

アドバイス・レポート

2025年 12月 15日

令和 7年 8月 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青嵐荘につきましては、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4) 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 事業計画を立案する際に「わいがや会議」を開催し、課題を収集しています。「わいがや会議」は、全職員が参加できるように複数回開催し（昨年度は8回開催）、丁寧に職員の意見を吸い上げておられました。他法人ではあまり見かけない特徴的な取組として、高く評価できるものです。進捗管理も「進捗報告ワークシート」などの様式を用いて、組織的に行われています。</p> <p>(通番14) 地域との連携・情報発信 施設に隣接する「日置ふれあい公園のにぎわい作り事業」は、保育所や小学校など他機関を巻き込みながら、大規模なプロジェクトとして実施されています。また、災害時の地域との連携・協力体制など、日頃から地域とのかかわりが密だからこそできることだと思われます。また、フレイル予防事業など、地域に役立つ取組みを積み重ねてこられたことが、成果として現れていました。</p> <p>(通番43) 質の向上に対する検討体制 市内にある他法人と連携し、情報交換や合同事例発表会などを定期的に行っています。ノーリフティングケアの推進など、具体的な成果としても現れており、この取組み自体が、自施設のサービスの質の向上への良い刺激となっていることが認められます。</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 前回の第三者評価で指摘のあった中長期計画の策定については、コンサルティング会社を導入して、5か年の計画を策定していました。これに基づき単年度計画を策定するなど、未来を見据えた上で、今何をすべきか、という視点が明確になっています。しかしながら、事業計画を利用者や家族に説明・周知する取組はできていませんでした。最も身近な関係者である利用者や家族に事業計画を知ってもらうことは、法人の目指す方向性を理解してもらうことでもあり、より安心に繋がるものであるため、何らかの形での説明・周知が必要と思われます。</p> <p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者である施設長は、「法人運営組織内規」や「役割責任・権限一覧表」によって明確にされた役割に沿って、組織的判断を行ったり、職員の意向を確認したりされていますが、自らの行動が職員からの信頼を得ているか確認する方法を持っていませんでした。組織を円滑に運営するためにも、客観的な評価を意識することは重要だと思われます。何らかの方法での仕組化が必要と考えられます。</p> <p>(通番24) サービス移行時の連携・相談対応 サービス終了となっても、相談窓口として相談員が対応する体制があり、丁寧な対応をされていることが伺えます。一方で、他機関へのサービス移行にあたり、サービスの継続性に配慮した手続きや手順を定めた文書が確認できませんでした。しっかりと対応されていることは経過記録からも見て取れますが、経験則ではなく、担当者が代わっても同じように対応できることが求められることから、手順を定めた文書の作成が求められます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人成相山青嵐荘が運営する、特別養護老人ホーム青嵐荘は、宮津市北部唯一の特別養護老人ホームであり、平成11年の開設以来、市内山間部の福祉拠点として地域を支えてこられました。「特に良かった点」にも記載したとおり、地域とのかかわりが密であり、近隣の高校生に駐車場をペインティングしてもらったり、入居者と保育園児がベンチ型プランターで植物を一緒に育てたりと、地域を支え、地域に支えられた運営が行われています。支援においては、5S活動に取り組み、低位置定量定数管理が徹底されており、骨伝導式インカム走行式リフト、介護ソフトと連動したタブレットの導入、ラインワークスによる商法共有など、生産性向上にも努めています。また、業界全体の人員不足もあり、職員の多様性を認めるからこそその難しさも感じながら、より良い職環境づくりのため、試行錯誤されている様子が見て取れました。引き続き地域の貴重な社会資源として、今後ますます発展されることを願い、以下、アドバイスさせていただきます。</p> <p>○事業計画等の策定 様々な情報を発信し、経営の透明性を高めることは、利用者や家族からの信頼性を高めることにも繋がります。事業計画についても、全文を説明しなくても、たとえば、要点を絞って広報誌やホームページに掲載したり、敬老会などの行事の際に事業計画について説明する機会を設けるなどされてはいかがでしょうか。</p> <p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者が職員の信頼を得ているかどうかを確認する手法として、たとえば組織活性化プログラムなどが考えられますが、毎年ストレスチェックを実施されているのであれば、その集計結果を分析・検討し、経年で評価することも、組織の状況を把握するひとつの方法と考えられます。ご検討ください。</p> <p>○サービス移行時の連携・相談対応 他機関へのサービス移行にあたっては、特に定められた文書がなくてもきちんと対応されているのだと思いますが、標準化された手順を定めておかないと、職員の入れ替わりがあった際など結果的にトラブルに発生することも考えられます。現在やっていることをそのまま文書に残すだけで十分と思われるので、ぜひ、ご検討ください。</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	2672100068
事業所名	特別養護老人ホーム青嵐荘
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)	通所介護・短期入所生活介護 ・介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和7年12月15日
評価機関名	特定非営利活動法人 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. 理念はパンフレットやホームページ、広報誌に掲載しており、施設玄関にも掲示している。毎年、年3回の職員会議や事業計画の発表の際、理念について話す場がある。事業計画を策定するにあたり、全職員が参加し様々な意見を述べ合う「わいがや会議」を開催しており（回数を分けて全職員が漏れなく参加できるように配慮している。）、その中で必然的に理念についても理解が深まるようになってきている。理念や運営方針は重要事項説明書にも記載しており、契約時に利用者・家族に説明している。 2. 「役割責任・権限一覧表」で役割と権限を明確にしている。理事会、法人運営会議、施設運営会議、主任会議、職員会議、ケアワーカー会議など、役割や目的に応じた会議が定期的に開催されており、意思決定の流れが「会議一覧」で示されている。		

(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. 中期経営計画（2024-2028）を策定し、法人運営会議で進捗を管理している。中期経営計画を踏まえ策定される単年度計画は、「わいがや会議」で出された意見が反映されたものとなっている。しかし、事業計画の内容を利用者や家族に説明する機会は設けていない。 4. 「わいがや会議」で、課題の把握や目標の設定が行われ、それに対する具体的な解決策が事業計画に記載される。事業目標は主任会議で四半期ごとに進捗確認し、見直しについて検討され、施設運営会議で報告されている。		

(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。	B	B
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. 施設長は京都府主催の人権研修・虐待防止研修等に参加している。遵守すべき法令についてパソコンの共有フォルダにリンクを貼り、全職員が閲覧できるようにしている。年1回法令遵守にかかる研修を実施している。 6. 「法人運営組織内規」で役割と権限を規定し、「役割責任・権限一覧表」で職員に周知している。施設長は施設運営会議に出席し、事業運営のイニシアティブをとっている。施設長は年2回の職員ヒアリングで職員の意見を聞く機会を持っているが、自らの評価する仕組みは持っていない。 7. ラインワークスを活用し、誰でも連絡がとれる体制を構築している。施設長は業務日誌や介護記録の確認、日々のラウンドなどで現場の状況を把握している。指揮命令系統を示した緊急時のフローチャートが整備されており、適宜指示を行う体制がある。		

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
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。	B	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)		7. 毎年「人材育成計画」を策定し、その中に「目指すべき職員像」を明記している。「等級基準書」「役職基準書」が策定され、全職員に周知されている。「人事考課制度要綱」「人事考課ガイドライン」に基づき職員の評価が行われ、職員はキャリアパス一覧表で自らの立ち位置が把握できる。 9. あらかじめ定められた人員配置基準に基づき、職員を配置している。職員採用計画に沿って、ハローワーク、ジョブパーク、就職フェア等への参加に加え、学校回りも行っている。社宅を整備し、外国人を4名採用している。広報誌、Instagramで情報発信している。 10. 階層別、職種別の研修プログラムが用意されており、「年間研修計画」に基づき実施されている。最近は動画研修を取り入れている。外部研修は適宜案内し、希望者を募ったり役職者からの推薦を経て、参加者を決定する。模擬試験の実施、報奨金の支給など、資格取得支援に努めている。年1回、他法人と合同で業務発表会を開催している。職員個々の目標管理は人事考課面談の中で行っている。 11. 「実習生受入マニュアル」を整備し、受入れ姿勢や必要事項を明記している。宮津市では他法人の施設が福祉系の実習受入れを一手に担っているが、支援学校やインターンシップなどを積極的に受け入れている。都度支援学校の先生と話し合いを行い、対応方法について学ぶ機会をもっている。生徒に応じてプログラム内容を変更している。		
(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。	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、職員が充分に休むことができ、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. 年休取得率や超過勤務はデータ管理しており、役職者のみが見れる共有フォルダに格納されている。年休取得の少ない職員には声掛けをしたり、超過勤務は36協定を超えないように注視している。職員の悩み相談は主任を窓口としている。人事考課面談に加え、施設長との面談の機会がある。育休復帰前に面談し、就業に関する意向を聞き取るなど配慮している。骨伝導式インカム、走行式リフト、タブレットなどを導入し、負担軽減に努めている。 13. 年1回のストレスチェックや、産業医の面談を実施している。施設長はスーパーバイザー研修を修了しており、個人面談の場で相談に乗ったりもする。外部の事業者と契約し、ハラスメント等に関する相談窓口として案内している。福利厚生として職員互助会があり、食事会やボーリングなどを行っている。介護者教室を休憩スペースとして活用している。ハラスメント防止規程が整備されている。		

(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. 法人の理念に地域との連携を明文化している。施設の広報誌を地域の回覧板で回覧してもらっている。地域と合同で行事を開催したり、自治会の会議に出席したりするなど、顔の見える関係性を構築している。地域の和菓子屋による和菓子教室や、地域住民対象のフレイル予防教室などを開催している。 15. ボランティア受入マニュアルを整備し、基本姿勢や必要事項を明文化している。学習発表会、マラソン大会、おまつり、初詣など外出の都度、職員が付き添っている。小学校の総合学習に協力し、レクリエーションなど交流の機会を持っている。ボランティアに来てもらう際には、個人情報保護や言葉遣いなどについて打合せをしている。 16. 地域住民と入居者が交流する機会として、フレイル予防教室を月2回に開催している。地域の保育園児と遊歩道の花植え付けをしたり、小学校とのハロウィンやクリスマス等交流機会を作っている。年2回、生活サービス研究会としてのお買い物ツアーを、地域貢献活動として行っている。認知症サポーター養成講座を毎年小学校で実施している。情報発信は回覧板を活用している。		

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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		17. 施設の情報はホームページやパンフレットで提供している。デイサービスやケアハウスの体験利用もある。見学希望者には担当者が付き添って対応を行っている。グーグルマップインドアビューを活用して、施設の案内を公開している。			
(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. 重要事項説明書にサービス内容を記載しており、料金や内容について詳しく説明し、同意を得ている。成年後見を利用している利用者は現在はいないが、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと連携して、繋げる仕組みがある。			
(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. 介護ソフトのアセスメント書式を活用し、データ管理している。介護支援専門員や看護師と連携してアセスメントを行っている。6ヶ月に1回定期的と状況変化時には適宜見直しを行っている。 20. 本人や家族の希望を尊重した上で、課題を明確にした自立支援のための個別援助計画に立てている。サービス担当者会議には、家族には連絡をして情報を聞き取り、専門職も参加して6ヶ月に1回、開催している。 21. 個別援助計画の策定に当たり、カンファレンスを開催し、介護職・看護職員・栄養士・ケアマネジャー・理学療法士等が出席し、意見交換を行っている。 22. 「相談員業務マニュアル」に基づき、6ヶ月に1回、または必要に応じて、アセスメントを実施し個別援助計画を策定している。アセスメントや介護記録等データ化して、職員が共有している。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		23. 入退院時や状態変化時には、囑託医や看護師と連携を図っている。地域課題については、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと連携し「地域会議」で共有している。地域の関係機関の共通問題は高齢者の交通手段であり、マイクロバスの活用など共助の取組みがある。 24. サービス終了となっても相談窓口を設置し、相談員が対応している。他の介護施設や事業所に移行するにあたり、サービスの継続性に配慮した手順と手続きを定めた文書がなかった。			

(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. 業務ごとにマニュアル整備をしている。利用者の尊厳の保持・プライバシーの保護・権利擁護に関わる姿勢は「職員ルールマップ」に明示し、各職員に配布している。マニュアルの見直しは、変更した際にページの角を切り取り、わかるようにしている。 26. 介護記録は、介護ソフトに記録しログインにはIDとパスワードを設定している。各自管理と本部管理に分けている。個人情報保護マニュアルや文書規定に基づき、記録管理が適正になされている。法令遵守の研修を年に1回は実施し、規程の見直しをしている。 27. 利用者の記録は、PC管理で共有できる。日々の業務ではインカムや申し送りノートを活用している。個別支援計画は、書面上でいつでも見ることができる場所に置いて日々のケアに活かしている。 28. 利用者の家族等との情報交換の機会として「家族の集い」を年1回、開催している。また災害時や感染症蔓延時にはLINEワークスを活用している。コロナ感染時期など面談ができない時にはzoom面談としてスカイプも活用している。写真掲載などインスタグラムのQRコードを公開している。		

(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. 施設ごと、事業ごとの感染症マニュアルを整備している。協力医療機関の看護師が全事業所をラウンドし、指導もを行っている。職員の持ち込み防止のための「自宅待機規定」が定められている。 30. 施設設備としてオゾン発生装置がセントラル空調方式で設置されており、細菌やウイルスを不活性化し、空気清浄が行われている。物品に関しては、定量・定位置がすぐわかるように整理した棚が置かれている。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		31. 事故や緊急時に関するマニュアルが整備されており、年2回施設内研修を実施している。緊急時の指揮命令系統について、「役割分担」としてマニュアルに明記されている。3年に1回、全職員が普通救命講習を受講している。 32. 事故発生時には、発生状況、原因、防止策を職員で検討し、事故報告書を作成し、再発防止につなげる体制が構築されている。事故内容の詳細については毎月の事故防止委員会で検討している。保険者への報告は適宜行っている。 33. 火災・地震に加え、風水害、豪雪を施設で起こり得る災害と想定してマニュアルを作成している。定期的に夜間を想定した防災訓練を実施している。リストを作成して備蓄の管理を行っている。運営推進会議や民生委員会などで周知し、地域と連携した訓練を実施している。 34. 自然災害、感染症に関するBCPを策定し、感染症研修や防災訓練を年1回実施している。ハザードマップを確認し、LINEワークスを用いた安否確認も行っている。		

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
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、法人理念や運営方針に明記している。入職時に加え、年1回人権研修を実施している。虐待防止アンケートを実施し、職員の意識の醸成に努めている。「ドクターメイト」を活用し、相談できる体制を構築している。 36. 虐待ゼロ委員会、身体拘束適正化委員会を設置し、虐待防止マニュアル、身体拘束適正化マニュアルを整備し、研修を実施している。不適切ケアを数値化して部署ごとに点数化し、委員会で検討してフィードバックする仕組みがある。年1回相互評価を実施し、委員がチェックリストに沿って点検を行っている。 37. 介護マニュアルにプライバシーに配慮する内容を盛り込んでおり、職員周知のための研修を実施している。相談援助の際には共有スペースを離れるなど、プライバシーや羞恥心に配慮した行動が日頃から意識されている。 38. 基本的に申し込みを断ることはないが、医療処置がメインの入居希望者については、家族と協議した上で他機関を紹介している。定員に空きがない場合は、見通しを説明している。		
(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)		39. 年1回利用者アンケートを実施している。サービス担当者会議では、可能な限り利用者や家族に参加してもらい、直接意見、要望、苦情を聞き取る機会としている。担当ケアワーカーが定期的に入居者に意向や要望の聞き取りを行っている。 40. 苦情対応マニュアルが整備されており、フローチャートに基づき対応している。苦情・要望の内容は主任会議で分析・検討している。改善状況を正面玄関に掲示するとともに、ホームページでも公開している。 41. 第三者委員や公的機関などの相談窓口について、重要事項説明書に記載し、契約時に説明している。介護相談員は制度的に廃止されたが、傾聴ボランティアを受け入れており、活動記録によってその内容を確認している。		
(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	A
		(評価機関コメント)		42. 毎年の利用者アンケートの結果に基づき、どのようにサービス改善に繋がったかを部署内会議で検討し、報告書を作成している。改善結果はホームページでも公開している。 43. 各種会議や委員会において、サービスの質の向上について協議している。同市内の他法人と連携し、情報交換や実践発表会を合同で開催するなどによって、自施設の取組に反映している（たとえばノーリフティングケアなど）。 44. 毎月、各部署委員、役職者、管理者が参加する第三者委員会を開催し、評価基準に基づいた自己評価を実施している。3年に1回第三者評価を受診し、その結果を事業計画に反映している。		