

様式 7

アドバイス・レポート

2020年12月 10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

2019年11月20日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都ゆうゆうの里 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. 「老後の安心と幸せを提供するという理念」のもと利用者本位のサービスの提供に積極的に取り組んでいます</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 健康な人から看取りの必要人までが入居し、人生を豊かに楽しむための環境（居室、サークル活動、自然など）や医療・介護設備が整備され、利用者にとって安心できる施設となっています。介護が必要になった場合には、介護棟において介護と医療が一体となった、切れ目のないサービスが提供されています。殆どの入居者は看取りまで、施設内で包括的なケアを受けています。 ○ 全職種を横断した「コンプライアンス委員会」「事故ゼロ委員会」、「食事ケアマネジメント委員会」等業務案件ごとの委員会が、利用者サービスの質の向上を目的として毎月開催されています。「提案制度」を活用するなど、業務課題の分析、見直し、改善のPDCAサイクルが実践され、利用者本位のサービスを提供しています。 ○ 利用者の尊厳の保持を尊重したサービスが、マニュアルに沿って行われていることを確認するため、職員に「不適切ケアアンケート」を実施し、職員が日常のケア支援を振り返り、利用者に配慮したサービスの提供ができるよう、気づきを促す仕組みができています。 <p>2. 法人は職場環境の整備と質の高い人材確保・育成に積極的に取り組んでいます</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 法人は毎年、職員満足度調査を実施し職員の提案や要望をもとに、職員の適正配置や福利厚生の実施を図るとともに、職員のメンタルヘルスについても、本部主導で各施設に男女のハラスメント委員を配置するなど、働きやすく働きがいのある職場づくりを行っています。 ○ 法人は高品質のサービスを担う質の高い職員を確保するために充実した教育研修計画をたて、現場立脚、入居者視点を持った人材を育成
----------------------------------	---

	<p>するための多様な研修を実践しています。職員のスキルアップ・キャリアアップを支援するとともに、事例研究発表会の実施や大学との共同研究等職員実践教育活動を通じて、職員が自ら学習して成長することができる場を提供しています。</p> <p>○ 「働く人たちの人間性を大切にする」という事業所の理念の通り、元気で前向きな姿勢の職員が多く見受けられました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 利用者に対する満足度調査の実施について</p> <p>○ サービス提供について、利用者がどのように評価しているかを把握するための取り組みとして、懇談会の開催や意見箱の設置、また食事や里内バス等個別のアンケートを実施されていますが、評価項目にある利用者全体の意向・要望を汲み取る利用者満足度調査の実施も必要かと思われます。</p> <p>2. 業務マニュアルの定期的な更新と管理体制について</p> <p>○ 各種業務マニュアルが整備され、各委員会の中で防災訓練や感染対に活用されていますが、更新・管理等も個別に行われているようで、見直し・更新時期が統一されていませんでした。</p> <p>各担当委員会の責任において更新・管理するとしても、全体的に統一するための管理制度も必要かと思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 利用者に対する満足度調査の実施について</p> <p>○ 利用者がサービス提供のどこに不足や不満を持っているか、また利用者の意向・要望などを把握するため、調査項目の内容、種類等を工夫しアンケートを実施されてはどうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの定期的な更新と管理体制について</p> <p>○ 業務マニュアルは事業所固有のものであり、サービス提供の改善や苦情、苦情や満足度調査分析、事故防止策等の具体的見直しが反映されているものです。こうした見直し基準に添って適宜見直しを行い、職員に周知するためにもマニュアルをリスト化し、見直し・更新等をするなどの一元管理が必要かと思われます。</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	2671200166
事業所名	京都ゆうゆうの里
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防 特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	令和2年10月30日
評価機関名	NPO法人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. 法人理念と運営方針を計画に明記し、毎年の職員全体会議や研修で施設長が説明しています。毎日の朝礼で職員が順に理念唱和のリーダーを務めることで一層の周知を図っています。パンフレット・重要事項説明書・広報紙等に理念の趣旨や運営方針を記載しています。理念に共感し入居された利用者もあります。 2. 組織として案件別の意志決定方法及び職員の責任と権限が明確に定められています。理事会、評議員会、部長会等が規定され、施設長は定期的に法人本部で開催される部長会に出席しています。施設内の意思決定は課長会議で行われ、各階に設置された提案箱や日々のミーティング等で収集した職員の意見を反映する仕組みが確立しています。		
(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. 法人としての中長期計画が、明確に定められ、その計画を基に施設の事業計画を策定しています。全体会議、チーム会議、各課会議等で職員との意思疎通を図り、各部門の課題や問題点を明らかにしています。 4. 全課を横断した構成による各委員会（事故ゼロ、接遇、提案等）の運営と4半期毎に『振り返り』を行い、課題の確認、見直しを行っています。目標管理制度の中で進捗状況の把握を行っています。最近では新型コロナウイルス感染症予防対策として、職員のフロア間移動を見直し、各フロアだけの介護に制限しています。		

(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	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. コンプライアンス委員会は研修を受けた施設長を委員長に各課長で構成され、毎月開催されています。年2回コンプライアンス研修を行い、職員に対し遵守すべき法令等を周知しています。関連法令等について社会保険労務士の意見を聞き、規程等の改善提案を受けています。必要な法令はパソコンにファイルされ何時でも閲覧できますが、把握すべき法令のリスト化までには至っていません。</p> <p>6. 施設長、課長等の職務権限・責任の範囲は規程等で明確にされ、運営連絡会議等全ての会議に出席しています。年2回の人事考課で課長、施設長が職員の意見を聞いています。また、職員満足度調査を2年に1回実施し、上司に対する評価結果は職員に開示しています。</p> <p>7. 施設長等責任者が、常時、緊急時、現場で起こっていることを把握できるよう連絡体制が確立しています。必要な判断を下し、現場に指示が出せるよう各課の日報や特記内容を施設内PCで確認し、各部署に問い合わせをしています。また事故報告書、相談受付表を確認することで現場に適切なアドバイス・指示を行っています。</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
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. 高品質のサービスを担う質の高い職員を確保し、現場立脚、入居者視点を持った人材を育成するために、法人で策定した人材確保に関する基本的な考え方、人事管理に関する方針に基づき、京都では、採用担当者を設置し職員採用を行っています。退職時ヒアリング制度により、退職理由を分析、し現場立脚、入居者視点を持った人材育成に生かしています。また、資格取得候補者のリスト化やキャリアパスの明確化等を行っています。京都福祉人材育成認証を取得し、3年後に上位認証取得を目標としています。</p> <p>9. 各課で研修計画を策定し、職員は職責や専門に応じた外部・内部研修を受講しています。法人本部に研修委員会を組織し、階層別研修計画は7施設合同で立案・実施しています。エルダー制度を導入、し職員の相談、助言に繋げるなどスーパービジョンを行う体制ができています。今年度から研修担当を設置し、研修情報の収集発信を行っています。資格取得のための勉強会等の支援を行っていますが、中期計画にある一貫した育成体系の構築と法人又は施設全体の研修計画の策定等研修体制、制度の確立を期待します。</p> <p>10. 実習受け入れ体制を明確にし、毎年、高校生、中学生の体験実習を受け入れを行っており、大学の栄養士課程の実習も約10年間受け入れていています。実習指導者研修を受講するとともに、介護福祉士養成実習施設になるため資格取得を推進しています。</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)	<p>11. 職員の有給休暇消化率、時間外労働のデータを法人本部で管理し、就業状況について施設長及び責任者が把握できるようにしています。育児休業、介護休業は規則に基づき適切に対応、実際に取得者も複数人います。組織内に安全衛生委員会・腰痛対策委員会を設置し、産業医や医療機関に繋ぐことで、職員の心身面のサポートをしています。また、電動ベッドを標準設備とし、入浴機器の導入を積極的に行うなど、職員の身体面の負担軽減も図っています。</p> <p>12. メンタルヘルスマニュアルがあり、新人職員はストレス研修を受けています。女性・男性各1名をハラスメント委員に任命し、委員の連絡先を新人も含め周知しています。リフレッシュ休暇や趣味等に対する助成金等を支給する職員互助会制度等、職員の業務効率を高める取り組みをしています。</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. 1997年の事業所開設以来、2000年の介護保険制度開始を経て23年間にわたり、宇治市や宇治市社協等関係機関と連携を取りながら、高校や地元茶舗との茶会等地域との関りを大切にしています。ホームページはもとより商店街振興組合やNPOとのイベント等を毎年開催し情報開示を行っています。</p> <p>14. 宇治市災害ボランティアセンターの運営委員として参画し、福祉まつりに参加しています。、中学生や高校生を対象とした認知症サポート研修等を実施することで、専門的な技術や情報を地域に提供しています。また、施設の設備や広さを生かし、大学と連携して入居者の移動情報や生活状況を行動記録に集約・分析し、将来の高齢者の行動パターン分析や地域貢献に向けた共同研究を行っています。</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)	<p>15. 事業所情報はホームページやパンフレット、重要事項説明書等で提供しています。重要事項説明書や運営規程は、ホームページの掲載に加え各フロアーのカウンターや管理事務所エントランスにも設置しいつでも閲覧しやすい状態にあります。利用者・家族とは、年3回、介護懇談会に合わせてケアセンター見学会を開催し、利用希望者向けには、個別の見学に対応しています（現在はコロナのため休止中）</p>					
(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)	<p>16. 入居者が介護保険サービスの利用を開始する場合には、必ずパンフレットや重要事項説明書、『介護保険利用に関して』という特定施設独自の説明書や料金表、契約書類一式を用いて説明し、本人の同意を得ています。判断能力に支障がある場合は、生活相談員を中心に司法書士や弁護士など専門家を交えて成年後見制度について説明、積極的に活用しています。</p>					

(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. 利用者の生活状態を入居時から把握しており、さらに本人、家族との面談で本人が望む生活や心身の状況に合ったサービス内容を確認、介護ソフトの様式に記録しています。介護担当職員、看護師、機能訓練指導員、主治医等が連携しアセスメントを行っています。利用者ごとの課題整理総括表でニーズや課題をサービス担当者会議で明らかにし、定期的に見直しをしています。</p> <p>18. 計画策定時の面談においても利用者や家族の希望を尊重し、本人の意向に沿った支援目標を設定しています。看取り介護や、退院時、共用介護個室利用開始等、重要度が高いサービス担当者会議には、入居者本人や家族が参加しています。看取りカンファレンスには、併設の診療所の医師が参加し、利用者の状況により、24時間体制での介護にも対応しています。</p> <p>19. 個別援助計画策定に当たり、理学療法士、看護師、栄養士、主治医等がサービス担当者会議で意見交換を行い、利用者の心身状態の維持、改善に繋がる支援を行っています。</p> <p>20. モニタリングを毎月開催し利用者、家族の意向の聞き取りを行い、必要に応じて個別援助計画等の見直しをしています。利用者ごとに介護職員・計画作成者の担当が決められていて、利用者の心身の状況に変化が発生した場合は、担当者がメールで報告し、目印（スレッド）で職員誰もが確認できるようにしています。</p>			

(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)	<p>21. 併設の診療所が各種健診等で利用者の健康管理を行い、毎月の健康情報を事業所に提供しています。施設内で看取りを行うための支援体制があり、外部医療機関との連携もできています。</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ます。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ます。	A	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。	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. 業務ごとにマニュアルを作成し、マニュアル集として冊子にまとめています。見直しはフロアごとに担当者が割り当てられていますが、見直し基準はありませんでした。事故ゼロ委員会でも定期的に見直しを実施していますが、マニュアル集を一括して見直すことで更新の漏れがなくなると考えられます。</p> <p>23. 利用者の記録は介護ソフトで管理し、実施状況や心身の状態の推移を職員全員が確認することができます。また、利用者全員の一日の状況が業務確認表に記入され、一覧で見える化し把握できるようにしています。利用者記録の保管や廃棄等については文書管理規程があり、個人情報保護等については新人職員研修や職員全体会議で周知を図っています。</p> <p>24. 介護ソフト、朝礼等での申し送りにより利用者の状況や支援内容について情報共有ができています。また、施設内メール、連絡カード、業務確認表（日時計画表）、トランシーバーを利用し状況の変化を迅速に共有しています。また、サービス担当者会議、フロア会議においても職員間の情報共有を図っています。</p> <p>25. 施設外の家族等に対しては月1回定期報告を電話、手紙で行っています。また、行事予定や事業内容がわかる季刊誌や利用者代表が参加している施設運営連絡会議議事録を家族等に送付し、行事案内は、はがきでしています。ブログ等を活用し日常の様子も配信しています。</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
(評価機関コメント)		26. 感染症防止マニュアルに従い、感染症対策委員会を中心に診療所医師と連携して施設内の感染症予防に取り組んでいます。インフルエンザ・ノロウイルス予防マニュアルを職員全員に配布し、研修も実施して周知徹底するとともに、感染症に配慮したサービスが提供できるよう利用者にも配布し予防対策の理解を得ています。新型コロナウイルス感染予防についても施設内消毒の徹底やフロア別の職員配置等の対策を行っています。 27. 安全衛生委員会・産業医による職場巡視を毎月実施し、事業所内の整理整頓、衛生管理等を行っています。職員による5S（整理・整頓・清掃・清潔・習慣）を実施しています。オゾン発生装置を導入するなどウィルス対策・臭気対策も徹底しています。		

(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)		28. 事故防止マニュアル、緊急時対応マニュアルや誤嚥、徘徊対応等各種マニュアルを整備し、毎年研修・訓練を行っています。事故や緊急時における責任者及び指揮命令系統が定められています。 29. 事故が発生した場合には適切に対応した上で、本人、家族や関係者に説明し、必要な報告書や記録を作成、再発防止に努めています。ヒヤリハット報告書は、事故ゼロ委員会ですべて毎月集計、分析、検討を行い再発防止、事故予防に繋げています。利用者別の過去6ヶ月の事故報告書をまとめケアプランに反映するとともに、マニュアル等の見直しにも繋げています。 30. 毎月防災委員会を開催し、夜間想定訓練をはじめ様々な種類の訓練や災害対応体制の確認を行っています。各課長・主任は甲種防火管理者講習を受講しています。風水害や土砂災害などの自然災害に備え、隣接の介護施設とも協力・連携して訓練を行っています。		

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
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	
	(評価機関コメント)		<p>31. 法人理念・ケアスピリット・運営方針に基づき利用者の人権を尊重したサービスの提供を行うことを明確にしています。自主行動基準にも尊厳の保持が謳われ、採用時と年2回の職員研修を実施しています。身体拘束禁止が明示・徹底され、コンプライアンス委員会、身体拘束等適正化委員会が組織され、フロア会議では利用者から得た「不適切ケアアンケート」の内容を基に目標を定め、尊厳に配慮したサービス提供をしています。</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について業務マニュアルに明記し、新人研修や接遇研修、フロアミーティング等で職員に周知しています。昨年一部の介助浴室を個室に改修し、今後順次全個室に改装する計画を進めています。入浴介助は同性介助を原則としています。</p> <p>33. 当事業所は自立期から終末期まで生涯にわたり利用できる特定施設となっており、定員に達している場合を除き、利用は断ることはありません。介護が必要な状態になった時から看取りまでを行うことを、契約条件に明示しています。</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. 意見箱を各フロアに設置しており、毎月開催の運営連絡会議では入居者の代表から意見・要望について聞いています。相談日を月2回設けています。相談内容は、課長を通じて入居者相談委員会に報告され、ケースを検討し、改善に繋げています。法人編集の冊子「どこでも相談室」を利用者に配布し、開かれた相談しやすい環境づくりをしています。</p> <p>35. 相談や苦情は受付票を作成し、毎月入居者相談委員会で相談責任者が検討を行い、サービス向上に繋げています。入居者からアンケートで抽出した意見等は掲示しています。また、運営連絡会議の議事録も入居者に配布しています。</p> <p>36. 利用者及び家族等の苦情等に関する相談窓口は重要事項説明書に記載し、施設内各所にも掲示しています。寄せられた苦情等は委員会に対応しています。また、第三者による点検として介護相談員の受入れ準備を進めています。</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	B	
	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. 入居者全員を対象に利用者満足度調査の一環として食事や市内との循環バス利用に関するアンケートを実施しています。調査結果は運営会議、チーフ会議で検討を行い、議事録を入居者に公開しています。「入居者懇談会」や「フロア座談会」「介護懇談会」を開催していますが、介護サービスを提供する施設としてサービス利用者を対象とした利用者満足度調査も実施されることを期待します。</p> <p>38. 施設内に事故ゼロ・接遇・安全衛生等サービスの質の向上に関わる各種委員会を設置し、全課を横断したすべての職員が、いずれかに参加しています。各委員会で検討された課題は、チーフ会議や各課会議等を通じて情報の共有が図られ、四半期ごとに振り返りを行うことでサービスの改善に繋がっています。全国7施設で「職員実践研究発表会」が毎年12月に開催され、サービスの質の向上に向けて評価された事例は、7施設で実施・展開するなど、業務改善のPDCAサイクルの重要性を共有しています。</p> <p>39. 第三者評価委員会を設置し、京都介護・福祉サービス第三者評価等支援機構及び有料老人ホーム協会の評価を交互に受診しています。評価結果は各部門の事業計画に反映させ、課題の確認、見直しを行っています。内部監査を実施しています。第三者評価を3年に1回受診しています。</p>			