

アドバイス・レポート

平成27年11月18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27年9月29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 ビハーラ本願寺 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>特別養護老人ホーム「ビハーラ本願寺」は施設理念を「み仏の大悲に支えられている事に感謝しながら、人々の悲しみ、痛みと共に感じる慈愛を育んでいきます。」とし、100床の定員とショートスティ8床の大規模施設です。施設内は「はすの花まち」「こぶしの花まち」「ふじの花まち」と3つのまちがあり、まちとまちは広く長い廊下で繋がっており、1つのまちは3～4ユニットで、1ユニットは10名で構成しています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●職員は利用者が小集団の中で各々の個性を尊重して、個別の入所者に応じた介護を目指し、臨床心理士の助言指導を受け「心に寄り添うケア」の事例を通して学んでいます。継続した専門家の助言指導を得ながらの実践は利用者・職員共に得る物の大きい取り組みです。 ●家族会は3年前に発足し行事や環境づくり（植樹・農園作り・野菜作り）等への参加は、利用者・家族と職員が一体となって施設運営をしています。玄関の施設についても「自由な中でいかに安全に暮らせるか」を利用者にとっての視点で話し合える関係にあります。 ●パンフレットを「地域の社会資源 開かれた施設として」と作成し地域や利用者・家族にも分かり易く周知しています。おもちゃライブラリー・カフェ安穩・ビハーラ夏祭りには地域の大人や子ども・障害児・ボランティア等多くの方の参加を得る等、当該事業所は地域のコミュニティの拠点となって来ています。 ●京都ライフサポート協会の障害者スタッフによる清掃は隅々までゆきとどき、快適で清潔な環境を提供しています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●個別援助計画の策定（通番18） 1つの介護課題（問題）に対して、数個の目標と解決策が立案されている計画がありますが、計画に対する利用者の反応や状況の記載時・評価時等不都合は生じないでしょうか。目標が捉えにくく解決策に個別性や具体性のやや不足が見受けられました。ユニット毎の介護現場で写真や図式・個別サービス実行表を作り介護にあたっていますが統合の必要性を感じました。 ●業務マニュアルの作成（通番22） マニュアルの作成が出来ていない物があります。特に介護業務マニュアルは利用者の日々の生活を支えるケアの質の保障です。マニュアルで提供するケアの十分でない場合には、個別介護計画が必要になります。また、プリセプティ指導時の教科書として、プリセプターには一定水準の職員を育成する指標として業務マニュアルが必要です。 ●中・長期計画（通番3） 口頭では新事業の立案やいましている事業の進捗状況を聞かせて頂きましたが、中・長期計画としては文書化されていませんでした。中・長期計画を策定する事により事業に関しての職員の意見の吸い上げや将来にも展望が出来る事で全職員が同じ方向を目指し、より一層働きがいのある事業所に成ると思います。 ●自己評価（通番39） 2年毎の第三者評価受診時の自己評価はされていますが、年1回の自己評価は出来ていませんでした。毎年自己評価を行い分析・評価をする事で改善点を明確にし、継続した取り組みを望みます。

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>●個別援助計画の策定（通番18） 介護計画は1問題1計画で立案される方が、サービス提供時の利用者の反応も記録し易く、評価時も明確になります。目標は現実的で介護によって達成可能であること、観察・測定可能であること、ご利用者の発言・行動・状態等々が、読んだだけで何を指そうとしているかが分かることが大切です。解決策は、読んだだけで、何故？どのような介護を実行すればよいか分かるように、何を、どのように、いつ、どこで、どのくらい、誰がというレベルでの記載が必要です。ユニット会議で、ケアで利用者が喜んだことや創意工夫していることを話し合い介護計画に取り入れて利用者（家族）に提示説明する事で、より一層の信頼・安心を得ていただけることを期待します。</p> <p>●業務マニュアルの作成（通番22） チーフリーダー達が中心になり、マニュアル作成の種類や分担方法等を検討し早急に作成にかかれば如何でしょうか。自分たちの日頃行っている実践内容や考慮していること（尊厳・プライバシー保護等）と共に、各種の資料や文献も参考にし、施設の提供する業務マニュアルの作成と活用を期待します。</p> <p>●中・長期計画の作成（通番3） 家族会と一体となった施設運営の在り方や「カフェあんのん」「おもちゃライブラリー」での世代間交流や子育てサロン、そして「心の相談活動」等、他事業所では見られない事業展開をされています。又、新事業も展開される予定ですので、事業所の目指すべき方向も含め中・長期計画を立てられる事で進むべき方向が明確になり、職員とも目指す物の共有化が出来、職員のモチベーションが高まる事を期待します。</p> <p>●自己評価（通番39） サービスの体制・内容・質等についての自己評価を義務付け分析・検討を行い改善点を、次年度の事業計画に反映させる仕組み作りを期待します。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2672800279
事業所名	特別養護老人ホーム ビハーラ本願寺
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)	
訪問調査実施日	平成27年10月19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
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 施設理念の基、目標を「ビハーラ本願寺職員は、利用者の尊厳を大切に、笑顔あふれる生活づくりに努めます」と掲げ職員の姿勢を謳い、職員の申し合わせを職員の行動規範としている。年度末や年度当初の推進リーダー会議で理念に添った事業計画を検討し、ユニット会議に下ろし職員に伝達すると共に意見を聞き事業計画の見直しや新年度の事業計画の策定に繋げている。 2 組織図や会議・委員会一覧を作成し、意思決定方法や参加メンバーが明確にされている。理事会は年2回定例化し及び必要に応じ開催している。推進リーダー会議には全職種が参加し、ユニット会議で職員や非常勤職員の意見も吸い上げている。各種会議や委員会が組織され目的やメンバー・検討内容も明確にし、意見が反映できる様にしている。就業規則・運営規程に各役職、各職種の役割を記載している。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		3 全職種が出席する推進リーダー会議で事業計画を作成している。利用者・家族の満足度調査や家族会で出ている声を改善すべき課題とし、事業計画に反映させている。口頭では2年後を見通して新事業を立案されているが、中・長期計画としては策定されていませんでした。 4 事業計画に環境整備計画・支援計画・食事計画・保健計画・防災計画・広報活動計画・研修計画・安全管理計画・地域福祉活動計画・行事計画を立案し、今後の社会が抱える問題を見据えた事業展開の実践をしている。6ヶ月毎に推進リーダー会議で協議し評価・見直しに繋げている。		
(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、事業運営をリードしている。	A	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・副施設長は全国経営者協議会や京都府労働協議会等の研修会で情報収集をして推進リーダー会議で全職種に説明し、どこで何を調べるのかをユニットリーダー会議で全職員に周知している。法令遵守責任者を副施設長とし、法令リストを作成して職員に必要な法令を知る権利を保障している。 6 就業規則と運営規程に各役職・各職種の職務内容を表明し、事業所の組織図で各部門の責任者を明確にし、機能するようにしている。推進リーダー会議でリーダー以上の職員が意見交換をして運営方針に反映させている。推進リーダー会議の中で施設長から「管理者はどうあるべきか」を管理者・職員は聞く機会を持っている。職員アンケートや管理者評価は行っていないが、人事課の面接で、それぞれが記入した書面を基に個人面談を年1回年度末に行い職員の思いを聞いている。職員の管理者に対する評価を記入する項目を作り管理者評価をされる事を期待する。 7 リーダー以上の職員の携帯電話の一覧を作成し連絡が付くようにしている。業務日誌・看護日誌で利用者や業務の状況を把握出来る様にしている。緊急時の対応についてはフローチャートを作成し、施設長の指示を仰げるようにしている。		

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	
II 組織の運営管理							
(1) 人材の確保・育成							
		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。	A	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。	A	A	
		(評価機関コメント)		<p>8 職員の配置状況は運営規程や就労規則に明記しルールに準じて体制を組み、常勤・非常勤職員の配置状況は事務部で常に把握している。有資格者を優先的に採用し職員一覧表で資格取得状況を確認出来る様にしている。介護福祉士の資格取得は国家試験日の6ヶ月前から「受験対策勉強会」を実施し、高い合格率に繋がっている。</p> <p>9 「京都福祉人材育成制度」を活用しながら人材育成と資質の向上を目指す事を計画に入れ、年間研修計画を「採用時新人研修」「専門研修Ⅰ」「専門研修Ⅱ」として、計画的に参加している。オールビハーラプロジェクト委員会に各職種代表職員が参加し、施設を楽しくする為の行事や研修を充実させる事を目指している。そのことで、職員の主体制が見られるようになって来ている。外部研修は受講料や交通費は施設が負担し参加を促している。伝達研修は推進リーダー会議で行っている。心のケア学習会を毎月開催し、専門家の指導を得て、職員の気付きを大切にしている。プリセプト制度を起用し、OJT指導者が新人職員を3ヶ月各ユニット毎で指導を行っている。</p> <p>10 実習の受け入れの為のマニュアルを作成し、介護福祉士指導者研修に職員2名が参加をし受け入れ準備は行っている。チャレンジ職場体験は積極的に受け入れているが資格取得の為の実習は実績が無い。</p>			
(2) 労働環境の整備							
		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。	A	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。	B	A	
		(評価機関コメント)		<p>11 事務部で職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを毎月管理し、労働条件や契約内容の検討を行い、公休が8日から9日に増えている。有休取得は極めて少ない現状であるが、職員ヒヤリングで「働きやすい職場」と感じており、「申請すれば有休取得は可能」としている。育児休暇・介護休暇は就業規則に明記し男性職員も取得している。介護負担軽減の為に回転盤や浴槽リフトを使用している。</p> <p>12 精神科医や臨床心理士が毎週定期的に来訪し相談できる体制があるので職員のストレスの軽減に繋がっている。福利厚生は職員の同意を得て共済会に加入している。事業所独自の「職員互助会」があり懇親会は事業所が全額負担している。休憩室・ロッカールームの畳のスペース・簡易ベッド等がある。職員増に伴い手狭さを感じているが、ユニットや職種を超えた交流の場にもなっているなど、今あるスペースの有効活用が出来ている。</p>			
(3) 地域との交流							
		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 二種類のパンフレットで、施設の概要と活動内容を明記し、具体的な実施内容を写真や説明を入れ、地域の人に知って貰える様にしている。地域行事を利用者・家族には玄関や各ユニットの掲示板に掲示して知らせている。又、敬老会やふれあい祭りに参加する時は職員が同行をしている。事業所では、ビハーラ夏祭りやカフェあんのん・おもちゃライブラリーは同日開催で効果を挙げ、地域の方に開放している。</p> <p>14 おもちゃライブラリーを地域との交流の場として親子が施設で遊ぶ機会や利用者と触れ合う場を提供したり精神科医や臨床心理士が同席し子育てや介護の相談に応じている。又、放課後デイに通う子ども達も参加して交流している。職員が講師として南部支部の講習会で「看取り介護」の講演をしている。</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
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	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・パンフレット・ビハーラ本願寺通信（毎月）で、事業所概要やサービス内容・行事やボランティアによるイベント時の情景等が公開されている。事業所の行事は城南新聞や洛南タイムズに載せ参加を呼びかけている。見学・相談も随時対応し記録に残している。			
(2) 利用契約						
	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 利用開始時に重要事項説明書・利用料金一覧表・パンフレット等で説明すると共に、保険外サービス料金についても説明し同意を得ている。同意は利用者（家族）・保佐人・後見人とも行っている。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	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	B	
	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 利用開始時に家族に生活歴（ライフスタイルプロフィール）を記入してもらい把握に努めている。施設独自のアセスメントシートを使用し、医師・看護師・担当であった介護支援専門員等からの情報提供を基に利用者の課題をとらえている。 18 サービス担当者会議には本人（家族）や利用者の兄弟の参加もあり、要望を受け入れている。長期目標は1年・短期目標は6ヶ月で立案しているが、モニタリングは3ヶ月毎・サービス担当者会議は6ヶ月毎に行う方向で始動しており、それに伴う目標期間設定は今後の課題である。目標は、職員全員がイメージできる表現にし、また、解決策は具体的に個別性をだす方が介護の統一が図れる。 19 個別援助計画の作成（見直し時）には医師の意見書を受けている。必要にあわせて他の専門職の意見書も得てサービス担当者会議で検討している。 20 再アセスメントは6ヶ月毎・状態の変化や退院時に行い、サービス担当者会議（家族も出席）で計画の見直しを行っている。出席できない家族には事前に意見を求めたり、会議後に内容を説明し、承認のサインを得ている。			
(4) 関係者との連携						
	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 利用者の主治医をはじめ、利用者のかかっている各通院病院・行政や必要な関係機関は一覧表にして、常に相談できる体制を整えている。入退院時や自宅での生活を望まれた時には、病院の地域連携室や地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等と連携をとっている。			

(5) サービスの提供

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。	B	B
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。	B	B
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)		<p>22 感染症・緊急時・災害時・苦情の対応マニュアルは整備されている。苦情解決委員会では外部委員の参加を得て改善策の検討をし、衛生委員会では感染症の予防や対策を検討しマニュアルの見直しに活かしているが、その他のマニュアルは作成できていない。「特別養護老人ホームビハラー本願寺ケア方針」としてケアの考え方や方向性は作成している。職員の実務書として、サービスの質を向上させるためにもマニュアルの作成を期待する。</p> <p>23 職員は経時記録で利用者の日々の状況を記録すると共に、担当利用者の介護計画支援や状況の推移を月2回集約して記録している。介護支援専門員も月1回計画査定を行っている。記録の規程は作成されているが、情報開示に関する取り決めが出来ていない。</p> <p>24 各ユニットでの申し送り時や申し送りノート・ユニット会議等で情報共有を行っている。全体では施設内ネットワークのサイボーズで情報提供し、職員の確認状況も把握している。</p> <p>25 家族会年2回・家族懇談会年4回を開催し、意見交換を行っている。家族の要望を取り入れ「センサーの増設」「担当職員名を居室の利用者名の下に明示」した。介護計画の内容説明も1年から6ヶ月に変更し、利用者の様子を各ユニット毎で写真を掲示する等個々に工夫をしている。</p>		

(6) 衛生管理

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 感染症予防マニュアルは整備されている。衛生委員会で感染予防の啓発に努め、本年度もインフルエンザ流行の時期を控え、9月に「感染症予防について」の施設内研修を行った。京都府や各業者主催の研修会にも出席し、得た情報は伝達研修を行い職員で共有している。</p> <p>27 事業所内の公共の場は、外部業者（京都ライフサポート協会）により毎日清掃され清潔である。業者からは、点検表の提出がある。居室は職員が毎日行っている。ユニットリビングと居室の腰板はモミの木を使用し、各ユニットにプラズマプラスタを置き臭気対策に効果を上げている。衛生委員により月1回水回りの点検も行っている。</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・29 リスクマネジメント委員会の活動を通し、職員には事故や緊急時対応をフローチャートで示し周知徹底を図っている。緊急連絡網・連絡先一覧表で役割や指揮命令系統を明確にしている。夜間は相談員が対応に当たる。リスクマネジメント委員会は年3回行い緊急時の連絡方法の検討やヒヤリハット・事故の定義を確認する等、学びを深めている。家族には事故報告書を作成し相談員が家族に報告をして、謝罪をしている。</p> <p>30 防災訓練を年2回行い、他に救急訓練で消防士によるAEDの使用法等の研修を行っている。家族会で災害時に駆けつけられる方の連絡網が作成された。当施設は福祉避難所としての指定を受けているが、水害時の避難場所として近所の会社に避難できる協定を交渉中である。備蓄は水・米・紙オムツ・カセットコンロ等3日分を用意している。防災訓練時に地域の方の参加は得ていない。</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
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
		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。	B	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 事業所の理念や運営方針で「利用者の尊厳」や利用者の思いに寄り添う「心の介護」を重視する事を明示している。施設の「ケア方針」に記載すると共に毎月「心のケア学習会」で学んだり、推進リーダー会議やユニット会議でケアについて振り返っている。毎年12月に人権研修を実施し虐待防止は10月に研修として予定している。</p> <p>32 居室入口に暖簾を掛け、直ぐに部屋の奥まで見えないような配慮や排せつや入浴時等では扉を閉めたり、羞恥心に配慮した対応をしている。相談室を使用する時は周囲に聞こえない様になっている。</p> <p>33 判定委員会を2ヶ月に1回開催し、入所指針に基づき介護度の高い人から入所決定を行っている。ストマ・バルーン留置・胃瘻等の方は受け入れているが、高度の医療行為が必要な時は適切な施設を紹介している。</p>		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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 今年度支援計画の一つに「心に寄り添うケア」の提供を掲げ、毎週「心のケア学習会」を講師を招いて開催しており、入居者個々の気持ちの面からの討議を行い支援に繋げている。介護相談員や傾聴ボランティアからも入居者の声は届いている。家族会や家族総会で家族の意見は直接聞いている。聞いた意見・要望・苦情はリスクマネジメント委員会で対応して推進リーダー会議や朝礼時に職員に周知している。満足度アンケート調査も年1回行っている。</p> <p>35 利用者（家族）から出された意見・要望・苦情は苦情解決規程に基づき対応している。結果は家族会で報告し欠席者には郵送している。また、個人情報に配慮したうえでビハラー通信に載せ公開している。家族が希望する看取りは近い将来の実現を目指し、職員は研修に参加する等、準備を進めている。</p> <p>36 相談・苦情の対応は公的機関も含めて重要事項説明書に明記し、利用者（家族）に説明し、事業所玄関に第三者委員名や連絡先も合わせて掲示している。介護相談員や傾聴ボランティアを受け入れ利用者の相談機会の確保に努めている。</p>		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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。	A	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 リスクマネジメント委員会が担当して利用者家族の満足度調査を行い、集約してその内容を推進リーダー会議で協議をしている。改善した内容は、ユニット会議で報告すると共に、施設内ネットワーク（サイボーズ）で共有し日々の実践に繋がる様に努めている。又「ビハラー本願寺通信」に載せたり、家族会で報告をする仕組みを持っている。</p> <p>38 サービスの質に係る諸問題は、ユニット毎に意見を集約し推進リーダー会議で検討が随時行われている。毎年10月に他法人の三事業所が合同で事例発表会を開催している。今年度は「専門職の役割について」「ビハラー本願寺における幼老交流」「看取りの取り組みについて」をテーマに発表を予定され学びを深めている。</p> <p>39 第三者評価を2年毎に受審し各部署代表者会議にて評価結果の改善点等の分析・検討をしているが、自己評価は毎年行っていないので、今後はサービスの体制・内容・質等についての自己評価を義務付け分析・検討を行い、次年度の事業計画に反映させる仕組み作りを期待する。</p>		