

ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 4 年 11 月 27 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

令和 4 年 7 月 26 日付けで支援機構に第三者評価の実施をお申込みいただいた（洛和ヴィラ桃山）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 (※)	●計画の策定 通番 3・通番 4 法人の理念と運営方針、中長期計画、介護事業部の事業方針、活動計画（アクションプラン）に基づいて、特別養護老人ホーム洛和ヴィラ桃山の 3 つのユニットと併設の 5 つの部署（短期入所生活介護・訪問介護・通所介護・居宅介護支援・訪問看護）とが介護事業部が活動計画に上げた 5 つの重点課題〈業績・質（運営）・職員満足・教育・感染〉に取り組んでいます。それぞれが、毎月 RC マネジメントシートで具体的な取り組みとその評価を介護事業部とユニット・部署間で共有しています。介護事業部と特養と 5 つの部署が共通の課題に取り組み、その評価を共有することでサービスの質を担保しています。 ●人材の確保・育成 通番 8・通番 9 人材の確保と育成には介護事業部の「人事採用課」と「介護教育センター」が担っています。無資格者も採用し、初任者研修受講の推奨、新任者研修、キャリアパス制度、資格取得支援制度、奨学金制度等で介護の専門職を育成されています。また、職員の多様性を認め、他国籍の人や障がいのある人の採用も行っています。職員一人一人が段階的に介護の技能を身につけ、OJT にプリセプティ・プリセプター制度を導入し、毎月、職員各自が定めた教育目的・目標の進捗状況と達成度を確認しています。他に、全職員に対して「力量評価/99 項目」を実施し、職員自らが己の力量を確認することでサービスの質の向上につなげています。 ●質の向上に係る取り組み 通番 38 通番 39 サービスの質に関わる検討体制（各種の委員会と会議の設置）が整備しています。施設長を含む各部門やユニットの職員が定例の委員会や会議に積極的に参画され、アクションプランに上げた課題の進捗確認を RC マネジメントシートで確認されています。また、役職者 3 名がチームを組んで、自己評価を行った 3 か所の施設や事業所の評価「事業所評価／調査項目 42」を実施しています。年 1 回の提供サービスの自己評価/他者評価と 3 年に 1 回の第三者評価受診により提供サービスの向上につなげています。
-----------------------------	---

特に改善が望まれる点とその理由（※）	●利用者満足度の把握 毎年利用者・家族等に利用者満足度調査を実施し、結果をレーダーチャートで前年度、前々年度結果と比較をしています。コロナ禍で家族が返答できない箇所があり、信憑性が不確かなグラフとなっています。また、年度ごとの比較もしにくくなっています。設問項目の再考を必要としています。今年も年内中に実施予定です。
具体的なアドバイス	利用者満足度調査を今年も年内中に実施予定であり、質問項目の検討をお願いします。

※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	京都府第2670900022
事業所名	洛和ヴィラ桃山
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・通所介護・訪問介護・居宅介護支援・訪問看護
訪問調査実施日	令和4年11月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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思決定を行い、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. 洛和ヘルスケアシステムの理念とコーポレートスローガンに基づき、介護事業部「No.1方針」と令和4年度目標を定めている。理念とスローガンをホームページや法人の広報誌「RAKUWA」等に掲載している。法人および介護事業部の傘下の洛和ヴィラ桃山は2つの目標『利用者一人一人を大切に。やりがいのある職場づくり』を掲げ、洛和ヴィラ桃山の広報誌等に掲載している。ヴィラ桃山の各部署・各ユニットそれぞれがアクションプランを策定し、介護事業部と一体的にPDCAサイクルで機能している。洛和ヴィラ桃山は複合施設として、2つの施設サービス（特養・障害者）と5つの在宅サービス事業所（短期入所生活介護・通所介護・訪問介護・居宅介護支援・訪問看護）がある。高齢者特養は3つのユニットに分かれている。 2. 職員が各種の委員会と会議の適所に参画し、アクションプランに上げた課題を検討・評価している。法人は、働きやすい・働きがいのある職場を築くことを目標に、職員一人一人にその職務に応じて権限を与えている。意思決定を公正公平なプロセスで行い、組織としての透明性を確保している。		
(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質の向上に向けた課題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	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設定に取り組んでいる。	A	A
		(評価機関コメント)		3. 4. 法人理念・運営方針、中長期計画、介護事業部の事業方針、活動計画（アクションプラン）（業績・質＜運営＞・職員満足・教育・感染）に基づき、各部署・各ユニットそれぞれが活動計画を策定している。業務レベルの課題とともに毎月、RCマネジメントシートを活用して進捗状況と達成度を確認している。各課題を3段階で評価・分析し、次月の活動計画に繋げている。各部署・各ユニット・各業務レベルの活動計画は介護事業部と共有し、上部組織の指導や助言、支援がある。		

(5) 管理者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)		5. 職員は就業規則や事業の運営に関する関係法令や各種のマニュアルをPC内で必要時に確認することが出来る。職員による行政主導の「自己点検」と社内独自の「事業所評価」、法人本部による「社内監査」、公認会計士による「会計監査」等を実施している。年度の活動計画の「法令遵守」に基づき、各部署・各ユニットが課題をあげ、毎月PDCAサイクルで検証している 6. 組織図・職務分掌・各種の規定・各種の委員会や会議の議事録等で施設長の役割を確認することができる。施設内の委員会や会議に出席し、職員に諸々の決定事項を周知している。毎年社内ネットワークで行う「職員やりがいアンケート」に上長のリーダーシップのあり方について質問している。 7. 施設長は施設内で通常業務を行っているため、業務日誌・各種の報告書などで直接管理している。随時、施設内をラウンドし利用者と職員に触れることで事業の実態を把握している。昼夜問わず事故や緊急事態の発生には携帯電話の所持で常に連絡がつく体制となっている。		

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	
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. 人材の確保や育成は介護事業部の採用教育課が担っている。法人のホームページや他の媒体で職員を募り、無資格者も採用後の初任者研修の受講を推奨している。また、新任者研修制度やキャリアパス制度、資格取得支援制度、奨学金制度等で福祉・介護の専門職を育成している。職員の多様性を認め、他国籍の人や障がいのある人も採用している。職員の教育育成には、介護事業部の「介護教育センター」が担っている。 9. 採用時研修とキャリアパス研修で職員一人一人が段階的に必要な知識や技術を身につけている。OJTにプリセプティ・プリセプター制度を導入し、職員各自の教育目的・目標を定め、毎月、学習の進捗状況と達成度を確認している。新卒者の教育は5泊6日の合同研修（法人全体）後、5日間の採用時研修、3日間の看護師・理学療法士・介護福祉士による研修（e-ラーニング）を修了後、現場に配属される。プリセプターは毎月、OJTの実施指導者会議に参画している。他に、全職員に対して、年2回「力量評価/99項目」を実施している。研修は全て業務扱いである。 10. 実習生受け入れマニュアルに基づいて、介護福祉士・看護師・歯科衛生士・介護等体験・チャレンジ体験を受け入れている。コロナの影響で依頼が途絶えていたが、本年度から受け入れの依頼に応じている。外部研修修了の実習指導者3名を配置している。			
(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. 利用者の心身の状態は、介護度4以上で認知症のある人が多く、見守り支援システム「眠りSCAN」を導入し利用者の安全性と介護負担の軽減を図っている。利用者や家族等の意向を受け、常勤の医師を迎え、看護師・介護士・栄養士・リハビリ職等が施設で「看取りケア」を行っている。「職員やりがいアンケート」の結果を踏まえ、介護事業部とともに労働環境の改善に取り組んでいる。 12. 職員のメンタルヘルスの取り組みでは、介護事業部人事採用課に配置した臨床心理士が施設に出向き、業務上の悩み事などの相談や要請に応じている。また、外部に専門家による相談窓口も設置している。職員は、各ユニットに設置した畳敷きの小上がりでゆっくりと身体を伸ばして休めることができる。ハラスメントに関する規定を定め、介護事業部に設置した相談窓口で対応している。「リロクラブ」に加入し、さらに法人独自の様々な制度で福利厚生を充実させている。互助会でスポーツクラブを支援している。			
(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. 14. 年2回、近隣の保育園開催の行事に参加し、園児が花を届けてくれる等、園児達との交流を深めている。UR都市機構と共同し、近くの団地の住民と交流している。福祉用具の専門職や介護職員、ケアマネジャー等が講師となり、フレイル予防・健康体操、夏バテ予防の食事方法、介護保険について等をテーマに「ラクトレ教室」を毎月開催し、好評である。3年ぶりに開催した「洛和メディカルフェスティバル」の特設コーナーで、ケアマネと看護師が健康相談に応じ、また、「介護の日」のイベントで富山県内の介護事業所の実践者による講演会を開催している。コロナ禍で自粛していた地域に向けた取り組みを徐々に開催している。			

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
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、重要事項説明書、法人の広報誌「RAKUWA」、施設の広報誌やパンフレット等で、サービス選択に必要な情報を提供している。玄関ホールに運営規定や重要事項説明書等を掲示し、様々な行政や地域の情報誌等を置いている。施設サービスの問い合わせは電話や訪問する等に対応し、入居希望者には施設内の相談室で相談に応じている。施設の見学にも随時対応している。			
(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. 契約時にはサービス内容等を契約書や重要事項説明書、料金表等で説明し、利用者・家族の同意・署名を得ている。成年後見制度等の権利擁護に関わる内容は成年後見制度のパンフレット等を準備し、圏域の地域包括支援センターや法人の居宅支援事業所等と連携し、アセスメントの段階から支援している。在宅サービスでは、定期的な訪問とサービス担当者会議に出席（または開催）利用者・家族等に必要な情報を提供している。			
(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	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. アセスメントは介護記録ソフトの様式を活用し、入退院等の状態変化等、利用者一人一人のその時々ニーズ(心身の状況や生活状況)を踏まえた上で実施している。状態が落ち着いている利用者は長期目標を6か月、モニタリング(計画の見直し)を3か月定期で実施している。 18. 個別援助計画は、サービス担当者会議、電話や日々の会話等から本人や家族の意向を把握し、具体的に自立支援の視点で立てている。サービス担当者会議には可能な限り本人・家族等の参加をすすめる、本人・家族等の希望を尊重している。在宅サービスにおいても、サービス担当者会議に参加し、利用者・家族の意向について関係者間で情報交換している。 19. 個別援助計画書の作成にあたり、サービス担当者会議には看護師、理学療法士、介護士、管理栄養士、介護支援専門員等、多職種が必要に応じて出席している。見直しにあたり、主治医・看護師・歯科医・言語聴覚士・理学療法士等が、サービス担当者会議やカンファレンス等で情報交換を行っている。			

(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. 利用者の入退院時には医療機関と連携し支援体制を確保している。退院後は処方箋や処置内容、生活面での留意事項等を確認している。在宅サービスにおいても、入退院時には医療機関の関係者や主治医、圏域の地域包括支援センター・行政関係者・関係団体・組織等とネットワークを構築し地域生活への復帰がスムーズに行くように努めている。		
(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。	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. 法人共通マニュアルは介護事業部で管理している。年1回の見直しに定期的または必要に応じて報告される事故や苦情等を反映している。施設独自の取り組みとして、検証チームで各種のマニュアルの作成と定期的見直しを行っている。 23. 介護記録ソフトを活用し、個別援助計画に基づくサービス提供の実施内容を明確に記録している。個人情報保護の研修を実施し、伝達研修を運営会議やユニットミーティング等で実施している。伝達研修の報告書は研修で得た参加者の気づきや学びを今後活かせるような記載方法となっている。 24. 朝、昼、夜3回の申し送りでその日の利用者の状況を口頭で報告し、職員間で情報を共有している。介護記録ソフトの記録で利用者の状況を職員誰もが把握し、担当者が不在であっても対応可能となるようにしている。 25. 感染予防のため、制限がある中でも面会を利用者の状況に応じて窓越しや陰圧室で行っている。面会は必ず職員が付き添い、家族等に日々の利用者の様子を伝えてい る。施設入居の家族等には毎月、利用者の様子を写真に一言メッセージを添えて知らせている。		

(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. オンラインで感染予防委員会を毎月また必要に応じて開催している。伝達研修は申し送りやフロアミーティングで行い、全職員に周知している。マニュアルに沿って、個人用防護具(PPE)の着脱方法等の実施訓練を行っている。1時間ごとに全館アナウンスで施設内の換気と、ゴーグル・マスクの着用を注意喚起している。感染が疑われた場合、介護事業部の看護部が直接ゾーニング等の指導をし、また、定期的に施設をラウンドし職員に注意喚起と指導を行っている。マニュアルは都度、最新のものに更新している。 27. 事業所内は清掃が行き届き、清潔に保たれている。廊下等の共用部分は業者が毎日、居室部分は職員が週2回清掃している。また、介護職員が手すりやドアノブの消毒を1日2回行っている。月1回、産業医が施設をラウンドし課題を指摘している。頻回な換気や空気清浄機設置により施設・事業所内の空気の滞留を防いでいるため、臭気等への言及はなかった。冬季は加湿器設置により温・湿度のコントロールを行っている。		

(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. 緊急時・事故発生対応マニュアルを整備し、研修等で職員に周知している。採用時研修で消防署OBの職員が救急救命の研修を実施している。また、2年に1回、消防署と法人の救急救命士によるAEDの取扱いや救急救命の講習を行い、受講者に修了者証を与えている。「緊急時に関する研修」受講の職員がフロアミーティング等で伝達研修を行っている。緊急連絡網をパソコンのデスクトップや宿直日誌の冒頭に載せ、家族等の緊急連絡先とともにいつでも職員が確認出来るようにしている。交通安全に関しては従来の安全運転講習に加え、飲酒チェックも行っている。 29. レベル化した事故の発生状況をフロア会議で検証し、毎月RCマネジメントシートで、「インシデント・アクシデント分析」を行っている。レベル2の不適合事例や重大事故については医師や研修修了の安全対策担当者等をメンバーとした安全対策委員会やリスク事故委員会で原因分析や対策等を検討している。重大事故については介護事業部に一報し、行政に届け出ている。また、利用者のケアプランに挙げ、再発防止に取り組んでいる。 30. 年2回、防災訓練をマニュアルに沿って実施している。6月に消防署立ち合いのもとで火災と自然災害の防災訓練を行っている。今回はコロナ禍で利用者は参加していない。昼夜想定職員向けシミュレーション訓練を実施し、裏の川の氾濫に備え、上階への垂直避難の指導も受けている。有事の際には施設の発電機で3日分程度の必要電力はまかなえるようになっている。利用者数の水とアルファ米3日分等を備蓄している。洛和メディカルフェスティバルでアルファ米の紹介等をしている。地域の防災訓練に施設長が参加している。		

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
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)	31. 法人理念に基づき、事業所目標を「利用者一人一人を大切に。やりがいのある職場作り。」と定め、全職員の名札の裏に貼付している。運営規定に入居者の意志及び人格を尊重したサービスを提供することを明記している。職員は身体拘束廃止委員会の報告や人権・虐待・身体拘束の研修を受けている。 32. 接遇・入浴・排泄等のマニュアルにプライバシーへの配慮について触れ、不適切な事例をヒヤリハットや不適切事例としてRCマネジメントシートに挙げ検討会議で検証している。また、キャリアパス台帳のプライバシー保護の項で職員と上司双方による評価の合致が要件となっている。台帳へのセルフチェックが職員一人一人の人権に関する意識や行動を振り返る機会となっている。 33. 入所判定会議は、施設長・医師・看護師・相談員・介護責任者・ケアマネジャー・民生委員2名等を交えてを開催している。胃瘻・インスリン注射・バルーンカテーテル挿入等の医療的ケアが必要な利用者も状態安定していれば受け入れている。				
	(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)	34. 施設長が施設のラウンドで利用者の意見や苦情を聴き取り、職員が日頃聴取した意見や要望を「意見・苦情・要望シート」に記録している。案件により回答に時間を要する内容には、その旨を本人や家族等に説明している。面会の要望には感染対策を施した透明度の高い面会室を設置している。コロナ禍のため家族交流会等の開催による意見聴取は行えていない。 35. 意見箱を玄関や各階に設置している。利用者や家族等の意向はRCマネジメントシートに記載し、会議で検討している。意向には迅速に対応し、対応後は個人情報に配慮した上で玄関に貼りだしている。 36. 法人外の第三者に苦情を訴えることができ、連絡先を1階事務所の目につく所に貼り出している。重要事項説明書に明記し、契約時に利用者や家族に説明している。第三者や公的機関を経由した苦情例はない。行政の介護相談員派遣制度の活用はコロナ禍以前には行っていたが、今後の再開を依頼している。				

(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)		37. 毎年利用者・家族等に利用者満足度調査を実施している。結果をリーダーやミーティングで前年度、前々年度結果と比較をしている。コロナ禍により家族が返答できない箇所があり、信憑性が不確かなグラフとなっている。また、年度ごとの比較もしにくくなっているため、設問項目の再考が必要となっている。今年も年内中に実施予定である。アンケート結果は、例年、玄関及び各フロアに貼りだしている。食事については、利用者から意見や要望を聞き取り食事サービス提供委員会で残食を含め検討し委託業者と質の向上を図っている。 38. 月例のフロアミーティングや施設部門会議、ユニットリーダー会議等で、利用者満足度向上に向けて、職員からの提案を取り入れ、提供サービスや職場環境の改善等に努めている。京都市老人福祉施設協議会主催の各種のリモート研修に参加し、他施設と情報交換を行っている。 39. 法人の介護事業部の傘下の施設・事業所等の役職者3名がチームを組み、他の施設や事業所等を訪問し、42の調査項目をチェックしている。理念の周知や「職員は利用者と目線を合わせて話しているか」等の利用者の接遇等、具体的な項目を盛り込んでいる。評価項目は、他に、サービス・プライバシー・環境・法令遵守・質の向上等、多岐にわたっている。調査の集計結果を各施設や事業所にフィードバックし、それぞれの次年度のアクションプランや事業計画に反映する仕組みとなっている。第三者評価は3年に1回、定期的に受診している。		