

様式 7

アドバイス・レポート

令和 5 年 5 月 1 0 日

令和 4 年 8 月 1 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 地域密着型介護老人福祉施設 橘 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>(通番 1) 理念の周知と実践</p> <p>新たに作り替えた「新経営理念」を、名札の裏への携行、朝礼・終礼時の唱和、目につく場所への掲示など、さまざまな手法で周知・浸透を図っていました。さらには、全職員が輪番制で、理念に沿った思いや抱負を述べるなど、常に理念を意識しながら仕事に向き合うための、さまざまな取り組みを確認することができました。理念の共有は最も重要な事項であり、周知徹底して取り組んでいる姿勢に感銘を受けました。</p> <p>(通番 2 4) 職員間の情報共有</p> <p>法人として I C T 機器の積極的な導入を進めており、介護ソフト（ほのぼの）や、ビジネスチャット（チャットワーク）を活用し、タイムリーな情報共有に努めています。その結果、申し送りノートが不要になるなど、事業の効率化に繋がっていました。24時間シートも丁寧に作成されており、ケアプランに反映されていました。</p> <p>(通番 2 7) 事業所内の衛生管理等</p> <p>整理整頓が徹底できており、どこに何がどれだけあるのかが、一目瞭然でわかるようになっていました。ユニット内も清掃が行き届いており、臭気もありませんでした。そのためか、利用者は全体的に落ち着いて過ごされているように見受けられました。日頃から整理・整頓・清掃・清潔を心がけているからこそと高く評価します。</p>
-----------------	---

<p>特に改善が見込まれる点とその理由</p>	<p>(通番 2 3) サービス提供に係る記録と情報の保護 日々の記録は、介護ソフト（ほのぼの）を用いて、項目によって色分けするなど、後から見てもわかりやすいよう工夫されていました。一方で、個別支援計画の内容と連動した記録は確認できませんでした。また、今年度に関しては、個人情報保護にかかる研修の実施記録が確認できませんでした。</p> <p>(通番 3 5) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情相談窓口が設置されており施設の玄関にも分かりやすく掲示されていました。利用者からの意見・要望等については担当職員が主に聞き取りを行い、パソコン（ほのぼの）のケース記録にて共有されていましたが、意見・要望等の改善状況について個人情報に配慮した公開の仕組みは確認することができませんでした。</p> <p>(通番 3 7) 利用者満足度の向上の取組み 職員が直接利用者の意見・要望・苦情などを聞き取る体制は取られているものの、利用者満足度に係るアンケート調査は実施されていませんでした。特に不満の声は聞かれないとのことでしたが、意見がないからこそ、積極的に拾っていく必要があると考えます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>地域密着型介護老人福祉施設 橘 は、社会福祉法人福知山学園が平成24年2月、福知山市三和町に開設した施設で、入居定員29名、短期入所10名、計39名に対し4ユニットで運営されています。令和3年には経営理念を「新経営理念」として一新し、さまざまな取り組みによって浸透を図っています。この「新経営理念」をベースとし、50年後を見据えた長期計画「NEXT50」に基づき、毎年、事業運営重要課題行動計画（アクションプラン）を作成し、その進捗を四半期ごとに振り返り、適宜見直すなど、組織的な経営・運営をされています。</p> <p>福祉DXは介護業界全体の課題ですが、ICT機器の積極的な導入により、働きやすい職場づくりに努めています。手厚い職員研修やチャットワークを活用したこまめな情報共有、さらには職員サーベイや組織活性化プログラムを実施し、必要に応じ適宜介入することによって、結果的に質の高いサービスへと繋げています。</p> <p>このような取り組みをさらに進化させ、地域になくてはならない施設として、今後ますます発展されることを期待します。</p> <p>以下、具体的なアドバイスについて記載します。</p> <p>(通番 2 3) サービス提供に係る記録と情報の保護 日々の記録の中に、個別支援計画の内容を反映し、「ケアプラン」などの項目で括ることで、ソートを掛ければモニタリングも容易になりますし、職員業務のさらなる負担軽減、効率化に繋がると考えられます。また、日頃から個別支援計画を意識したケアの提供にも繋がりますので、検討されてはいかがでしょうか。</p>

	<p>(通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者からの意見・要望・苦情等の聞き取りや、その情報を共有する仕組みはありますが、個人情報に配慮した改善状況の公開については、確認することができませんでした。聞き取った情報に対してどのように対応したかを公表することは、利用者、家族の安心と信頼につながると考えます。広報誌発行の機会や家族への手紙を送付する機会等と併せて改善状況等の公開の工夫を検討されては如何でしょうか。</p> <p>(通番 37) 利用者満足度の向上の取組み 組織活性化プログラムや職員サーベイなど、職員の意見をくみ取る仕組みと同様に利用者に対してもアンケート調査をはじめ、無記名でも回答できる調査を検討されてはいかがでしょうか。</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	2692600154
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設 橘
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	指定短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	2023年3月6日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク 一期一会

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) 令和3年度に改定した「新経営理念」を、ホームページへの掲載や、名札の裏に携行、朝礼・終礼時の唱和、職員や利用者が目につくところに掲示するなど浸透を図っている。毎週月曜日には「新経営理念」に沿った思いや抱負などを、全職員が輪番制でチャットワークに掲載し、理解を深めている。家族には、手紙などを用いて周知を図っている。 2) 理事会・評議員会を半期ごとに開催している。法人内・施設内での各種会議や委員会が開催され、法人の意向と現場の意見のすり合わせが行われている。「法人事業管理体制」、「組織図」、「管理体制図」において、組織構成が明確にされている。全職員に配布されている「組織・人事制度ハンドブック」に、役割・等級に応じた責任と権限が明記されている（等級フレーム）。			
(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) 法人において、50年先を見越した長期計画（NEXT50）、中期計画（FUKUGAKUバリューアッププラン）が策定されており、その実行計画として単年度の重要課題行動計画（アクションプラン）が定められている。リーダー会議やサービス向上委員会で四半期ごとに振り返り、評価している。Googleフォームによる意見箱を活用し、職員の意見を収集しながら、改善策に反映させている。 4) 事業運営重要課題行動計画（アクションプラン）を作成し、各業務レベルの課題を設定している。計画は四半期ごとに進捗状況を確認し、必要な見直しが行われている。			
(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。	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) 施設長は京都府や福知山市主催の集団指導に出席したり、WAM-NETを確認するなどして、遵守すべき法令についての情報を収集している。法令はチャットワークに格納されており、タブレットやスマートフォンから確認することができる。また、QRコードで表示し、すぐに調べられるようになっており、全職員に周知されている。 6) 施設長の役割と責任は、「等級フレーム」に明記されている。施設長は、朝礼・終礼やリーダー会議、サービス向上委員会等さまざまな場面で意見を述べている。人事考課ヒアリングに加え、年2回の施設長ヒアリング、本部からの定期的なヒアリングなどが行われている。組織活性化プログラムや職員サーベイの実施により、施設長の行動が客観的な指標を用いて評価される仕組みとなっている。 7) 役職者は業務用携帯を貸与されており、緊急時にも連絡がつき、適宜指示を仰ぐ体制ができています。毎日介護ソフト（ほのぼの）の記録を確認し、状況を把握している。全職員がチャットワークに登録しており、情報の共有がスムーズに行われている。			

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) 「組織・人事制度ハンドブック」に、「求める人材像」が明記されている。サービス提供体制強化加算取得の関係から、常勤比率や有資格者比率は毎月確認しており、有資格者はほぼ100%となっている。法人本部の人事部主導で採用活動を行っており、職員紹介や実習生が採用ルートとしては多い。実務者研修やユニットリーダー研修にも積極的に職員を派遣するなど、スキルアップ、キャリアアップ支援に努めている。 9) 年間研修計画が立てられており、進捗状況は書面で確認している。オンラインの研修動画を勤務時間内に視聴し、確認テストの回答率を管理者画面でチェックしている。等級に応じた外部研修の派遣や、各種委員会主催の勉強会（たとえばトランスファーなど）を開催するなど、職員の学びを深めるさまざまな取り組みが行われている。新人職員に対してはチューター制度を実施し、育成マニュアルに基づき、「ステップアップシート」を用いて育成に努めている。 10) 「実習生受け入れマニュアル」に、基本姿勢や必要事項が明記されている。スケールメリットを活かし、法人内の実習指導者同士で意見交換会を実施したり、他施設のカンファレンスをオンラインで繋ぐなど、さまざまな工夫で質の高い実習を行っている。			
	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) 勤怠管理システム（「キング・オブ・タイム」）を導入することによって、労務データを一元管理し、人事部がモニタリングすることによって、年休取得の偏りや、超過勤務の増加等について、早めの原因分析と対策が取られる仕組みが構築されている。全居室に見守りシステムを導入するなどのICT機器の積極的活用や、各ユニットへのリフト浴の設置など、職員の負担軽減に努めている。男性職員の育児休業取得実績もあり、ライフスタイルにあわせて柔軟に労働環境を見直す姿勢がある。 12) 全職員対象のストレスチェックアンケートや、集合型のメンタルヘルス研修の実施など、メンタルヘルス維持のためのさまざまな取り組みを行っている。人事部のサポートセンターがハラスメント等の相談窓口となっている。福利厚生の一環で、直近では宝くじ抽選会を実施した。			
(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	B	
	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「すいこう」の配布や、ホームページを通じた情報公開を行っている。情報の公表制度に関する周知の状況は確認できなかった。地域行事等があれば施設内で周知し、適宜参加を促している。運営推進委員会を2ヶ月に1回開催し、地域の方々からの意見に耳を傾け、良好な関係性づくりに努めている。 14) 福知山民間社会福祉施設連絡協議会による「介護・福祉人材センター」設置に施設長が関わり、現在も継続して企画委員として参画している。また、地域の小中学校へ「福祉の仕事について」の講師を派遣している。			

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) 施設パンフレットやホームページで施設の情報を提供している。施設見学等はコロナ禍のため、施設内には入ってもらえないが、玄関ホールから見てもらう等で随時、個別に対応している。			
(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) 重要事項説明書により、サービス内容を説明している。ホームページに入居者の様子等を写真を掲載して情報発信しているため、写真掲載の可否についても同意書で確認している。介護保険制度改正ごとに、説明資料を配布し同意を得ている。入居前から成年後見制度を利用されている方は後見人等と契約を結んでいる。			
(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。	B	B	
	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。	B	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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		17) 介護ソフトを活用し、要介護認定の更新や変更時にアセスメントを行い、課題分析総括表を作成している。個別援助計画見直し時のアセスメントは実施できていなかった。身体状況の変化が顕著な時は嘱託医が直接家族に連絡する等で説明を行い、情報共有している。 18) 個別援助計画には本人のできる事を取り入れた具体的な目標が設定されている。コロナ禍になってからはサービス担当者会議前にケアマネジャーやユニットリーダー等が家族や本人の意向を聞き取り、代弁するようにしている。計画の内容は家族へ説明し、同意を得ている。 19) 個別援助計画は、ユニット会議の中でサービス担当者会議の時間を作り、看護師やケアマネジャー、栄養士等各専門職の意見、聞き取った本人・家族の希望や意向等を集約して作成している。 20) 介護ソフト（ほのぼの）を活用して3カ月毎にモニタリングを行い、本人の状態の変化の有無等を確認している。施設ケアマネジャー業務の手順書の中に、計画を変更する基準等が定められ、急変時には嘱託医や各専門職と連携し、家族とも協議し、区分変更を行い、計画書の見直しを行っている。			
(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) 週に1回嘱託医の往診があり、看護師を通じて連携している。利用者が入退院する場合は、病院の地域連携室のMSWと連携し、ムンテラにはケアマネが看護師が出席するようにしている。今年度から法人内リハビリセンターのPTの訪問があり、リハビリやトランスファー等の相談ができる体制となった。これにより、専門的な指導を受けることができるようになり、個別援助計画所に反映することができている。			

(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。	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)		22) 業務手順書、各種マニュアルを整備している。必要に応じて、リーダー会議やサービス向上ミーティングで変更を検討し、年に1回は見直しをしている。 23) 日々の利用者の状態は介護ソフト（ほのぼの）を活用して記録している。項目によって色分けをする等、見やすくする工夫をしているが、個別援助計画と連動した記録は確認できなかった。個人情報取り扱いマニュアルを整備し、記録等を管理しているが、今年度は職員を対象とした研修は確認できなかった。 24) 早出・遅出・夜勤出勤時に申し送りを行っている。介護ソフトのケース記録の他、利用者に変化があった場合等、特に申し送りが必要な情報はチャットワークを活用することで、常に全体共有できている。ユニット会議には、ケアマネや看護師等の専門職も可能な限り出席し、チームケアに繋がっている。 25) コロナ禍以降、ZOOM面会を中心に状況を見ながらガラス越し面会等を実施している。毎月請求書を送付する際に、行事や生活の様子の写真を多用したお便りを個別に作成し同封している。		
(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	B
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) 定期的に感染委員会を開催し、コロナ感染対策、ゾーニング、PPE等のマニュアルを作成している。看護師が各ユニットにおいてPPEの基本的な扱い方を指導しているが、コロナ以外の他の感染症マニュアルが見直された記録は確認できなかった。 27) スタッフルームやフロアだけでなく備品庫においても整理整頓されていることを確認した。ユニット内や外回り、共用部等に清掃を担当するエリアを分けて介護職員も含めた施設職員が施設内の衛生管理を行っている。各ユニットには空間除菌脱臭機が設置されており、特に臭気は感じなかった。外部業者に委託して貯水槽点検・厨房害虫駆除を毎年実施している。		
(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) 緊急時対応マニュアルや緊急連絡網が整備されている。不審者対策としてココセコムを契約しており、利用者及び職員の安全に繋げている。事故・緊急時の研修を年1回実施しており、実践的な訓練として年1回消防署でのAED訓練にも参加している。 29) 法人RM（リスクマネジメント）委員会（月1回）、施設内危機管理委員会（月1回）を設置し、ヒヤリハット、インシデント等について報告を行い、委員会で事故防止に向けた目標を立てるなどして事故の再発防止に努めている。また、年2回全職員を対象にアンケート（「事故防止チェックリスト」）を実施し、リスク予防の意識を高める取り組みを行っている。ヒヤリハットやインシデントはPC（ほのぼの）上に残すことで、施設全体で共有している。府や市に報告が必要な事故等については速やかに行政に報告書を提出している。 30) 福知山市の合同避難訓練に参加し、要介護者の避難を想定した訓練を行っている。施設としても福祉避難所の指定を受けており、地域の方の避難所にもなっている。地震を想定した法人BCP訓練を毎年実施しており、夜間想定避難訓練も計画している。災害時備蓄については非常食を3日分準備しており、使用する時には誰が見ても分かりやすいように整理し置かれている。		

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) 法人人権委員会（毎月）や施設内身体拘束廃止委員会（3ヶ月毎）を開催し、日々の業務の振り返りや検討をする仕組みがある。また、「虐待防止自己チェックシート」を用いて不適切ケアについて職員の気付きの機会としている。毎月「人権目標」を作成しており、Googleフォームを活用して意見集約し改善に向けた取り組みを実施している。身体拘束廃止委員会が中心となり、年1回施設内での研修会を実施している。 32) 新任職員研修でプライバシー保護に関する研修を実施し、施設内研修においても「不適切ケア等」についてグループワークを実施されている。法人の全職員を対象に「人権チェックシート」を年2回実施する等してプライバシー保護に関しての意識付けを行っている。 33) 入居申込者については、判断基準シートを基に毎月入居判定委員会を開催し、公平・公正に利用者を決定している。攻撃性が高いことで受入れが難しいケースにおいては精神科につなぐ等、申し込みを受けられない場合の対応も行っている。		
(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	B
		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)		34) 入居のタイミングで担当職員が24時間シートを作成し、利用者の意向や要望を聞き取っている。聞き取った情報は毎月のユニット会議の場で共有・更新を行っており、関わりの見直しや統一を図っている。利用者の要望については、担当の職員を決めて日々の関わりの中で聞き取り対応している。 35) 苦情相談窓口が設置されており、施設の玄関にも分かりやすく掲示されていた。また、苦情解決に関する規程についても整備している。利用者からの意見・要望等についてはPC（ほのぼの）のケース記録にて共有されているが、個人情報に配慮した公開の仕組みは確認することができなかった。 36) 行政機関等の相談窓口及び第三者委員（地域の有識者2名）を設置し、重要事項説明書に記載するだけでなく、施設の玄関にも掲示して周知している。コロナウイルス感染対策の関係で介護相談員の受入れはストップしていたが、利用者等からの意見を組み取る仕組みとしてあることが確認できた。		
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		37) 利用者満足度については、利用者ごとの担当職員が要望等を聞き取る仕組みはあるものの、満足度調査は行われていなかった。 38) 施設長、副施設長、課長、ユニットリーダーが参加するサービス向上ミーティングを月1回開催しており、そこでの検討内容は各ユニット会議で共有し、組織的にサービスの改善に取り組んでいる。会議に参加出来なかった職員に対しては、チャットワークで情報を共有している。市連協に参加する中で他施設の取り組みについて情報収集し、自施設の取り組みの参考にしている。 39) サービス向上ミーティングにてサービスの質等の分析・検討を行い、課題等を共有した上で次年度計画に反映する仕組みを確認することができた。事業所が提供しているサービスの体制、内容、質等についての「自己評価」の実施が確認できなかった。		