

アドバイス・レポート

平成27年3月4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

平成26年10月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人 レモングラス 特別養護老人ホームそらの木 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>京都市営地下鉄・東西線「柳の辻」から東方面に徒歩10分程の静かな住宅地の中に、特別養護老人ホーム「そらの木」があります。平成26年6月に社会福祉法人レモングラスが開設されました。併設事業所として、ショートステイとデイサービスがあります。グループ施設として、医療法人 稲門会「いわくら病院」と三施設の介護老人保健施設があり、医療と介護の連携を高めつつ社会貢献をされています。高齢者の「自立支援」と「尊厳の維持」を基本理念として、(1)一人ひとりが尊厳を失うことなく、住み慣れた地域でいきいきと穏やかに暮らせる施設を目指します。(2)明るい家庭的な雰囲気をもって地域との関わりを深め、地域から要望され活用される施設を目指します。と具体的に理念を表明されています。法人名の「レモングラス」はハーブの一種で、各ユニットには「ミント」「ラベンダー」などハーブの名前が付けられています。「そらの木」の由来は、2012年5月東京に634メートルのスカイツリーが完成し、我が国に希望の灯りをともしてくれた事から「そらの木」も人々に希望の灯りをともせるようにとの思いを「スカイツリー」に重ね合わせてつけられました。開設一年半ながら、介護経験の豊富な職員と若い世代の職員が互いに協働して活躍しておられる施設です。</p> <p>(1) <u>利用者・地域住民・職員にやさしい施設</u> 入所者にとって穏やかに過ごせる場所・地域住民にとって訪れやすく相談出来る場所・職員にとっても働きやすい場所として、理念に沿った施設の建設に設計段階から介護経験の豊かな職員が参加して、高齢者にやさしい心配りが出来ています。館内は、広々とした空間があり、トイレや浴室にも「手すり」が随所に取り付けられています。特に、トイレのペーパーホルダーは高低差をつけて二か所取り付け利用者・職員が使いやすくなっており、手すりも格子型になっていて、背丈の高低に関わらず使う事ができます。屋上には、回廊式の庭園があり、色とりどりのハーブが入所者の心を癒している様に感じられます。ハーブティでティータイムを楽しみながら、360度山科の山々や町並みを展望する事ができるのも至福のひとつでしょう。職員が安心して働ける労働環境も構築されており、地域住民も集える多目的室が用意され活用されています。</p> <p>(2) <u>人材の育成</u> 新卒者や未経験者を優先的に採用し、新人研修・勉強会・TQM活動(総合的品質管理)・OJTの実践等様々な機会を設け、人材育成に努めておられます。更に、資格取得支援制度等職員の意欲に繋がる様な制度も確立されて、若い世代のチャレンジ精神を大切に考えておられます。</p> <p>(3) <u>地域への情報公開</u> パソコンで「そらの木」を検索すると、施設の楽しい情報が盛り沢山公表されています。こまめに新しい情報を入れておられるので、地域の方や家族等にとって有難い情報になっています。特に、遠方に住んでおられる入所者の親戚等の方々にとって様子がくわしくわかってうれしい事でしょう。満足度調査(デイサービス)の集計結果も公表されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(1) <u>業務レベルにおける課題の設定</u> 事業計画は、事業運営基本計画を明確にして利用者の処遇・食事・生活環境・健康管理・防災計画・年間行事計画・各種会議・各委員会等年間計画等を策定されていますが、業務レベル(例えば職種ごと)の課題策定が不十分と思われる。事業報告も作成されていますが、計画との整合性が見られませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(1) <u>業務レベルにおける課題の設定</u> 業務レベル、例えば、介護支援専門員・生活相談員・介護職・看護職・管理栄養士・機能訓練指導員・事務職等それぞれの職種・職務毎で年度の目標・課題を抽出して達成に向けて具体的な計画を策定される事をお薦めいたします。そして、半期で達成度の評価をして後半期に繋げて一年で再評価されて事業報告書を作成し、未達成の事案は次年度の計画に繋げていける事で全職員がそれぞれの目標・課題が共有でき、サービスの質の向上が確実に実践できると思われれます。TQM活動にも繋がってくるでしょう。年度計画書と事業報告書の整合性が大切なのでご検討を望みます。又、特別養護老人ホーム・ショートステイ・デイサービスとそれぞれが統一した様式で事業計画・事業報告を作成され、一本化して「社会福祉法人レモングラス」の事業計画書・事業報告書にされることで、施設全体の評価の実施と課題の明確化が確実にとなると考えます。</p> <p>「開設一年半、施設長と全職員が一体となってご努力されているのを拝見させて頂きました。新世代・次世代施設で新しい発想とアイデアを大切にしたいと表明されていますが、利用者・地域・職員にとってすばらしい施設として、ますます発展される事を期待しております。」</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	2674100975
事業所名	特別養護老人ホーム そらの木
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・介護予防通所介 護・介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成27年1月21日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
		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志決定を行い、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. 高齢者の「自立支援」と「尊厳の維持」を基本として、ホームページやパンフレット等でも理念や方針を明確に表明している。就業規則や職員会議等の場でも再確認を行う機会としており、管理者・全職員が理念・方針に沿ったサービス提供に努めている。「私たちがめざすのは、笑顔に包まれた“介護”です」を日々の支援の中で実践している。 2. 組織図・職務権限規程により、職位・職責が明確に表明されている。理事会・連絡調整会議・ユニット会議等の会議と共に研修委員会等各種委員会での情報・意見交換を双方向で行って、組織としての透明性を確保している。議事録はパソコンを活用して全職員が共有出来る様 に図っている。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
		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。	B	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。	C	B
		(評価機関コメント)		3. 事業運営基本計画の基に、単年度の事業計画が策定されている。処遇計画・研修計画・防災計画・行事計画等多角的な視野にたつて各委員会で話し合い策定している。更に、TQM活動（総合的品質管理）を実施する事で、課題を抽出し解決に導く取り組みを実施している。 4. 各職位・職責の専門職が、感染防止対策委員会・食事委員会等の委員会を定期的に開催し、サービスの質向上に向けての検討を行い課題を設定されているが、より具体的に職位・職責・職種等に応じた課題を文章化されて、達成状況の確認を定期的（例えば半期を目的に）に実施される事を望みたい。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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。	B	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. 遵守すべき法令等は、行政からの伝達指導やワムネット等から随時収集している。法令の改正が行われた場合は「連絡調整会議」にて報告し、職員会議において職員への周知を図っている。法規集・各資料等は事務室内の所定の場所に置き、全職員が常に閲覧できる仕組みになっている。更に、必要度の高い法令等に関しては、パソコンで確認できる取り組みを行っている。 6. 組織図や職務権限規程により職務を表明している。連絡調整会議や委員会に出席し、職員と意見交換を行って事業運営を的確にリードしている。 7. 日常的に現場主任等からの状況報告を受けて実施状況の把握を行っている。不在の場合は携帯電話を活用して常に連絡の取れる体制になっている。又、非常災害時には自動的に連絡が入るシステムを導入し、有事にも的確な指示を出す体制が構築されている。医療面では、夜間時のオンコール制をとっている。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>8. 新卒者や未経験者などから「やる気」のある人物を優先的に採用し、内部・外部研修等で育成を図っている。「資格取得支援制度規定」を明確に策定し、受験支援金等の支援を行い職員の意欲を喚起している。人材や勤怠管理は事務室で行い適切な人員体制を確保している。</p> <p>9. 入職時の新人研修の他、研修委員会の計画に基づく内部研修や勉強会を定期的実施している。外部研修に参加する事も奨励し、受講した場合は「報告書」を作成して職員会議での伝達やパソコンを活用しての伝達を行って全職員が共有できる様にしている。日常業務の中では、介護主任やリーダーが指導にあたりOJTを確実に実行している。</p> <p>10. 「大学院生インターンシップ」、「次世代担い手育成事業」等の実習受け入れをしている。実習指導者研修終了者を配置し、その他にも、介護福祉士研修・リーダー研修などの研修を受講してより高い指導を目指している。</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	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. 人員配置はゆとりを持ち、4週9休の勤務体制・有給休暇の取得奨励など働き易い環境が整備されている。希望者には腰痛予防ベルトの貸与、介護負担軽減の為外部講師による介護技術講習（かかえない介護）の研修を全職員が受けている。環境面でも「どきもがてすり」や「座面変更型の車いす」使用など利用者と介護者に優しいものを選んでいく。</p> <p>12. 福利厚生としてクラブ活動（けん玉部）への助成、職員旅行等がある。又休憩時にはピアノ、マッサージ器、トレーニングマシンを利用したり、屋上ハーブ庭園にて寛ぐことも可能である。「公益通報者保護とセクシャルハラスメントに関する規定」を策定・配布し、職員への周知を図っている。日常的にはユニットリーダー等に相談する体制がある。</p>		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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)		<p>13. 理念や行事等は、ホームページやパンフレット等に掲載し開示している。地蔵盆や敬老イベント、運動会など町内会の行事に参加する一方、施設内では地域ボランティアによる踊りや体操、保育園児や子供神輿等受け入れ「幼老のふれ合い」の機会を作っている。又近隣町内会の会合等に施設の多目的室を提供している。</p> <p>14. 地域住民に呼びかけ、合同で消防署による救急救命講習、感染症予防勉強会の開催を実施している。又身体障害者福祉センター製造のドーナツ販売を施設の玄関前で行っている。そのほか地域の小学生の「次世代担い手育成事業」や「一日体験」の受け入れをしている。</p>		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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. ホームページやパンフレット等により情報を発信している。ホームページにはこまめに新しい場面を提供しており家族等は常に情報を入手する事が出来る。ホームページ掲載の過去の記録は、印刷して玄関の見やすい場所に置き、誰でもいつでも見られる様に配慮している。電話での問い合わせや見学希望者には個別に対応している。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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 利用前の契約時に、契約書・重要事項説明書に基づき必要なサービス内容や利用料金等分かり易く丁寧に説明している。本人・家族等の理解を得られた上で、署名・捺印を貰っている。成年後見人制度等は、必要に応じて説明し活用に乗っている。成年後見人との契約を結んでいる事例もある。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 入所前に、本人・家族等から生活歴・心身状況・今後の生活の希望等細かく聞き取り、私の気持ちシート（アセスメントシート）に記載している。医療面では、看護職が状況を把握し、必要に応じて医師と連携して指示を受けて記録し介護職と共有を図っている。 18. 本人からは随時、家族等からは面会時を利用して意向等確認を行い、「私の気持ちシート」に記入し、個別援助計画に反映させている。又あまり面会のない家族等には、電話等で意向等確認をした上で個別援助計画を策定している。サービス担当者会議には家族に連絡し参加を求めている。家族等の出席は多い。策定した計画書は家族等の同意を得ている。 19. 個別援助計画等の策定にあたり、介護職・看護職・栄養士・機能訓練士等専門職と家族等の出席を受けて開催し、それぞれからの情報・意見を交換している。医療面では医師からの指示を得ている。会議に欠席の場合は、事前に書面で照会を行い計画に反映させている。 20. 個別援助計画は、3か月に一回各専門職・部署に照会し、六ヶ月で担当者会議を開き見直しを行っている。状況の変化があった場合は、速やかに見直しを行っている。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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. 介護認定の更新時や区分変更時には医師に意見照会をして情報を得ている。入院時には入院先の医師や看護師との連携を取り、退院時にはカンファレンスに参加している。又入院先担当医師と施設の嘱託医との連携も取られている。利用者が施設を退所して地域との関わりが必要になった場合でも速やかに連携が取れるように、地域の事業者連絡会議などで他の事業所との交流や情報交換をしており、必要に応じて柔軟な対応が取れるように準備している。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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. 接遇、認知症、事故、感染症、リスクマネジメント、アクティビティ、研修計画等マニュアルは整備されファイルに纏められており、職員は必要に応じて常に閲覧できる様になっている。見直しは、各関係委員会が担当する仕組みになっている。報告書等の書式変更も委員会検討して改善している。 23. 職員はタブレットを活用して、サービス記録を速やかに記録できるようにしている。入浴・食事・排泄等の記録は紙面で記録している。適宜、パソコンと紙面とを併用して職員が見やすく記録しやすく工夫している。又、利用者からの情報開示請求があった場合、「個人情報開示規定」・「開示申請書」・「開示回答書」を整備し、マニュアルに則って対応できる様になっている。 24. 電子カルテや申し送りノートを活用して全職員が情報を把握している。見落としを防ぐため必ず確認印を義務付けている。又、日勤の看護職とフリーの夜勤者専用のノートを設け、的確な情報を共有し対応できる仕組みを作っている。又、ユニット会議でカンファレンスの時間を持ち、支援内容を検討している。欠席者は会議録で確認している。 25. 面会や行事に参加する家族が多く、この機会を捉えて情報交換をしている。行事の際には家族懇親会も実施している。面会の少ない家族等に対しては、5～6か月に一度職員が手書きのメッセージやホームページから印刷した本人の写真を添えたりして、日頃の様子を手紙に託して知らせている。年賀状は本人と職員が合作し家族等に送付している。			
<b>(6) 衛生管理</b>						

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)		<p>26. 毎月感染対策委員会を持ち、日ごろから手すりやドアノブなどの消毒を実施している。インフルエンザ対応マニュアル・ノロウイルス感染時対応マニュアルに沿って、医務室が中心となり全職員に周知させている。更に、年間研修計画に基づいて感染症予防に関する研修もしている。ノロウイルスの対処用キットを各フロア・部署に配置し速やかに対応できるようにしている。</p> <p>27. 施設内は、全体に清潔に保たれ整理整頓されており、臭気は感じられない。オゾン脱臭機を取り入れ臭気対策に取り組むとともに、汚物入れやゴミ箱も機能的に配置、収納されている。居室、トイレは委託業者が清掃している。備品倉庫は、今までのパット等使用データを活</p>		
(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	A
(評価機関コメント)		<p>28. 「緊急時対応マニュアル」「事故発生防止のための指針」が整備されており、必要な研修もされている。研修は、事故発生と再発防止、窒息・事故の緊急対応、AEDによる救急訓練など年間計画に沿って実施している。消防避難訓練も昼夜想定で行われている。感染症や救急救命は地域住民の参加も募って公開勉強会として行われている。</p> <p>29. リスクマネジメント委員会を月一回開催している。ヒヤリハット・事故報告書等から原因・分析を行い改善策を検討し、再発防止に繋げている。</p> <p>30. 災害マニュアル及び緊急連絡網は作成できている。年二回昼・夜間を想定した消防訓練を消防署職員立ち合いのもとで行っている。又、福祉避難所としての指定も受けており、町内会の一時避難集場所となっている。備蓄は3日分常備している。建物は4階建てであるが、20階建て相当の基礎工事で施工されている。</p>		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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. 利用者本位の支援を提供するために、月一回ユニット会議に続き尊厳・高齢者虐待・身体拘束について勉強会を実施し、それぞれの利用者の思いを尊重しプライドを損ねない様な個別援助に努めている。入浴日、飲み物の自己選択(牛乳、コーヒー、紅茶、茶、各種ジュース)、外出、外泊の機会、主食等本人に選んで貰い、画一的な援助にならないように留意している。外部研修に参加した職員による伝達研修もやっている。</p> <p>32. プライバシー保護に関するマニュアルを各ユニットに備え、特に排泄や入浴の介助時には、プライバシーに配慮しプライドを損ねない様に、羞恥心を抱かせない様な支援を心がけ、ユニット会議でも常に意識が持てる様に話し合っている。排泄ケアにも真摯に取り組み、日中は布パンツにパットという形態が多くなり、おむつの消費量も、他施設に比べて少ないと業者からも評価を受けている。又、トイレの便座脇には目隠しが施され、ハード面においてもやさしい配慮がされている。</p> <p>33. 入居選考規定に則り、入居検討会議で関係職員が合議し公平・公正に選考している。会議の内容は議事録に記載している。入所が受けられない利用者や家族等には、その理由を丁寧にくわしく説明して理解を得ている。その上で、他の事業所を紹介するなどの情報提供をしている。</p>		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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	A
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>34. 35. 「利用者からの苦情を処理するために講ずる処置の概要」を受付前カウンターに設置し苦情処理の方法を明示している。又各エレベーター横に意見箱を設置し意見・要望・苦情を収集している。月二回介護相談員が二名来所し、入居者との会話から「入居者の気持ち」を聞き取っているので、その結果を職員と話し合い、必要に応じて改善に繋げている。又、その内容は議事録にして全職員に回覧している。受けた苦情に関しては迅速に対応し改善策を協議し回答している。意見・要望等に関しても「利用者・家族の声」として対応・改善に向けて取り組んでいる。</p> <p>36. 公的機関の相談窓口・及び施設内の苦情等相談窓口担当者・苦情解決責任者を「重要事項説明書」に連絡先等と共に明記し、本人及び家族に説明している。苦情解決第三者委員も定めている。介護相談員の来所も入居者の悩みや不安を聞き取る機会としている。</p>		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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っている。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>37. 現在、通所介護で施設独自の満足度に関するアンケート調査を実施しており、集計・評価を行った上で集計結果をホームページに公表している。順次、特養・短期入所の入所者に対して満足度調査を実施していく様に準備中である。又、嗜好調査も3月に実施し入所者・利用者の好みを把握して喜ばれる食事作りに生かす予定である。</p> <p>38. 月一回の連絡調整会議でサービスの質の向上に関する話し合いを行っている。更に「生活サービス部会議」に於いても提供したサービスについて話し合う機会を設けている。又、系列の「四施設会議」等で情報・意見交換を行って運営に反映させている。</p> <p>39. 利用者満足度調査は実施に向けて現在準備を進めている。総合的品質管理としてのTQM活動を通して、サービス向上に取り組んでいるが、開設一年半でもあり、今後具体的な評価方法を検討される事を望みたい。</p>		