

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 4 月 13 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 2 月 13 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夕凧の里】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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 質の高い人材の育成に注力されています</p> <p>○ サービスの質の充実のためには、職員の量とともに質を確保することが大切との方針で、職員の介護に対する知識や技術向上のため、計画的な研修や資格取得の援助を充実されています。研修は事業所内に「教育委員会」を設け、階層別の研修カリキュラムに従って、毎年施設内研修計画を立案・実施しています。決められた必修科目を、全員が必ず受講するシステム（同じ研修を 2 回実施し、参加できなかった職員には研修の動画を見せる）、OJT の実施、外部研修への積極的な参加推奨等を行い、質の向上を図っています。また自主勉強会がさかんに行われています。</p> <p>○ 年に 1 回テーマを持って、ユニット単位での取り組みを発表する「課題発表会」や「リフト競技会」が開催され、職員のモチベーションアップに繋がっています。</p> <p>2. 看取りケアを丁寧に取り組まれています</p> <p>○ 事業所では利用者・家族、地域のニーズに応え、看取り体制の強化に力を入れています。個別の看取り事案について、看取り会議を設置し、家族や事前の本人意思に配慮した看取りができるように「看取り指針」のもと、医師や医療機関との連携（嘱託医は協力医療機関の勤務医）、多職種の参加、職員へのフォロー（ストレス管理）、職員研修等を緻密に行っています。看護師をはじめ職員は、施設での看取りを希望される一人ひとりに応じたケアを丁寧に行い、多くの方を看取られています。</p> <p>○ 職員のグリーフケアの取り組みの一つとして、毎月心理カウンセラーに来所してもらっています。予約をした職員がさまざまな手法を用いたメンタルケアを受け、ストレス解消やメンタルヘルス維持を図っています。</p>
-----------------------------	---

	<p>3. 働きやすい職場環境の整備を進めています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 有給休暇以外にリフレッシュ休暇が6日あり、休暇は取りやすく、時間外勤務も殆どありません。 ○ 休憩場所は職員休憩室、和室、喫茶コーナー（図書の貸し出しもあり）等を選択でき、設備が整い、ゆったりと過ごせます。 ○ ノーリフトポリシー（押す、引く、持ち上げる、ねじる、運ぶ、を人力で行わないという理念）を推進しています。福祉用具を活用したケアにより、職員の腰痛防止や負担軽減が図られています。またそのことで、利用者がトイレで排泄できるようになった、食事が自分で食べられるようになった等、利用者の日常生活の自立にも繋がっている実績があります。
特に改善が望まれる点とその理由	<p>1. 苦情・要望等の公開が必要です</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者・家族からの苦情は迅速に対応され、個別に回答されていますが公開はされていません。苦情、要望は施設をよりよくするために必要なメッセージです。苦情対応結果について公開が必要ではないでしょうか。 <p>2. 家族との情報交換の機会を増やして下さい</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の家族には、花火大会・食事会・祭り等の行事に参加案内し、家族が施設来訪時に話し合いの場を持たれています。またアンケートを実施し、質問内容等にも施設側からの思いを伝えています。しかし、家族との情報交換の機会が未だ少ないように思います。 <p>3. 介護保険の関係法令のリスト化</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 介護保険についての関係法令はありますが、介護保険事業を実施するうえで把握すべき幅広い分野の関係法令のリスト化が必要に思います。
具体的なアドバイス	<p>1. 苦情・要望等の公開が必要です</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 苦情・要望はサービス内容の改善に必要なものです。今回初めて実施された利用者・家族へのアンケートには、施設からの回答も公開され、家族への送付、施設内での掲示が行われ、サービス向上のための姿勢が一段と明らかにされています。 <p>今後は苦情・要望への対応内容について、個人情報やプライバシーに関することに配慮したうえで公表されることが、より施設への深い理解と信頼感につながると思われます。機関紙、施設内掲示、ホームページ等で公開を進められては如何でしょうか。特にホームページには特色ある「夕凧の里」の情報を掲載されると、利用者・家族のみならず広く地域の方や、</p>

これから施設利用を考えておられる方々、また就職を考えておられる方などにも良い印象を持って頂けるのではないかと思います。

2. 家族との情報交換の機会を増やしてください

- 家族からは機会を見て意見、要望を聞き取るようにしておられますが、意図的に行事と組み合わせた家族懇談会の開催、サービス担当者会議への参加要請等、行われてはいかがでしょうか。また利用者の状況を、定期的に家族へ送付される文書に添えられると、より施設での生活を理解していただけだと思います。さらなる、家族との関係性を大切にした支援の充実に期待しております。

3. 介護保険の関係法令のリスト化

- 介護保険事業を実施する上で必要な関係法令（例えば保健・医療・福祉関連法令、労働基準関係法令等）をリスト化して備え付けられることを願います。

【今後に向けて】

開設から5年。理念を基に、優れた組織の運営システムで、着実にサービスの質を高めておられます。利用者にも職員にも「優しい介護」を目指され、地域ニーズに応えた数々の取り組みを、PDCAサイクルにて着実に前進させておられます。今後、中・長期の課題別取組計画を策定され、更なる職員の意欲向上を図り、協力を得て、益々の発展を目指されますことに期待いたします。

また、利用者ニーズに応えた看取りの実施については、職員のご苦労に敬意を表します。事業所として職員のメンタルケアに取り組まれ、グリーンケアでその悲嘆から立ち直る取り組み等、既に実施されておられます。更なる職員のケアも含めた看取り体制の充実に期待致します。

※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	2672100134
事業所名	特別養護老人ホーム夕凧の里
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、居宅介護支援事業所、 介護予防短期入所生活介護、
訪問調査実施日	平成30年3月15日
評価機関名	きょうと介護保険にかかわる会

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「感謝すること、貢献すること、想像すること」に基づき施設の運営方針を管理者会議、全体会議での協議により決定し、職員には月初めの朝礼で施設長が話し、会議、研修会、ヒアリング等を通して方針を徹底するようにしています。施設内に理念が掲示され、理念に基づいたサービス提供を実践しています。利用者・家族等には契約時に説明し、機関紙を配布して理解が深まるようにしています。 ② 定期的に行われる理事会には施設長が出席し、施設の意向を反映しています。職務権限は明確に定められ、管理者会議、全体会議、主任会議や各種委員会は定期的に行われ、職員の意見が反映されています。各種会議録が作成され、各ユニットで回覧されています。		
(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	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 施設の事業計画は、中・長期目標を設定し、単年度計画は課題を明確にして策定しています。各種委員会での職員の意向も反映し、多角的な視点から課題を把握しています。管理者会議、全体会議等を経て作成されています。 ④ 各ユニット毎の目標を設定し、毎月のユニット会議、全体会議で進捗状況を確認し、達成に向けて取り組んでいます。職員は年度当初に「目標管理シート」を作成し、自己目標を設定し課題の達成状況を上位者がヒアリングで確認し指導しています。		

(2) 計画の策定

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。	A	B
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)		<p>⑤ 法人本部事務局長が講師となり法令遵守について研修会を開催し、内部監査を年2回実施しています。遵守すべき法令はマニュアルに記載され、各スタッフルームに設置されています。しかし介護保険法以外の重要法令のリスト化ができていません。「自主点検表」による点検を各部門ごとに実施し集約しています。</p> <p>⑥ 組織図は明確で業務分担・分掌や各種会議、委員会の一覧表が作成され構成委員も明記されています。事業所の運営については管理者会議、全体会議に必ず施設長が参加し職員の意見を聞いて事業運営を推進しています。施設長は、出来るだけ現場職員の声や意見を聞くことで、自らを評価しています。</p> <p>⑦ 施設長、事務長、課長、相談員、看護職員は携帯電話を持ち、緊急時における連絡体制を明確にしています。緊急対応時にはその内容と家族への連絡や検証等を行う緊急会議が開催されています。施設長は日々の業務内容を日報、報告書、議事録等で確認しています。</p>		

大項目	中項目	小項目	通番	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 質の高い人材確保は施設の最重要課題として取り組み、必要な職員は充足出来ており、離職者も以前より減少しました。自主勉強会が実施され多くの職員が介護福祉士資格試験に合格しています。資格取得後は昇給及び資格手当が出ます。平成27年度に京都府人材育成認証制度の認証を受けました。</p> <p>⑨ 階層別人材育成計画が定められ、毎年充実させています。年間内部研修計画は「教育委員会」が作成し、職員に提示しています。特に事業所で必要な研修（感染症、虐待、看取り、夜間急変時対応、個人情報保護）には同じ内容を2回開催し、欠席者には研修会の動画を撮って見せています。外部研修については職員に情報提供を行い、職員は希望する研修に積極的に参加出来ています。</p> <p>⑩ 実習受け入れマニュアルが整備され、毎年外部実習指導者研修を受講しています。今年度は京都府人材確保事業の実習生受け入れや中学生の職場体験がありました。来年度は京都府北部へのインターシップの受け入れをすべく大学と協議しています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		⑪ リフレッシュ休暇6日はほぼ全員が取得し、時間外勤務も殆どありません。安全衛生委員会を毎月開催し、育児休業や介護休業取得者支援、労働環境等について検討しています。ノーリフト運動を実施し物理的に重い物を持ち上げないことで職員の負担軽減を図り、利用者の自立促進にも繋がっています。国の補助金等を活用しリフト、スタンディングリフト、スライディングシートを購入し利用しています。 ⑫ 外部の心理カウンセラーが毎月1回施設を訪問し、職員からの悩み相談やストレス解消の糸口を探る研修を毎回数名ずつ実施し、好評です。休憩は施設内の職員休憩室、喫茶コーナー、和室を自由に選んで休憩がとれています。各種ハラスメントに関する規程が就業規則に明記されています。福利厚生制度も整備されています。		

(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)		⑬ 広報誌「ゆうなぎ通信」を毎月300部発行し、家族、自治会、市役所等に配布しています。町内会に加入し、祭りの時は神輿も施設に寄っています。施設には歌、口笛、手芸、神楽等のボランティア訪問があります。「介護サービス情報公開システム」で事業内容を公開し、毎年更新しています。 ⑭ 認知症カフェを月2回開催し、毎回20名程度の参加があります。中学、自治会、老人クラブへの認知症研修の講師として職員を派遣しています。事業所は津波避難場所として指定され、住民と一緒に炊き出しも含めた訓練を実施しています。地域ケア会議には必ず参加しています。		

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	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 サービス内容についてはホームページ、パンフレット、重要事項説明書や料金表等で情報を提供し、サービス利用前に本人や家族が選択できるようにしています。運営規定、重要事項説明書はファイルにまとめて玄関、ユニット毎に設置されています。見学希望等は個別の状況に応じて丁寧に対応されています。		
(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 契約書、重要事項説明書で内容の説明を行い同意を得ています。料金表は別表に作成され、保険外サービス料金も記入されています。認知症等により判断能力に支障のある利用者の場合は代理人や後見人等と契約しています。利用者の権利擁護のため「地域福祉権利擁護事業」を利用し代理人を選出した実績があります。		

(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 アセスメントは所定の様式を利用し家族、本人に面談され希望を丁寧に記録されています。利用者の「ライフヒストリー」など工夫した様式もあります。アセスメントは定期的実施し、体調変化時にも見直しています。</p> <p>⑱ 「施設サービス計画」の利用者、家族の希望欄には発言された言葉が記入され、長期目標、短期目標が設定されています。サービス担当者会議を本人の居室で開催し、自分のことを話す機会を設けるなどの工夫もしています。</p> <p>⑲ サービス担当者会議には各職種が参加し、医師から事前に意見を聞き参考にしています。</p> <p>⑳ モニタリングは毎日の申し送りで状態の確認を行い、施設サービス計画は6か月に一度又は状態変化時に計画の変更を行っており、必要に応じて医師や専門家の意見を確認しています。</p>		
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)		<p>㉑ 協力医療機関の医師が嘱託医となり、利用者の健康管理を行っています。看取りについても利用者・家族への説明、カンファレンス等積極的に関与しています。利用者の退院にあたっては退院前カンファレンスに施設職員が参加し、施設へは診療情報の提供があります。関係機関・緊急時一覧表が各ユニットに掲示されています。</p>		
(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。	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)		<p>㉒ マニュアルは「教育委員会」が中心となって整備され、毎年見直しもされていますが、改訂作業の記録が未記入なものがありました。業務マニュアルはファイル化し、各スタッフルームに設置しすぐに活用できる体制があります。「自主点検表」による点検を各部門ごとに実施し集約しています。</p> <p>㉓ 各利用者の介護記録は、介護支援ソフト「ほのぼの」を利用し適切に記入・保存されています。個人情報の保護については毎年研修が行われ、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄については規定により適正に管理されています。</p> <p>㉔ サービス計画の内容やサービス提供状況は、担当する職員全員がPCで利用者情報が見られるようになっており、朝礼では手書きの連絡帳も活用して情報共有しています。利用者のケアカンファレンスは毎月のユニット会議で情報交換を行い、会議録に記載し、回覧が行われています。</p> <p>㉕ 「施設サービス計画」の作成時には利用者の家族等と面談や電話で情報交換を行っています。各種イベント（花火、食事会、祭り）には家族の参加を呼び掛けていますが、家族との情報交換の機会は少ないようです。</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
		<p>②⑥ 毎月感染対策委員会を開催し最新情報の確認やマニュアルの見直しを実施しています。年度当初と感染症等多発時期には職員研修会を実施し、欠席者には研修の動画で周知しています。昨年は感染症利用者の発生はありません。各ユニットには空気清浄機が設置されています。</p> <p>②⑦ 施設内は清潔で整理整頓され臭気もありませんでした。車いすの点検がチェック表に基づき行われています。清掃は外部委託し、実施内容は日々点検表で確認しています。</p>		
		(評価機関コメント)		

(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
		<p>②⑧ 事故防止・事故発生対応マニュアル、緊急対応マニュアルは定期的に見直し、整備されています。毎年消防署と連携して緊急対応研修や訓練を実施しています。</p> <p>②⑨ 発生した事故には迅速に対応し、その都度カンファレンスを開催して対策を講じるとともに、本人や家族に説明しています。事故報告書、ヒヤリハット報告書は的確に記載され、毎月リスク委員会にて集計・分析し、課題の確認、マニュアルへの反映などの対策を行っています。年2回、リスク委員会主催の再発防止研修会を開催しています。</p> <p>②⑩ 施設を取り巻く環境を分析し防災計画を策定しています。施設は津波避難場所に指定されており、暴風水災害に対する訓練を自治会と共同で毎年9月30日に実施しています。非常食は常に3日分を備蓄し、炊き出し訓練も実施しています。</p>		
		(評価機関コメント)		

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
		<p>③① 「身体拘束廃止の指針」「身体拘束における施設基準」「虐待防止マニュアル（付属編【気づき・発見のチェックリスト】）」に基づき全体会議や研修会等で職員に周知徹底を図っており、とりわけ「虐待」については、軽微な不適切行為が虐待につながるの共通認識のもと、全職員で虐待防止に取り組んでいます。毎年数回人権尊重のために「啓発ポスター」を作成し、施設内のエレベーター、出入口、詰所等に掲示しています。</p> <p>③② 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供を、毎年研修で徹底しています。入浴介助については、必ずしも同性介助ではありませんが、入所者の希望を確認のうえ実施しています。</p> <p>③③ 入所検討委員会で適切に入居者の決定が行われ、経管栄養など医療的ケアの必要な方についても主治医と相談の上受け入れています。</p>		
		(評価機関コメント)		

(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	B
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 利用者からの意見・要望・苦情等がサービス改善の機会であることを管理者を始め全職種の職員が認識し、利用者・家族との個別面談やアンケート調査、ご意見箱、日常の職員からの報告で広く収集しています。行事やレクレーションについて、多くの選択肢（例えば、おやつの場合には、何種類かを用意し選択してもらう、また、外出レクについては、各自希望の場所に出かける）を準備し、利用者の希望を踏まえて行うようにしています。</p> <p>③⑤ 利用者の意見・要望・苦情については、改善策を講じた上で家族等に丁寧に報告されています。苦情処理委員会を多職種が参加する全体会議に含めて毎月報告・検討しています。地域事情からの困難さはありますが、今後、個人情報保護に配慮しながら掲示板や広報誌等での公表を検討する必要があると思われます。</p> <p>③⑥ 宮津市からの介護相談員を受け入れています。公的機関の相談窓口や苦情を訴える窓口は重要事項説明書に明記し、施設内のファイルにも明記されています。法人では第三者委員が2名任命され施設内のファイルに明記されています。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>③⑦ 今年度初めて家族へのアンケート調査を実施し、全体会議等で分析検討し、サービスの質の向上に役立っています。アンケート結果は事業所の対応策も含め家族に通知し、エントランスホールに掲示されています。</p> <p>③⑧ サービスの質の向上には、介護職員の待遇改善とマンパワーの充実、人材育成に尽きるとの信念のもとに、全体会議にサービス向上委員会を含めて開催しています。教育委員会でも最大の課題であるとの認識で取り組んでいます。職員が働きやすいように各種マニュアルを整備し、スキルアップを図れるように計画的な研修制度を確立し、更に各種委員会の充実に取り組んでいます。京都府老人福祉施設協議会の宮津ブロックに属し情報交換を行っています。</p> <p>③⑨ サービスの質向上のため、全体会議に含めてサービス向上委員会を開催している他、各種委員会において検討しています。人員配置、勤務体制、各種マニュアル、人材育成、看取り体制、ノーリフトポリシーの推進など課題の達成評価を行い、次年度の計画に反映しています。第三者評価を受けるにあたり項目毎に担当者を決めて、全職員で討議のうえ評価を行い、コメントを作成しています。前回は3年前に受診しています。</p>		