

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 30 年 1 月 29 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 30 年 10 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【社会福祉法人清和園 特別養護老人ホーム 吉祥ホーム】様につきましては、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><b>1. 吉祥ホームでは、「利用者や家族（来訪者）が 居心地良く、利用したい施設づくり」に尽力されています</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 玄関にコーヒーメーカーを置き、利用者や家族・来訪者が自由に飲めるようにされています。また大きな画面のデジタルサイネージ（電子看板）を玄関に設置し、施設の情報を発信されています。</li><li>○ エレベーター内や廊下の壁面を利用して、理念や施設内の規則、行事等を掲示し、情報の見える化の工夫がされています。また、ホームページが以前に比べ大変見やすくなっています。</li><li>○ 新たに大型の加湿器を各階に 2 台、サーキュレーターを各室に設置し、健康管理及び臭気対策等が行われています。</li><li>○ フロアーでもっとテレビが見たいという利用者の声に応え、テレビの台数を増やされたり、利用者が居心地良く過ごせるよう尽力されています。</li></ul> <p><b>2. 理念「明るく」「正しく」「仲良く」を基に、職員が働きやすい環境をつくられています</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 「一般事業主行動計画」を策定し、子育てと仕事の両立など職員の働きやすい環境整備に取り組まれています。</li><li>○ 「ひとりで悩まず、相談できるように」と施設長室のドアをオープンにするなど、職員間の良好なコミュニケーションが確保できる、風通しの良い職場環境づくりを実践されています。</li><li>○ 専門のカウンセラーによる相談体制やストレスチェックシートの導入、ハラスマント規定の整備等、職員のメンタルヘルス維持のための体制が確保されています。</li></ul> <p><b>3. 利用者一人ひとりのニーズを大切に、情報共有や関係機関との連携に努められています</b></p>
---------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者の声に耳を傾ける姿勢が職員には徹底されており、例えば、服薬時の利用者の様子や言葉から利用者の意向に添った薬の飲み方に変更するなど、利用者一人ひとりの思いを反映し支援されています。</li> <li>○ 家族懇談会、喫茶、機能訓練等で家族、利用者の意向を汲み取るなど、利用者家族との情報交換の機会が多くなるよう努力をされています。また、面会が困難な家族等には月に1度、利用者の状況を電話で報告しています。</li> <li>○ 嘴託医は2人体制で、利用者や家族にとって安心でき、多職種（医務・管理栄養士・機能訓練士・介護職・生活相談員）が連携してケアカンファレンスを実施しています。</li> </ul>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p><b>1. 業務マニュアルの更新について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 業務マニュアルは整備され、実務書として職員に周知され活用されています。毎年、全てのマニュアルを見直し、必要に応じて更新されることが願われます。</li> </ul> <p><b>2. 個人別の研修計画について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年間研修計画が策定され全体研修や専門研修、キャリア段位制度のアセッサー養成研修、職員の勉強会等が実施され、職員が意欲的に研修に参加し、知識・技術を積み上げる体制が整備されています。しかし、研修への参加率がやや低く、個人ごとの研修計画が確認できませんでした。個人別の研修計画作成や実績及び研修経歴の管理が望されます。</li> <li>○ また、研修受講報告は、内容により、文書回覧以外に「伝達研修会」も必要と思われます。</li> </ul>
具体的なアドバイス	<p><b>1. 業務マニュアルの更新について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 今年度は既に、身体拘束の指針の見直しを実施されています。業務マニュアルを活用するには、最新の情報に基づいて整備する必要がありますので、最低年1回見直し、マニュアルの充実をお図り願います。そのためには事業計画の項目に入れて頂き、見直しの分担や担当を明確にし、見直し後には年月を記載しておくことなど、先ずは見直しの規程を定められると良いかと思います。</li> </ul> <p><b>2. 個人別の研修計画について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 個人別の研修計画や実績記録、それらを管理する一覧表の作成及び個別研修経歴の管理をすることで、人事管理のみならず、階層別研修や継続</li> </ul>

- 研修のフォローができ、職員の意欲向上にも繋がるものと思われます。
- 各職員は、個別の研修計画を年間当初に提出することで研修への意識付けが図られます。職員も希望する研修に参加しやすくなる利点に加え、管理者も勤務調整がしやすくなり、研修参加率の向上につながると思われます。
  - 全職員に周知が必要な研修受講報告は、文書回覧だけではなく伝達研修会開催をご検討下さい。

※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	2670500020
事業所名	特別養護老人ホーム 吉祥ホーム
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)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成30年10月19日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかる会

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 法人理念は明文化され、事務所・廊下・更衣室・エレベーター等に掲示し、常に職員が確認できる環境にしています。年度初めの法人全体会議で理念を深め、毎日朝礼で唱和する等の取り組みを行い、パート・非常勤も含め、理念に沿ったサービスの提供を心がけています。利用者やその家族等へは、パンフレットや重要事項説明書等に記載された理念について説明し、理解を得ています。 ② 理事会の他、施設・事業所内で組織の意志決定に関する各会議が定期的に開催され、適切な組織運営が行われています。各委員会の委員長に権限委譲するなど、職務分担表で権限と責任を明確にしています。また、職員の意見を聞く機会を年2回設け、職員の意向を組織に反映しています。		

#### (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向上に向けた計画を策定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	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。	A	A
(評価機関コメント)		③ 法人の「事業計画基本方針」に基づき、中・長期及び単年度事業計画を策定しています。中・長期計画では、達成目標を数値化し、目標の実現に向けた取組みを行っています。事業計画は利用者への満足度調査結果や職員ヒアリング内容も反映し、改正等の動向も含め多角的な視点から課題や問題点を把握して策定しています。 ④ 各業務において目指すべき目標や課題が設定され、毎月開催される施設会議を始めとする26の分野ごとの会議を効率的に開催し、達成状況等の確認や必要に応じて課題の見直しがされています。		

(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組みを行っている。	B	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	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 経営責任者や管理者は、法令遵守に関する研修に参加し、必要な法令はリスト化しています。管理者等は法令等の情報収集に努めており、新しい法令等の職員への周知は、フロア会議及び回覧やネット等で行われています。 ⑥ 職務分担表や組織図等で経営責任者や管理者の責任や役割は文書化されています。管理者は、年度初めに運営方針を職員に表明していますが、その内容には、各部署から出された職員意見も反映されています。管理者は、年2回職員ヒアリングを実施しています。管理者への職員からの評価等は、法人本部に提出される毎年の異動希望調査の中で確認しています。 ⑦ 管理者は常に施設内で業務を行い事業の実施状況を把握し、業務日誌や会議録等を必ず確認しています。外出時や緊急時には携帯電話にて、具体的に指示を行えています。			
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

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)		⑧ 法人の基本方針の中で人材確保と人材育成を重点項目とし、毎月、相談員・介護職・看護職等の人員配置を確認し、必要に応じて各種方法で職員補充を行っています。また、資質向上に向け、職員の資格取得補助金制度等、資格取得支援の仕組みがあります。 ⑨ 法人全体の研修計画に基づき、新規採用研修や管理職研修、専門研修等が実施されています。また、外部研修情報も職員に提供され、キャリア段位制度のアセッサー養成研修や喀痰吸引研修等にも積極的に参加しています。さらに、個人別の研修計画や研修経歴の管理が必要と思われます。また、研修内容の周知方法を回覧以外にも検討する必要があるかと思われます。 ⑩ 実習生受け入れマニュアルに基本姿勢が明文化され、実習指導者は実習指導者研修に参加しています。実習生には注意事項の説明や学びの状況の確認等が丁寧に行われています。		

(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)		⑪ 法人管理部や管理者は、毎月の有給休暇消化率や時間外労働のデータを確認しています。年2回の職員ヒアリングで就業状況を把握、分析し、「一般事業主行動計画」を策定し公表しています。育児休業や介護休業は就業規則に定められ、現在3名の職員が取得中です。特殊寝台や機械浴等の設備を導入し、職員の負担軽減に取り組んでいます。 ⑫ 職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のため、ストレスチェックを毎年外部機関に依頼し、徹底して実施しています。さらに産業医との相談体制や年2回の個別ヒアリングで悩みや要望等を聞くなど、相談の機会が設けられています。また、毎年の異動希望調査で、職員が直接法人事務局に希望や相談を届けることができる仕組みもあり、働きやすい職場環境と思われます。ハラスマント規定も整備され各部署に文書掲示しています。福利厚生制度の共済会に加入しています。各階に職員の休憩室兼宿直室が確保され、リラックスできる環境が整備されています。		

(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 事業所の概要や運営理念は、パンフレットやホームページで分かりやすく開示しています。機関誌(年4回発行)に事業所情報を掲載し、利用者・家族・地域等に配布されています。学区祭りや地域のふれあい祭りに利用者は職員と一緒に参加し、地域との交流が行えています。</p> <p>⑭ 地域住民や利用者を対象に、事業所内で、介護技術講習会や健康講座等の介護予防教室を毎月開催し、事業所の持つ資源を地域に還元しています。また、商業店舗や地域イベントでの介護相談会には職員を派遣し、民生児童委員会主催の独居高齢者の食事会等には施設提供をすることで、福祉や介護等の地域ニーズを把握するとともに、それにこたえる活動にも努めています。</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 事業所情報は、パンフレットやホームページで提供しています。施設内では、入り口近くに重要事項説明書等を配架し、エレベーター内や廊下等には、行事案内や第三者評価結果等を掲示するなど、施設情報の見える化の工夫がされています。利用者からの問い合わせや見学希望には、個別の状況に応じています。		

(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 サービス開始にあたり、重要事項説明書を用いてサービス内容や料金等を生活相談員が説明し、保険外サービスの料金説明も行って利用者の同意を得ています。利用者本人の判断能力に支障がある場合は、家族や代理人に契約説明を行っています。現在成年後見制度を約1割の利用者が活用しています。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

	アセスメントの実施	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)				
<p>⑰ 所定のアセスメント様式により利用者の状況やニーズを把握し、栄養状態については管理栄養士、ADL等については機能訓練指導員、褥瘡のリスク等については看護師等、多職種連携でアセスメントを実施しています。利用者の判断能力に支障がある場合は家族や成年後見人などから確認しています。変更が必要な場合は適宜見直しを行っています。</p> <p>⑱ 個別援助計画の目標は利用者やその家族の意向を確認し、一人ひとりの思いを尊重した個別性のある計画を策定し同意を得ています。利用者の意向確認が出来にくく場合には、職員が利用者に寄り添い本人の思いをくみ取ったり、家族より意向を聞くようにして計画に反映しています。サービス担当者会議には、利用者や家族に参加を呼びかけています。</p> <p>⑲ 個別援助計画の策定にはサービス担当者会議を開催し、介護・看護職員、管理栄養士、機能訓練士等の専門職が必ず出席し、主治医の意見は、看護職員が事前に聞き取った内容を報告することで、計画に反映されています。</p> <p>⑳ 3か月毎にモニタリングを実施し、6か月に1度個別援助計画の見直しを実施しています。また、必要時には、個別援助計画の変更を行っています。</p>					

(4) 関係者との連携

多職種協働 (評価機関コメント)	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。  ⑪ 嘔吐医2名が交互に出勤し、利用者ごとに主治医を決めて健康管理を行っています。医療機関等との連携は、生活相談員、施設ケアマネを中心に電話等で行っています。利用者の入退院時は、病院の地域医療連携室と調整して看護サマリーを活用しながら、状態把握に努めています。協力病院、協力歯科医療機関との緊急時受入れ体制があります。	A	A
---------------------	----	---	---	---

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成 (評価機関コメント)	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。  ⑫ 各種「指針」「規程」「マニュアル」を整備し、マニュアル集として冊子にまとめ、必要が生じた際に利用したいマニュアルを何時でも活用出来る状態にしています。写真入りで見やすく工夫されているものもあり（例：排泄マニュアル）、OJTにも活用されています。今年度は、身体拘束の指針の見直しを確認しましたが、他のマニュアルの見直しは、確認出来ませんでした。	A	B
サービス提供に係る記録と情報の保護 (評価機関コメント)	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 (評価機関コメント)	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 (評価機関コメント)	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。  ⑬ 利用者の日々の記録については、パソコンにて利用者ごとに期間や必要事項だけを抜き出して確認出来る仕組みになっています。個人ファイルは、施錠できる書庫に保管されています。「文書保管規程」及び「個人情報保護規程」が定められており、個人情報保護と情報開示に関する研修も実施されています。 ⑭ 利用者のサービス計画や個人の状況に関しては、専用ソフトの活用で情報の共有を行い、交替時には職員間の口頭での申し送りを実施しています。利用者の支援に関する意見交換は、ケアカンファレンス・長期ケア会議・各種会議等で行い、記録し共有化を図っています。欠席者には、資料回覧を行い、フロアリーダーを中心に変更点の確認を行うなど、確実に周知できるように努めています。 ⑮ 利用者の家族等とは、面会時やケアカンファレンス参加時、施設行事への参加時に情報交換の機会を設けています。遠方の家族には、利用者の様子や事業所の状況を、電話や文書等を通して伝えています。また、敬老祝賀会の行事に合わせ、「家族懇談会」を開催し、家族同士の交流の場を設定しています。	A	A

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防 (評価機関コメント)	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 (評価機関コメント)	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。  ⑯ 感染症予防のマニュアルが整備され、感染症予防対策委員会には医師も参画し、隔月に開催しています。また、感染症が流行する前に「感染症研修」をリアルタイムで行っています。特にノロウイルスなど嘔吐物の処理に関する体験型研修は、新人職員の研修でも徹底しています。施設では、日頃から感染症対策の意識を感染症予防対策委員会を中心に発信するとともに、大型加湿器の設置や1日4回の換気で感染予防に努めています。 ⑰ 書類や介護材料等は整理・整頓されています。フロア一及びトイレ清掃は業者委託し、点検リストにより毎日管理され、清潔保持に努められています。調理室は出入りが制限され、衛生管理が徹底されています。各居室にプラズマクラスター空気清淨器、1日4回の換気の効果で、施設（フロア含む）の臭気対策をしています。また、車いすや歩行介助のためのフロア環境の安全整備点検も行っています。	A	A

(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>㉙ 事故や緊急時の対応マニュアルがあり、職員に周知されています。また、職員連絡網を事務所内に掲示しています。毎年消防署と協力し普通救急救命講習を開催。各階にはAEDと喀痰吸引器を設置し、取扱い訓練も実施して、緊急時に迅速な対応が取れるようにしています。</p> <p>㉚ 事故発生時には、生活相談員から家族に連絡し、適切に対応しています。事故報告書を作成し、必要時は行政機関に報告書を提出しています。毎月の事故防止委員会（介護職員・生活相談員・医務・施設長）では、事故報告書及びヒヤリハットの分析・検証を行い、現場にフィードバックされ再発防止に努めています。これらの再発防止策はマニュアルや手引書の見直しに活用されています。</p> <p>㉛ 災害発生時に備え「防災計画」と「防災マニュアル」が作成されています。食糧と飲料水等の備蓄、カセットコンロや発電機等も準備されています。毎年2回避難訓練が行われ、施設長をトップに対策本部を組織し、夜間を想定した避難訓練も実施しています。地域と防災協定を締結し、福祉避難所としても登録されています。</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。	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、常に問題意識をもつ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>㉜ 利用者自身の自己決定権が施設内で共通理解され、利用者の意見を大切にする風土ができています。毎年の全体会議で管理者が、尊厳の保持・権利擁護等のコンプライアンスについて、職員に周知徹底しています。また、身体拘束・高齢者虐待について繰り返し研修が実施されていますが、参加人数が少ないと工夫が望まれます。</p> <p>㉝ プライバシー保護や個人情報保護については、入職時に誓約書の取り交わしを行い、「プライバシー保護規程」と「プライバシー保護マニュアル」を定め、職員教育の機会に説明を行っています。事業所でプライバシー保護に関する研修を行い、入浴は同性介助希望があれば行うなどの確認をされていますが、トイレは利用者数のわりに数が少ないと、男女共用トイレの入り口のカーテンが薄いことが気になりました。</p> <p>㉞ 入所指針に基づき、第三者委員も参加する毎月の入所検討委員会で、緊急性等も加味し、公平公正に決定されています。</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てている。	A	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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>④ 利用者・家族の意向は、日常の応接を通して生活相談員・介護支援専門員や機能回復訓練士等が聞いています。また、毎月利用者状況報告の電話やホーム喫茶（第4日曜日）、年2回の家族懇談会等でも意向を聞くようにしています。個別の面談には男女の生活相談員、介護支援専門員が配置されています。</p> <p>⑤ 利用者の意向に対しては法人統一の要綱に基づき対応しています。苦情についてはまず生活相談員が窓口となり、苦情解決委員会で迅速に検討し利用者の納得を得るとともに、全職員への周知を図っています。利用者からの意見・要望・苦情についての改善点や満足度調査の結果を、個人情報保護に配慮した上で掲示板に公開しています。</p> <p>⑥ 公的機関の相談窓口は契約書や重要事項説明書に記載しています。第三者委員の相談窓口は、施設内に相談先の氏名、連絡先に掲示しています。利用者の相談の機会を確保するため外部から傾聴ボランティアの受け入れを行っていますが、介護相談員の受け入れには至っていません。</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てている。	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑦ 「利用者満足度調査」、「食に関する意向調査」を実施し、利用者の満足度の把握と質の向上に努めています。それに加え、利用者の日常のつぶやきを大切にし、各委員会で検討、改善を行っています。満足度調査の分析・検討結果に基づいて調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みもあります。</p> <p>⑧ 部署会議をはじめ26分野の委員会等が毎月開催され、サービスの質の向上に積極的に取り組んでいます。他事業所等との交流は、京都市老人福祉協議会議や法人内担当者間のチャット等で情報交換を行い、比較検討を行うなどしてサービスの質向上に努めています。</p> <p>⑨ 毎年、法人内の他施設相談員等で構成する「サービスに関する検討委員会」による評価や自己評価をする体制があり、実施しています。3年毎に第三者評価を受診しています。</p>		