支援事業) 通所介護 居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	令和7年11月6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) 理念及び運営方針はホームページやパンフレットに掲載されているほか、施設内に掲示されています。理念と実践が結び付くように、年2回提出する職員の目標管理シートに理念をもとに取り組んだことを記入する欄が設けられています。入職時研修で理念についての説明があり、朝礼時には唱和するなど、理念の浸透を図られています。利用者本人・家族に対しても広報誌や重要事項説明書を通じて理解の促進に努めています。 2) 理事会、運営会議、全体会議、フロア会議等、議題に応じて必要な会議が開催されています。長寿すこやかプランや京都市老人福祉施設協議会の施設長会資料を読み込み、社会情勢や制度の動向等を把握し、分析されています。施設長はほぼすべての会議に出席し、職員の意見を吸い上げ事業運営に反映されています。職務権限規程・職務分掌にて、各役職・職種の権限や責任を明確にされています。		

(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) 単年度の事業計画と中・長期計画が策定されています。計画は各部門の意向を集約した上で、理事長も出席される運営会議での協議を経て完成し、同じく運営会議で年2回振り返りを行われています。事業計画はホームページに掲載したり閲覧用ファイルを備え付けるなどして本人や家族にも周知を図られています。毎年、事業計画を策定するごとに中・長期計画が更新される形になっており、本来の意味での中・長期計画のあり方とは異なる運用に感じました。 4) 事業計画に各部門の目標や取組内容も記載されています。進捗状況は日々の申し送りや運営会議で確認し、年2回評価を実施されています。		

(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) 施設長は京都市老人福祉施設協議会の各種研修に参加し、職員にフィードバックされています。関係法令については共有フォルダにリンクを貼り、誰でも見られるようにされています。e-ラーニングの法令遵守にかかる研修の受講を職員に義務付けられているほか、全体会議でも周知を図られています。 6) 職務権限規程に施設長等の役割と責任が明記されています。施設長はほぼすべての会議に出席し、組織としての意思決定に関与されています。半年に1回、目標管理シートを用いた職員ヒアリングを実施されています。年1回実施するストレスチェックの結果から、上司のサポートや満足度の分析を行われています。 7) 緊急時・非常時・事故発生時対応マニュアルを整備し、手順をフローチャートで示されています。施設長は業務日誌や日々の記録、ミーティング等により現場の状況を把握されています。		

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

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) 「特養心得10ヶ条」に求める職員像を表現されています。人事考課と連動したキャリアパスを整備し、賞与査定に反映されています。目標管理シートを用いて個人目標にかかる進捗を管理されており、面談時にフィードバックも行われています。 9) 必要な職員数の目安が定められています。「良いサービスをしていたら良い職員が集まってくる」という考えのもと、福祉系の実習生を積極的に受け入れる一方、一般大学にも求人を出したり、技能実習生を受け入れられています。インスタグラムなどSNSを活用し、職場の魅力を発信されています。 10) 年間研修計画に基づき階層別研修などe-ラーニングを用いた各種研修を実施し、受講状況は研修・職員登録シートで管理・把握されています。京都市老人福祉施設協議会など外部研修の情報は職員向けの掲示板で周知されています。資格取得については受験対策講座の実施や受験費用を施設負担するなどの支援が行われています。特養会議や全体会議の中で、学びあう機会を確保されています。目標管理シートを用いて職員個別の目標管理を実施されています。 11) 実習受け入れに関する方針は事業計画に記載されています。実習受け入れマニュアル、実習指導マニュアルを整備されています。実習ごとに異なるプログラムを用意されています。実習指導者講習会テキストの読み合わせを実施し、実習指導に活かされています。		

(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	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	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) 年次有給休暇の取得や時間外労働はデータ管理されている。特に超過勤務についてはその理由を色分けし、多くの職員に共通している理由については組織的に業務改善に取り組み、実際に削減につなげるなど結果も出されています。就業意向については職員ヒアリング時に確認している。職員向けの意見箱を設置したり、メンタルクリニックを紹介するなど、悩みを相談する受け皿を用意されています。育児休業復帰後の職員には時短勤務や夜勤免除などの配慮が行われています。様々な機器を導入し、福祉DX（デジタル変革）に取り組んでおられました。 13) 臨床心理士によるメンタルヘルス相談室を案内しているほか、メールでの受付も行われています。福利厚生としては共済会や右京区社会福祉協議会の制度を活用し、法人としても勤続年数に応じた食事会などを実施されています。適切な広さを持つ休憩室が整備されています。		

(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) 地域との関わり方については事業計画に記載されています。事業所情報はSNS等で発信されています。自治会長に理事として参画して頂かれています。併設の地域包括支援センターを中心に、地域の様々なネットワークに参加されており、施設としても右京区のまちづくりグランプリで表彰されるなど、積極的に地域に関わられています。 15) ボランティア受け入れマニュアルを整備されています。以前はボランティアとの食事会等を行っていましたが、コロナ禍で一旦中断してしまい、関係性の再構築を図られている一方で、新規ボランティアの受け入れにも努められています。近隣の小学校の体験学習等に協力されています。 16) 施設のフロアを地域に貸し出すなどの取り組みを行って頂いています。認知症カフェ「ぶらっと梅津」を毎月開催されており、地域の認知症専門医とも連携されています。近隣児童に対し、車いす、歩行器、リフト車等の体験の機会を提供されています。		

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

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)		7) 施設玄関にサービス選択に必要な情報をそろえられています。ショートステイを利用して体験利用が行われています。SNSで日々の情報を発信したり、希望する家族にはLINEで写真を添えて近況を報告されています。		

(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) 契約時にサービス内容を説明し、理解と同意を得られています。現時点では成年後見制度を利用している利用者はおられません。必要時には法人内の地域包括支援センターに相談する体制が整っています。		

(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) 所定の様式を用いて、6ヶ月ごと（看取りの対象者には3ヶ月ごと）にアセスメントを実施されています。ケアワーカーが収集した情報をケアマネジャーが取りまとめる形でプランを作成されています。 20) サービス担当者会議には利用者本人や家族も同席し、そこで意向を確認し、プランに反映されています。 21) 看護師や栄養士なども会議に参加し、多職種の合意を得てプランを完成させられています。参加が困難な場合はあらかじめ意見照会を行い、プランに反映させられています。 22) 原則3ヶ月に1回（看取り対象者は1ヶ月に1回）モニタリングを実施し、必要に応じてプランの見直しが行われています。変更したプランは記録ソフトにより誰でも閲覧できるようになっています。これらの手順はマニュアルに明記されています。		

(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。	B	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)		<p>23) 協力病院と連携し、入退院時の円滑な情報共有や意見交換に努められています。「すこやか進行中」やホームページなどで関係機関の連絡先を把握されています。地域包括支援センターと連携し、運営会議を通じて地域の課題を共有されています。認知症カフェには特養職員も参画されています。</p> <p>24) 契約書や重要事項説明書に、サービス移行時の対応が明記されています。基本的には生活相談員がサービス移行時の相談窓口となっています。インフォームド・コンセントを重視されており、関係機関と連携し、スムーズなサービス移行に努められています。</p>		
(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)		<p>25) 各種マニュアルが整備されています。介護手順はチェックリスト化されるなど、実用的なものになっています。「マニュアル見直し・更新に係る規程」を整備し、各委員会にて年度初めに見直し、改訂履歴を残す手順が標準化されています。マニュアルやチェックリスト改訂の際は、事故・苦情・満足度調査などの内容が反映されています。</p> <p>26) ケース記録や業務日誌は介護ソフトを用いて適切に記録されています。利用者の個別の情報は施錠可能なロッカーに保管され、適切に管理されています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄、開示に関する規程がそれぞれ整備されています。個人情報保護に関する研修を年1回実施されています。</p> <p>27) 毎日朝夕のミーティングで申し送りを行われています。毎月の特養会議にて情報共有、意見交換を実施されています。介護日誌は紙ベースで、出勤時に読むよう習慣づけられています。パート職員も必要に応じ気づいたことを記入されています。</p> <p>28) 3ヶ月ごとに利用者個別の近況報告書を作成し、家族に送付するとともに、希望者にはLINEでの情報提供も行われています。急変時等何かあれば電話連絡されています。感染症蔓延時には面会を制限することもあります。基本的に自由に面会して頂かれています。</p>		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>29) 感染症マニュアルやBCP（事業継続計画）を整備されており、定期的に見直しを実施されています。指揮命令系統が図式化されています。看護師を中心に各種感染症に関する実践的な研修を定期的に行われています。個室対応や陰圧装置の活用するなどして、感染症の利用者も受け入れられています。</p> <p>30) 多床室の個室化や、浴室の改修など、より良い環境整備のための改修工事を積極的に行われています。嘱託職員によるこまめな清掃により、気になるような臭気も感じませんでした。日頃から整理整頓を心掛けているとのことでした。</p>		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		31) 緊急対応時のマニュアルを整備し、指揮命令系統を明確に定められています。年1回ロールプレイや机上訓練を取り入れた研修を実施されています。 32) 事故発生時にはすみやかに家族に連絡し、必要に応じ行政に報告されています。ヒヤリハットは業務日誌に記録することにより即時に共有されています。予防策についても日誌に挟んで供覧し、周知されています。発生した事故については、場所、時間帯、種別、原因等別に分類し、統計的に分析が行われています。 33) 災害発生時の対応マニュアルが整備、周知されており、指揮命令系統が明らかにされています。学区の防災訓練に参加し、消防団との連携を図られています。避難経路の確認など、実地訓練も取り入れられています。地元の自主防災会と協定を締結し、協働による安全確保に取り組まれています。 34) BCPを策定し、感染症蔓延時や風水害等を想定した訓練を定期的実施されています。訓練の結果に応じて都度内容を見直し、より実効性の高いものへとブラッシュアップされています。		

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) 人権尊重について理念や事業計画に明記されています。尊厳保持の観点から、年3回「虐待の芽チェックリスト」によるチェックを実施されています。チェックの結果は虐待防止委員会で分析し、対策を検討されています。人権・虐待防止・身体拘束についての研修を年2回実施されています。 36) 虐待防止、身体拘束廃止にかかるマニュアルや指針を整備されています。虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会を定期的に開催し、研修も実施されています。センサー設置については毎月の特養会議で個別に検討されています。 37) 介護マニュアルのなかで、案件に応じてプライバシー保護についての具体的なルールが記載されています。倫理・プライバシーに関する研修を定期的実施されています。ソフト面はもちろん、多床室の個室化改修工事を実施されており、環境面でもプライバシー確保に努めています。ただし、トイレの間仕切りはカーテンのみであり、今後の改修が望まれます。 38) 月1回入所判定委員会を開催し、医師や第三者委員にも照会をかけ、公平公正を担保されています。病院など他機関とも連携し、適切な入所調整、対応が行われています。				
(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。	B	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。	B	B		
(評価機関コメント)		39) 意見箱の設置に加え、面会シートに意見欄を設けて、家族の意向を記入してもらうようにされています。利用者からの要望は職員が聞き取り、ミーティングで共有されています。意見要望に対しては個別面談を実施し、フィードバックに努められています。 40) 苦情対応マニュアルを整備されています。受け付けた苦情は「苦情・相談内容記録票」に記録し、関係部署に回覧されています。事故防止委員会で対応策を検討し、職員会議で全体に周知することで再発防止に努められています。対応結果はホームページで公開されています。 41) 第三者委員として地域の役員を選任されており、直接連絡できる携帯電話番号とともに事業所内に掲示されています。第三者委員を通じた苦情はないとのことでしたが、あれば施設長に報告され、迅速に対応する仕組みがありました。利用者の相談先としての外部人材の受け入れはできていませんでした。				

(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てている	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	B	B
(評価機関コメント)		42) 年1回、利用者満足度アンケートを実施されています。集計結果をもとに、事故防止委員会で改善策を検討し、職員会議で周知されています。すぐに改善できないことは、次年度の事業計画に記載し、長期的に取り組まれています。 43) サービスの質の向上については事故防止委員会で検討されています。京都市老人福祉施設協議会の介護部会に積極的に参加し、他事業所の情報を収集されています。 44) 3年に1回第三者評価を受診されています。指摘や助言は職員間で共有し、協議を経て具体的な改善に繋がられています。しかし、自主点検以外の自己評価の仕組みは確認できませんでした。		