

アドバイス・レポート

令和6年 1月21日

令和5年5月16日付けで第三者評価の実施を支援機構にお申込みいただいた（特別養護老人ホームみわの里）につきまして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お役立てください。

記

<p>特に良かった点とその理由 (※) □</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●組織の理念の周知と実践（通番1） 法人理念に「～思いをかたちに～」、介護支援の理念に4つの項目を掲げ、ホームページ、パンフレット、広報誌/季刊誌「季(とき)の音～みわ～」、10周年記念誌等に掲載し、ホーム内（玄関・書くユニット等）に掲示しています。また、法人の5つの部署（特別養護老人ホーム・デイサービスセンター・居宅介護支援センター・訪問看護ステーション・グループホーム）それぞれが年度初めに理念の実現に向けた課題と達成すべき具体的な結果（目標）を定め、年4回、振り返り（評価）を実施しています。本人および家族等にはサービス利用開始時と年1回開催の家族会で周知しています。 ●管理者による状況把握（通番6） 組織の運営にトップダウン型をよしとせず、ボトムアップ型を取り入れています。各部署の長や現場のリーダーに権限を移譲し、事業の運営に現場職員の意向を重視しています。年2回、上長による職員個人面談を行い、「個人目標シート」と「職員アンケート/職員意向調査表」をもとに両方で経営の改善・業務の実効性を図っています。職員誰でも希望すれば法人幹部と面談することができ、また、法人の運営会議や特養スタッフ会議に現場の主たるリーダーが参画しています。特養の介護課題の設定等を室長・各主任・生活相談員・ケアマネ・ユニットリーダー等で行っています。 ●計画的な人材育成と組織的な研修OJTの実施（通番8 通番9 通番10） 「職階別人材育成計画兼能力考課シート」に、職員に対して「求められる能力」を階層別（管理者・リーダー・新入職員）に明示し、人材育成指針および京都府福祉人材認証制度の研修体系に沿って実践しています。また、人材育成計画・職員研修にOff-JT・OJT・SDSを取り入れています。「新入職員育成マニュアル」を基に新入職員育成計画会議でプリセプター・アドバイザーの配置や職員一人一人の目標決定等を協議しています。また、新入職員OJT計画書と実施後の振り返り日誌をもとに、新入職員一人一人の育成教育を実施しています。定期開催の「介護技術勉強会」で職員自らが講師となり実施しています。 ●意見・要望・苦情への対応（通番39 通番40） 「苦情解決規定」「苦情解決マニュアル」「苦情処理対応マニュアル」に基づき「苦情解決委員会」に地域の民生委員が参画しています。苦情箱を設置し、また、全ての利用者を対象に利用者満足度調査を実施し、集計結果（回収率80%強）を家族等にフィードバックするとともに広報誌「季の音」で公開しています。「福祉サービスにおける苦情解決～なぜ苦情解決に取り組むのか～」と題して、苦情解決委員会で管理者が説明しています。
-------------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●制度改正時や見直しの必要性のある時はその都度改訂していますが全てのマニュアルの見直しを定期的に行っていない。プライバシー保護マニュアルが個人情報保護マニュアルに包括されています。 ●「プライバシー保護の規定やマニュアル等」のプライバシー保護の定義に沿った規定やマニュアルが不整備でした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●業務マニュアルの定期的な見直し（通番25） 制度改正時や必要性のある時はその都度、見直し・改定されています。全てのマニュアルを定期的にチェックされることを望みます。見直しを次年度の計画に盛り込み、実施されることを望みます。 ●プライバシー保護の規程・マニュアル（通番37） 排泄マニュアルに利用者のプライバシーや羞恥心に関する留意点を盛り込んでおられます。高齢者虐待防止委員会・身体拘束廃止委員会・個人情報保護委員会等でそれぞれのマニュアルに基づき不適切ケアに関する内容を検討されています。プライバシー独自の保護規定およびマニュアルの策定が望まれます。

※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)

評価結果対比シート

特に良かった点とその理由
(※)

事業所番号	2671900252
事業所名	特別養護老人ホームみわの里
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)	ショートステイみわの里 グループホームすこやかなの家 デイサービスみわの里
訪問調査実施日	令和5年12月4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. 法人理念に「～思いをかたちに～」を、介護支援の理念に4つの項目を掲げ、ホームページ・パンフレット・広報誌/季刊誌「季(とき)の音～みわ～」・10周年記念誌等に掲載し、ホーム内（玄関・各ユニット等）に掲示している。また、法人の5つの部署（特別養護老人ホーム・デイサービスセンター・居宅介護支援センター・訪問看護ステーション・グループホーム）それぞれが、年度初めに理念の実現に向けた課題と達成すべき具体的な結果（目標）を定め、年4回、振り返り（評価）を実施している。サービス利用開始時と年1回開催の家族会で本人および家族等に周知している。 2. 理事会（年3回開催）で審議決定した事業報告・中間報告・事業実績報告を職員に開示している。各種の会議および委員会を設置し、合議構成および指揮命令系統（組織図・決済手順等）を明記した一覧表を職員全員に配布している。組織としての透明性を確保し、施設的环境委員会や介護技術勉強会等を担当職員が直接運営（権限移譲）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把握と目標の設定	4		各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 法人の各部署で現状の課題分析と利用者満足度調査の結果を踏まえ、法人理念・事業方針に沿った次年度の法人の事業計画を策定している。事業計画に現場職員の意向を取り入れ、利用者本人・家族等にホームページや会議等で周知している。 4. 法人の事業計画に基づいて特養を含む各部署が年度目標を定めている。四半期ごとに事業方針・事業計画と照合し、目標の達成状況を評価している。評価者を役割分担する等、法人の全職員が目標の達成に取り組んでいる。		

(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。	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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. 事業運営に関する法令等は法人事務局・管理者層・総務課庶務係が把握している。事務所に法令集を設置し職員研修（法定研修）等で職員への周知徹底を図っている。各種の会議および委員会で法令遵守に基づく様々な取り決めを協議している。</p> <p>6. 組織運営にトップダウン型を良しとせず、ボトムアップ型を取り入れ、現場職員の意向を反映している。あえて職員の評価等に人事考課制度を導入していない。各部署の長や現場のリーダーに権限移譲し、事業の運営に現場職員の意向を重視している。年2回、上長による職員個人面談を行い、「個人目標シート」と「職員アンケート/職員意向調査表」をもとに両方で経営の改善・業務の実効性を図っている。職員は希望すれば法人幹部と面談することができる。法人の運営会議や特養スタッフ会議に現場の主たるリーダーが参画している。特養の介護課題の設定等を室長・各主任・生活相談員・ケアマネ・ユニットリーダー等で行っている。</p> <p>7. 特養の運営管理者不在時の執務を各部署の長が代行している。夜間帯の医療的課題は看護師がオンコールで対応している。看護・介護職員全員が介護ソフト「ほのぼの」で利用者の様々な情報を共有している。相談室長が特養の引継ぎ(夕礼)に出席し、介護現場の状況を把握している。BCP（事業継続計画）は作成中である。</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						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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. 9. 「職階別人材育成計画兼能力考課シート」に、職員に対して「求められる能力」を階層別（管理者・リーダー・新入職員）に明示し、人材育成指針および京都府福祉人材認証制度の研修体系に沿って実践している。人材育成計画に基づいて、職員研修にOff-JT・OJT・SDSを取り入れている。 10. 「新入職員育成マニュアル」を作成している。新入職員育成計画会議でプリセプター・アドバイザーの配置や職員一人一人の目標決定等を協議している。また、新入職員OJT計画書と実施後の振り返り日誌をもとに、新入職員一人一人の育成教育を実施している。定期開催の「介護技術勉強会」は職員自らが講師となり実施している。 11. 「介護実習初任者等研修受け入れマニュアル」に基づいて、介護実習生を受け入れている。また、社会福祉協議会の福祉体験や三和学園（中学）の職場体験、高校の介護実習等を受け入れている。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分に休むことができ、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)		12. 安全衛生委員会が中心となって、職員の有給取得や時間外労働の実態をグラフで表し、業務改善と効率化を図り職員の労働環境の改善（有給休暇の取得や時間外労働、ワークライフバランスの配慮等）に取り組んでいる。パワーハラスメント防止規定を定めている。スライディングボードや眠りリスク等を活用し、利用者の入浴時の安全や夜間の安眠を図り、介護負担の軽減につなげている。 13. ストレスチェック制度を導入している。職場環境の改善を目指し、必要に応じて産業医との個別面談を行っている。家族室を職員休憩室に開放し、職員はゆったりとした空間で休息を取っている。		

(3) 地域との交流

地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>14. 季刊誌「季の音」を地域の関係機関や団体、利用者家族等、地域住民（全戸1000件）に配布し、法人およびホームの活動状況を広く地域に開示している。ホームページ・インスタグラム・パンフレット等を活用し情報発信力を高めている。認知症カフェや認知症サポーター養成講座を開催している。また、住民の要望に応え、地域の会合で出前講座を実施している。他に、京都福祉戦カジョブパーク「介護福祉士養成講座」・京都府「認知症実践者研修」の講師を引き受けている。夏祭りや文化祭等で地域との交流を深めていたが現在はコロナの影響で休止中である。</p> <p>15. ボランティアの受け入れ体制を整備している。（マニュアルの作成を本年度中に予定）。これまで受け入れていた地域の学校教育や体験教室の学習は、コロナの影響で本年度の依頼がないが、対応できる体制になっている。</p> <p>16. 法人に「地域貢献活動委員会」を設置している。地域の集会場で「認知症サポーター養成講座/年2回」や出前講座等を開設し、また、職員が認知症に関する寸劇を披露したりしている。認知症カフェの開設や介護相談員派遣制度の活用はコロナの影響で現在、休止中である。再開の意思はある。三和地域福祉推進協議会や三和地域協議会生活基礎部会等に職員が委員として参画している。</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	17	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)		17. ホームの様々な情報をホームページや広報誌「季の音」、Instagram等で発信している。相談・見学などの希望には相談室の職員が随時対応し記録に留めている。日祝日も相談室に1名配置し利用者からの問い合わせに対応している。事業所の情報の公表(ファイル)をホームの玄関に掲示している。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	18	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)		18. 利用契約は相談員が主に対応している。難しい言葉を避けて説明し同意を得ている。現在、成年後見制度の利用者はいない。玄関に後見制度利用促進の公的な資料等を置いているが、地域包括支援センターに相談するまでには至っていない。介護保険外のサービスは行っていない。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	19	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	20	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	
	専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. 介護ソフトのアセスメントシート（23項目）を活用し、利用者一人一人の心身の状況と生活状況を踏まえたアセスメントを実施している。ホームでは概ね3か月に1回、グループホームでは毎月1回、見直しを実施している。利用者一人一人のADLに関するアセスメントを専門職（介護職員・機能訓練指導員・管理栄養士・看護師等）と連携し詳細に行っている。 20. 本人の意向は日々の対話で聴き取り、家族の意向は面会時や電話などで確認している。本人および家族等のニーズを取り入れた「サービスプラン」を作成し、サービス担当者会議などで内容を深めている。 21. サービス担当者会議を概ね6か月毎（看取り期は毎月）に開催し、個別援助計画書を多職種協働で作成している。主治医の意見は看護師が集約している。 22. モニタリングは概ね3か月毎に介護職員と介護支援専門員が協働で実施している。「評価基準」「計画変更基準」をマニュアルで定めている。			

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23. (医療的ニーズの支援は) 施設看護師が嘱託医および主治医と連携を図ることで医療ニーズに答えている。入院先の医師からの診療情報提供書および退院時カンファレンスで医療情報を共有している。退院時の看護サマリーを退院後の介護に役立てている。 24. 法人の事業所・施設外のサービスに移動の場合は、現在の情報を提供し、スムーズな移行に協力をしている。サービス提供終了後も家族等から近況報告や病状や介護相談等を受けた時は専門職等と連携し適切に対応している。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法(業務マニュアル)が整備され、スタッフに活用されている。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	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25. 制度改正時や見直しの必要性のある時はその都度改訂しているが、全てのマニュアルの見直しを定期的に行っていない。プライバシー保護マニュアルが個人情報保護マニュアルに包括されている。マニュアルの定期見直しを次年度計画に上げている。 26. 介護ソフトの利用者一人一人の支援経過(実施記録)を職員全員が共有している。 27. 全職員が個別援助計画および支援経過を介護ソフトで確認できる。職員は朝礼と夕礼で利用者の変化をタイムリーに把握し、また、緊急情報シートや緊急連絡リストを活用する等で迅速かつ適切な対応に繋げている。 28. 利用者の状況変化時(体調不良等)に随時家族等に連絡している。3か月毎にモニタリングで確認した利用者の状況等を個別援助計画の変更につなげ、家族等には面談で同意を得ている。また、年賀状や残暑見舞いなどで報告している。看取りの期間中は「看取り介護報告書」を家族等に毎月郵送している。入居時に「施設計画について希望される事項」を聴き取り、看取り期の支援等につなげている。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		29. 各種の「感染症対応マニュアル」を制定している。「感染防止委員会」で予防や対応策を検討し、職員研修で全職員に周知している。感染症のある利用者の受け入れは体制を整備するとともに個別に対応している。 30. 業務係が全館清掃を実施し実施記録を整備している。定期的な清掃はチェック表をもとにユニット職員が清掃している。感染のまん延防止・臭気対策に大型の空気清浄機(共有フロア)と加湿器(利用者の居室)を設置している。また、毎日(午前10時30分・午後1時30分)に音楽を流し、館内の換気を職員に周知している。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		31. 「事故防止マニュアル」「緊急時対応マニュアル」及び指示命令系統（マニュアル）に基づいて、毎年、職員研修と実施訓練を行なっている。「危機予知訓練」を定期的に実施している。 32. 「事故対応マニュアル」と「ヒヤリハットマニュアル」を基に事故の程度により保険者に報告している。隔月開催の「事故防止委員会」で事故発生の評価・分析と対策を検討し、月例の「管理運営会議」および各部署の「運営会議」でこれらの情報を事例報告として共有している。 33. 「防災マニュアル」および「消防計画書」を策定し、年2回、地域消防団と総合訓練・夜間想定訓練を行っている。職員および利用者100人分3食3日分を常備し、災害時に備え備蓄リスト表で管理している。福祉避難所の指定を受けている。 34. 感染症のBCPを策定し職員に研修で周知している。優先業務表を作成し、業務規準安全と命を守るための最低基準（出勤率30・50・70・90）%を定めている。その他、過重労働・メンタルヘルス対応、長時間労働・コミュニケーション・風評被害等に配慮した対応策を定めている。自然災害のBCPの策定は現在準備段階である。		

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	35	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
利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	B
利用者の決定方法	38	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>35. 36. 法人理念「思いをかたちに」を追求した介護の実践で利用者の人権や思想を尊重することを大切にしている。人権擁護(虐待防止・身体拘束禁止等)に関する職員研修(内部・外部)を回を重ねて実施している。隔月開催の虐待防止委員会で身体拘束および高齢者虐待防止マニュアルをもとに、日々の介護実践を振り返り不適切ケア(スピーチロック等)に対する意識を高めている。</p> <p>37. 「プライバシー保護の規定やマニュアル等」のプライバシー保護の定義に沿った規定やマニュアルが不整備であった。排泄マニュアルに利用者のプライバシーや羞恥心に関する留意点を盛り込んでいる。高齢者虐待防止委員会・身体拘束廃止委員会・個人情報保護委員会等でそれぞれのマニュアルに基づき不適切ケアに関する内容を検討している。</p> <p>38. 入所の優先順位等を定めた「入所指針」に沿って、嘱託医、入所検討委員会(看護師・相談員・総括リーダー・ケアマネ・施設長・介護部長)で検討している。医療依存度の高いケース等も医療関係者と検討を深め可能な範囲で受け入れている。</p>		

(2) 意見・要望・苦情の受付

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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>39. 40. 「苦情解決規定」「苦情解決マニュアル」「苦情処理対応マニュアル」に基づき「苦情解決委員会」を中心に利用者の意向に対応している。「苦情解決委員会」に地域の民生委員が参画している。苦情箱を設置し、全ての利用者を対象に利用者満足度調査を毎年実施している。集計結果(回収率80%強)を家族等にフィードバックするとともに広報誌「季の音」で公開している。「福祉サービスにおける苦情解決～なぜ苦情解決に取り組むのか～」と苦情解決委員会で管理者が説明している。2023・3・16</p> <p>41. 第三者および公的機関等の相談窓口を設置している。事業所内に掲示し重説や運営規程等に明記している。月1回、介護相談員を受け入れ、利用者とは手紙で相談できる機会を設けている。2023年度部署別事業計画評価表の現状の課題(総括)に上げている。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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)		42. 毎年、「利用者満足度調査」を実施し、運営管理者が評価・分析した結果と改善策を各部署会議で職員の総意で次年度の事業計画に反映させている。また、広報誌に掲載するとともに家族等に郵送している。 43. サービスの質の向上に係る検討会議・委員会を各種設置している。運営管理者を含む全ての職員が現状の課題と対応（問題点・原因・対応策）に取り組み、問題点（チームケアが弱い）・原因（技術に差がある）・対応策（職員の育成）を明確にしている。資料＜ソフト（サービス内容）・システム（組織運営）・ハード（設備等）＞のチェックを分担で行い課題を抽出している。また、全職員が各種の検討会議・委員会等の議事録で課題の把握と解決に向けた対応策を日常的に検討している。毎年3月、法人本部主催の学術集会や介護施設職員交流会（ホテル京都エミナス）を開催している。本年度の事例検討で「アニマルセラピーの癒し効果」を発表する予定である。 44. 部署毎に目標の進捗状況を定期的に評価し、年度末の総括評価（課題抽出）の結果を次年度の目標に繋げている。定期的（3年毎）に外部の第三者評価機関による評価を受けている。本年度は3回目である。		