

様式7

アドバイス・レポート

令和6年4月19日

令和6年2月9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満寿園 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

特に良かった点とその理由(※)	<p>1. 労働環境への配慮 有給休暇の取得は申請に基づき取得ができていることをヒアリングでも確認しました。職員の就業状況や意向は、考課者面談（年2回）や施設長面談で把握し、法人総務部で分析・検討していました。育児・介護休業の規程を整備し、ワークライフバランスに配慮して男性職員も育児休業を取得していました。職員の負担軽減の取り組みは、記録ソフトの使用とタブレットでの記録、眠りスキャン（体動を検出して睡眠状態を判定するセンサー）やインカム（職員間無線通信機器）を導入していました。</p> <p>2. 評価の実施と課題の明確化 介護マニュアルを簡略化し、支援に必要な基本的知識と注意点を1枚の用紙にまとめた「介護のヒント集」を全職員に配布していました。「介護のヒント集」は自己点検票にもなっており、職員は年1回振り返りができるようにしていました。その結果を集約し事業所の強みと弱みを明確にした上で課題を事業計画に反映していました。第三者評価は3年に1回受診していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 個別援助計画の見直し 毎月モニタリングを実施し、必要に応じて専門家の意見を聞いて施設サービス計画を見直していました。しかし、施設サービス計画を変更する基準を定めたものではありませんでした。</p> <p>2. 災害発生時の対応 災害発生時のマニュアルを整備し、食料品等の備蓄リストに基づき備蓄していました。しかし災害発生時の地域と連携を意識したマニュアルはありませんでした。</p> <p>3. 利用者の権利擁護 高齢者虐待防止や身体拘束禁止のマニュアルを整備していました。高齢者虐待（身体拘束）委員会は年6回開催し、多職種で構成していました。業務改善会議ではスピーチロックが議題に上がり、ユニット会議からの事例を検証していました。勉強会では事例に基づいたグループワークを実施していました。不適切ケアを未然に防止する対策をしていましたが、組織としての対応方法を定めていませんでした。</p>

	<p>4. 第三者への相談の機会の確保 第三者委員を3名設置し、年2回の苦情対応合同会議に参加していました。重要事項説明書とは別にフローチャート形式で外部の相談機関を記載したポスターを掲示していましたが、介護サービス相談員等の外部の人材の受け入れはできていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 個別援助計画の見直し 担当者が人事異動等で交代したのちも、適切なタイミングで施設サービス計画の見直しが行えるようにするためには、その根拠となる手順書等が必要となるのではないのでしょうか。現在の運用を確実に継続できるように、施設サービス計画作成に係る手順書を作成されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 災害発生時の対応 近隣の住民も少なく高齢化しているという状況があり、災害時の連携が難しいという状況があるようでした。災害時など緊急時には事業所職員だけの対応では十分ではないと思われます。法人の理念にも地域とのつながりを大切にして連携を深めることが明記されており、積極的な地域貢献にも取り組んでおられました。それらを踏まえ災害について地域住民と話し合う機会を設定し、共同で防災時の訓練をされるなど、できることから検討し取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 利用者の権利擁護 利用者の権利擁護について、業務改善会議での検討や高齢者虐待（身体拘束）委員会の取り組み、職員へのアンケートなど組織で十分な取り組みを行い、効果的に不適切ケアの予防に繋がり職員への虐待防止・身体拘束禁止等の意識作りができていました。そのため今実施されていることを明文化（不適切ケアと組織としての対応方法をマニュアル化）することで、さらなるサービスの向上につながるのではないのでしょうか。</p> <p>4. 第三者への相談の機会の確保 第三者委員の設置や満足度調査の実施、職員による聞き取りなど様々な方法で利用者の意見を聞き取っておられましたが、意見の言いにくい方や職員には直接言いにくい場合もあると思われますので、外部人材による聞き取りの機会も必要ではないのでしょうか。例えば事業所の3人の第三者委員に民生児童委員が担当されていたので、合わせて月1回程度の事業所訪問を依頼し、利用者に直接面談して聞き取りをされてはいかがでしょうか。または、地域の自治会役員や法人退職者などに依頼する方法もあるのではないのでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673300204
事業所名	特別養護老人ホーム満寿園
受診メインサービス (1種類のみ)	短期入所生活介護
併せて評価を受けたサービス(複数記入可)	介護老人福祉施設 居宅介護支援 訪問介護 認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	令和6年3月22日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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. 玄関に理念・運営方針をファイルにして設置していました。理念に基づき利用者の自立を促し趣味活動などできることを増やす取り組みに力を入れていました。新任職員や職員研修で理念の確認をしていました。また、利用者や家族には理念について契約時の説明や機関紙「満寿園だより」（年2回発行）に掲載することで理解が深まるように取り組んでいました。 2. 法人の経営・管理者会議や事業所の業務改善・主任・ユニット会議を開催し、職員の意見を反映した案件別の意思決定の仕組みがありました。「運営組織規程」に各職種の業務と権限を明記していました。			
(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. 法人の事業計画を策定し、中長期（令和2～4年度、平成29～令和8年度）計画として人材育成・サービス向上の取り組みや経営目標などを明示していました。計画は玄関にファイルして設置することで閲覧できるようにしていました。 4. 法人の事業計画に基づいて、事業所の単年度の事業計画を策定し、重点課題をあげ取り組んで、年2回進捗状況を確認していました。			
(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)		5. 施設長は管理者会議で法令改正の情報を受け、法令遵守に取り組んでいました。パソコン内に関係法令のリストを作成し、インターネットですぐに調べることができました。 6. 施設長は業務改善会議に参加し、意見を述べていました。また、年1回職員面談を行い、職員の意見を聞いて事業所運営に反映していました。組織活性化プログラムを活用し、施設長の行動の評価・見直しをしていました。 7. 施設長は、事業所を離れる時は携帯電話を所持し、常に連絡がつく体制となっていました。施設長は事業の実施状況を職員からの報告・連絡・相談や業務日誌で把握していました。また、緊急時連絡網を策定し、緊急時には直ちに連絡を受け指示を行う体制がありました。		

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	B
(評価機関コメント)		8. 法人の基本方針に、「期待する職員像」を明示していました。「職員任用規程」に採用・異動・昇進・昇格等人事に関する基準を明示していました。人事考課は、「業務成績考課シート」を活用し評価していました。法人のキャリアパスの仕組みとして「階層育成計画」を策定し、職員が自ら将来の姿を描くことができる仕組みを明確にしています。 9. 各事業所の職員定数を定め、現状の人員数を考慮して採用計画を策定し取り組んでいました。法人で採用プロジェクトチームを設置し、採用情報をホームページのブログやSNSを活用して発信していました。 10. 新人・2年目・リーダー・指導者・管理者と段階的な研修計画を定めて取り組み、総務部で研修内容の評価をしていました。職員に外部研修の情報を提供し、参加希望者には参加費・交通費を補助するほか、介護福祉士実務者研修の受講費用補助をしていました。昼のミーティングやユニット会議で、「気づき」の検討を行っていました。「個人目標管理シート」に年間の個人の取り組み目標を記載し、研修の参加に活用していました。 11. 実習受け入れマニュアルを策定し、受け入れに関する基本姿勢や受け入れの手順などを記載していました。しかし、実習指導者に対する研修は実施していませんでした。		

(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、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、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)		12. 有給休暇の取得は申請に基づき取得ができていることをヒアリングでも確認しました。職員の就業状況や意向は、考課者面談（年2回）や施設長面談で把握し、法人総務部で分析・検討していました。育児・介護休業の規程を整備し、ワークライフバランスに配慮して男性職員も育児休業を取得していました。職員の負担軽減の取組みは、記録ソフトの使用とタブレットでの記録、眠りスキャン（体動を検出して睡眠状態を判定するセンサー）やインカム（職員間無線通信機器）を導入していました。 13. メンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当している他、外部の相談窓口も掲示していました。上司に対する要望は考課者面談や施設長面談で聞き取って、法人で対応する体制がありました。福利厚生は、法人で職員親睦会を設置して各種クラブ活動や懇親会に費用補助していました。会員制による旅行補助や勤続年数に応じた記念品の贈呈がありました。休憩室は適切な広さと環境が整えられていました。		
(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	ボランティアの受け入れ、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。	A	A
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)		14. 理念に地域との関わりについて明記していました。「満寿園だより」の発行や京丹後市の広報誌に施設情報を掲載するなどしていました。地域の福祉サロンに参加し、地域の介護ニーズを収集しサービス提供に役立てていました。 15. ボランティア受け入れマニュアルを策定し、受け入れに関する基本姿勢や受け入れに関する手順を明記していました。歌や演芸のボランティアの受け入れに際して注意事項を説明していました。また、「インターンシップ実施要項」を策定し、受け入れの基本姿勢や受け入れの手順を明記していました。 16. 地域の福祉サロンに介護者教室の講師を派遣し、その際、相談も受けていました。認知症サポーター養成講座の開催や、限界集落地域の高齢者に職員が出向いて「介護予防教室」を実施していました。京丹後市の徘徊ネットワークや「オレンジロードつなげ隊」の参加や認知症カフェを開催していました。		

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. ホームページ、ブログなどを更新し、事業所の情報を定期的に発信していました。事業所の見学について、インターネットで施設の中が見れるようになっていました。体験利用にも対応していました。		
(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. サービス内容や料金について重要事項説明書で説明し同意を得ていました。成年後見人との契約もしていました。権利擁護事業は京丹後市のパンフレットを使用し説明していました。
------------	--

(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	B
(評価機関コメント)		19. 独自のアセスメントシートを活用し利用者の心身・生活状況を記載していました。自宅の写真などを入れて分かりやすく工夫していました。アセスメントでは、必要に応じて医師や専門家からの情報も得て実施していました。また、随時と6ヵ月ごとにアセスメントをしていました。 20. 施設サービス計画は利用者や家族の希望や思いを反映し作成していました。サービス担当者会議には利用者や家族が参加していました。 21. 施設サービス計画は、かかりつけ医の意見やサービス担当者会議で栄養士や理学療法士から意見を聞き作成していました。 22. 毎月モニタリングを実施し、必要に応じて専門家の意見を聞いて施設サービス計画を見直していました。しかし、施設サービス計画を変更する基準を定めたものがありませんでした。		

(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. 既往症がある利用者は、必要によりかかりつけ医の意見書を求めて情報を収集していました。退院時には病院からのサマリーを取得していました。京丹後市の「介護サービスのしおり」の活用や他事業所・関係団体リストを作成していました。地域ケア会議・スタッフ会議（弥栄・丹後）や事業所連絡会に参加し連携を図っていました。 24. 他のサービスへの移行に当たり、「サービスの追加・変更になった時の対応、心配りについて」を定めて対応していました。サービス終了後の相談窓口は生活相談員が担当していました。		

(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	A
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)	<p>25. 介護業務マニュアルの他に接遇等マニュアルがありました。マニュアルの変更・更新の基準を定め、委員会で年に1回マニュアル一覧を活用して変更・更新をしていました。感染マニュアルは、クラスターが発生後に委員会にて更新していました。</p> <p>26. 施設サービス計画書に基づきサービス提供し、パソコンの介護ソフトで適切に記録していました。介護業務マニュアルに、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄について明記していました。個人情報の取り扱いについては重要事項説明書にて説明し同意を得ていました。個人情報保護の研修を実施していました。</p> <p>27. 毎日のミーティング、連絡ノートを活用し情報共有をしていました。ユニット会議でケース会議を実施していました。法人内パソコンネットワークにより情報共有をしていました。</p> <p>28. 「満寿園ショートステイ連絡票」（退所時に利用状況を記録し家族等に情報提供する）に家族が意見・要望を記載できるようにしていました。担当者会議や送迎時に家族と情報交換をしていました。オンライン面会も対応していました。</p>
------------	--

(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)	<p>29. 感染症委員会にて適時感染予防マニュアルを更新していました。感染症の発症に伴い、京都府の新型コロナ感染症サポートチームによる感染対策実地研修を受けていました。感染症発生時には感染症委員会を開催していました。ゾーニングとして、フロア入口前に扉を設置し防護服等の着替える空間を作っていました。また、MRSA感染症の利用者に対し入浴を最後にするなど二次感染の防止を講じて受け入れをしていました。</p> <p>30. 掃除は職員でしていました。施設全体で「環境整備の日」を設けて施設内の環境整備に取り組んでいました。臭気もなく清潔が保たれていました。</p>			

(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	B
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)	<p>31. 災害や事故対応緊急等のマニュアルを整備していました。介護事故、急変時に職員が慌てず対応ができるよう、事故発生時の夜間対応フローチャート・緊急時フローチャートを作成していました。介護事故・急変時の対応についての研修を年2回実施していました。勤務表に事故・緊急時の連絡方法を記載し、指揮命令系統を明確にっていました。</p> <p>32. 事故発生時には生活相談員が家族に電話で連絡・報告をしていました。事故報告書を元に、ユニット会議で個別の事故対応を検討し、事故・ヒヤリハット委員会にて統計的に再発防止の対応を検討していました。事故・ヒヤリハット委員会にて事故・緊急時マニュアルの変更をしていました。</p> <p>33. 災害発生時のマニュアルを整備し、食料品等の備蓄リストに基づき備蓄していました。しかし災害発生時の地域と連携を意識したマニュアルはありませんでした。</p> <p>34. 事業継続計画（BCP）を策定し、防災会議を毎月実施してBCPの見直しをしていました。施設の所在地のハザードマップにより、特に土砂災害のリスクが高いことをBCPの内容に反映していました。BCPIに基づき京都府の新型コロナ感染症サポートチームによる研修を受けていました。</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

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	B
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	A
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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>35. 認知症マニュアルに利用者の人権や意思の尊重等を明記し、認知症の研修会で職員に周知していました。職員に対して「高齢者虐待（身体拘束）アンケート」を毎年実施することで日々の支援の振り返りを行っていました。学びたいこと知りたいことなどの意識調査を行い、アンケート結果によりマニュアルの見直しや今後の研修内容の組み立てに活用していました。難聴の利用者には筆談でのコミュニケーションで意思決定支援をしていました。</p> <p>36. 高齢者虐待防止や身体拘束禁止のマニュアルを整備していました。高齢者虐待（身体拘束）委員会は年6回開催し、多職種で構成していました。業務改善会議ではスピーチロックが議題に上がり、ユニット会議からの事例を検証していました。勉強会では事例に基づいたグループワークを実施していました。不適切ケアを未然に防止する対策をしていましたが、組織としての対応方法を定めていませんでした。</p> <p>37. プライバシー保護について、入浴・排泄介助や認知症ケアのマニュアルに盛り込んでいました。入浴介助では職員1人介助を基本として利用者への羞恥心等に配慮していました。介護場面での注意点をまとめた「介護のヒント集」を職員に配布し、それに従って自己評価を行い振り返りをしていました。「介護のヒント集」を活用しプライバシー保護の勉強会をしていました。</p> <p>38. 利用申し込みは空きベッドがあれば基本断らないようにしていました。利用希望日が満床や医療的処置が必要で対応が困難な場合は担当の介護支援専門員に説明して他の事業所等を紹介していました。支援困難ケース等については、ケース会議で他の専門職も含め検討していました。</p>		

(2) 意見・要望・苦情への対応

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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>39. 年1回満足度アンケートの実施や施設玄関とトイレに意見箱を設置するほか、「満寿園ショートステイ連絡票」にも意見・苦情が記入できるようにしていました。管理栄養士や職員による個別面談での意見・要望は、ミーティングノートに記入し職員間で共有していました。苦情委員会は毎月開催し、苦情対応の研修も実施していました。</p> <p>40. 苦情マニュアルを整備していました。苦情相談のポスターは廊下掲示板やエレベーター、各ユニットに車いすの方でも見やすい高さに掲示していました。苦情や要望があればユニット会議で協議し、必要に応じて担当介護支援専門員に相談していました。年2回苦情対応合同会議を開催し、改善策の協議をしていました。苦情から対応までの内容を上半期と下半期に分けてホームページで公開していました。</p> <p>41. 第三者委員を3名設置し、年2回の苦情対応合同会議に参加していました。重要事項説明書とは別にフローチャート形式で外部の相談機関を記載したポスターを掲示していましたが、介護サービス相談員等の外部の人材の受け入れはできていませんでした。</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てている	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. 年1回満足度調査を実施し、ユニット会議でアンケート結果を検証していました。アンケート結果と回答、改善策を利用者や家族に送付していました。また、ユニット会議での検証内容は業務改善会議にも報告して事業計画の見直しに繋げていました。 43. 毎月開催する業務改善会議でサービスの質の向上の検討をしていました。職員に周知する内容はパソコン内の法人伝言板などに掲示して周知していました。地域ケア会議・スタッフ会議・事業所連絡会・京都府老人福祉施設協議会・ユニットin北京都（他事業所とのユニットケアの研修会）への参加で他事業所の取り組みなどの情報を収集し、自事業所の取り組みを比較検討していました。 44. 「介護のヒント集」による職員の個人評価を集計し、事業所全体の評価として検討していました。さらに評価から明らかになった課題を次年度の事業計画に反映していました。第三者評価は3年に1回受診していました。		