

アドバイス・レポート

平成 31 年 3 月 21 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

平成 31 年 2 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた〔医療法人啓信会 介護老人保健施設ひしの里〕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

特に良かった点とその理由
(※)

1. 「在宅復帰を目指した利用者支援」に成果を挙げています

介護老人保健施設は、病院での治療が終わり、病状安定期にある利用者に対し、それぞれに合ったリハビリテーションや看護・介護サービスを提供し、利用者が在宅復帰できるような支援や在宅支援を行う施設です。

介護老人保健施設ひしの里では、医師、看護師、介護士、リハビリテーションを担う多職種が協働し、利用者の在宅復帰に向け日々努力しています。例えば、利用者の「一人でトイレに行けるようになりたい」の目標に対し、理学療法士等は利用者宅の住まいの環境やトイレの形状を確認後、施設でどのようなリハビリを行えば自宅のトイレに一人でできるようになるのかを検討し、日々のリハビリプログラムを作成・実践されていきました。実際に在宅復帰率が高く、2 階のユニット型療養棟は、全国でも数少ない在宅超強化型老健施設の認定を受けています。また、3・4 階の従来型療養棟においても、在宅強化型老健施設の認定を受ける予定になっています。このように介護老人保健施設ひしの里は、利用者の在宅復帰に向けた支援を職員が一丸となっても行ない、成果を挙げています。

今後、リハビリテーション科の平成 30 年度の目標にもあるように、利用者が退所しても終了ではなく、在宅復帰後も利用者の地域生活を老健と訪問リハビリテーション、その他の専門職でサポートする体制づくりに期待いたします。

2. 職員はコミュニケーションスキルの向上に努力されています

コミュニケーションスキルに卓越した職員を育成し、利用者やその家族と関係機関等の満足度向上のため、施設独自の取り組み「コミュニケーションマスター」を平成 27 年 11 月から実施しています。前期・後期で他者評価を受け、コミュニケーション能力の高い職員には、シルバー、ゴールド、マスターの名称を授与しています。利用者アンケートから、「職員の言葉遣いや態度はていねいで気持ちの良いものである」や、「職員はサービスを提供する際、気持ちを大事にしてくれる」で高い数値（全体の 88%）となっていることか

	<p>らも、その成果が伺えます。コミュニケーションスキル向上とともに、利用者の生活に即した対人援助技術全般のレベルアップにもつながり、職員相互に成長していくための仕組みともなっています。</p> <p>3. 有給休暇の消化率が非常に高く、働きやすい職場環境です</p> <p>職員の有給休暇の消化率はほぼ 100%に近い数値となっています。このことは、配置基準以上の職員配置をしていることも大きく影響していると思われます。さまざまな介護施設は、介護人材の確保に苦戦している中、老人保健施設ひしの里では、新人採用のための福祉フェア等で、毎回、人材確保ができていたとのことでした。むろん、採用に関する分析力の高さも必要ですが、新人採用時の職員の熱意も、この結果につながっていると思われます。また、職員間の連携もよく、働きやすい環境で、お互いを高めあっていく職場環境となっています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. ハラスメントに関する規定の不十分さ</p> <p>就業規則にセクシャルハラスメントの規定はありましたが、パワーハラスメント他についての規定がありません。</p> <p>2. ひやり・ハットの報告書の内容</p> <p>事故報告書に関しては、だれもが分かりやすく丁寧に記録に残し、事故原因の分析、今後の対策まで記入されていましたが、ひやり・ハットの報告書の内容は、フロアによってばらつきがあり、報告件数も少ないように思います。</p> <p>3. 地域との連携をを意識した防災マニュアルの整備について</p> <p>介護老人保健施設ひしの里の地域は、久御山町洪水・地震ハザードマップでは、床上から 3mほどの水害エリアになっており、台風時の水害他様々な災害への対応が必要です。災害発生時に備え、交通手段がまひした際、職員が徒歩で出勤する場合の時間調査を実施されたことは、非常に良い取り組みだと思えます。しかし、災害発生時に全てを職員でカバーできない場合も考え、慌てることなく対応するためには、地域と連携し、協力を得ることも必要ではないでしょうか。また、施設ならでの、地域住民への貢献策もあると思えます。いつ何時発生するかもしれない災害に対し、地域との連携を意識した防災マニュアル作成が必要です。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. ハラスメントに関する規定の充実</p> <p>セクシャルハラスメント以外に、H29年1月1日から妊娠出産、介護等におけるハラスメントやパワーハラスメントの規定が義務付けられています。早急に追記し、より一層働きやすい職場環境にされることを期待します。</p> <p>2. 事故防止に向けた「ひやり・ハット」の取り組み</p> <p>身体機能が低下傾向にある高齢者施設で、介護事故をゼロにするのは大変難しいとは思われますが、「ハインリッヒの法則」や「ひやり・ハット」からもわかるように、大きな事故の前には必ずその予兆といえる小さな事故や出来事があります。重大な介護事故を防ぐためには、小さな事故やちょっとした気付きを見逃さず、職員同士が情報を共有し対策を協議する体制作りが必要と考えます。現在、フロアによってひやり・ハットの考え方に差異があるように見受けられました。再度ひやり・ハットの意義・目的を職員間で共通理解し、ひやり・ハットの取り組みを統一し、充実して、介護事故件数ゼロを目標に取り組んでいただきたいと思います</p> <p>3. 地域連携を意識した防災マニュアルの整備</p> <p>現在、介護老人保健施設ひしの里は、施設内に地域交流スペースを設置し、町やボランティアに開放されている他、「ひしのんカフェ」を開き、施設行事の餅つきや夏祭り等に地域の方々を招く等、地域に根ざした施設となっています。近隣の方や施設を利用したことのある人は「災害時に介助の必要な人がここには居る」という認識は持っていると思うので、地域とひしの里がともに助け合う関係が築けるのではないのでしょうか。第三者評価で訪問した際に、「災害に限らず『何かあったらうちに来てください』とのメッセージを出しています」と伺いました。地域との関係性の中で、施設の持っている機能の提供も大切です。それに加え、地域の手も借りる等の、地域を意識した災害時マニュアルを一度考えてみてください。そのためには、地域・近隣住民が参加しての災害訓練等も考えら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	2651180016
事業所名	医療法人啓信会 介護老人保健施設ひしの里
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所リハビリテーション 短期入所療養介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成31年2月19日
評価機関名	特定非営利活動法人 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. 「笑顔の架け橋」を基本理念に掲げ、施設内に掲示、職員の名札にも明記し理念を意識して業務にあたっています。また、理念を基にした施設行動目標があり、全体朝礼時に唱和しています。利用者やその家族等には、契約時に重要事項説明書にて理念や運営方針について説明しています。 2. 組織として、案件別の意思決定方法が定められています。理事会をはじめとする各種会議等は、曜日・頻度・時間を決めて行われています。しかし、一部に参加者の少ない委員会があり、今後は関連する会議を合同で行うこと等を検討することも必要ではないでしょうか。各職種ごとの職務権限規程があり、それぞれの責任を明確に規定していました。		
(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. 単年度・中期・長期の事業計画が作成されており、上半期の状況確認後、必要な場合は修正も行われています。また、具体的な数値目標を示すことで、達成できたかどうかの評価もしやすくなっています。各種会議等で職員の意見を収集し、事業運営に反映される仕組みが議事録等で確認できました。 4. 施設内の部署ごとで「目標シート」による課題設定を行い、達成すべき目標を明確にしています。半期に一度、責任者会議等で進捗状況を確認し必要に応じて見直しも行っていきます。		

(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. 経営責任者は、全国老人保健施設協会の経営セミナーに参加し法令等の理解を深めています。職員は、PCにていつでも調べることができる環境が整えられています。法令遵守研修を毎年実施(今年度は6月実施済み)しています。</p> <p>6. 施設長は、自らの役割と責任について職務権限規程において文書化し、職員に表明しています。施設長は理事会・管理者会議・定例会議等に参加し、職員の意見を反映しています。キャリアパス制度の中に、部長以上の役職者は職員から評価を受ける項目があり、それら等で自らの行動が職員から信頼を得ているかどうか把握、評価、見直す機会としています。</p> <p>7. 管理責任者(事務長・看護師長・介護長)は施設内PHS及び法人支給の携帯電話を所持し、24時間連絡が取れる体制にあり職員に指示しています。緊急時・非常時の報告・連絡・相談・指示はマニュアルが作成され、緊急事態が発生した場合の対応に備えています。施設長は、建物内部で業務しており巡回も多く、各部署の状況を確認し、責任者からの報告等でも把握しています。</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. 質の高いサービス提供を行うため、指定基準以上の人員配置があります。職員採用にあたっては、ハローワーク・インディード(民間求人情報)の活用、介護事業全体で採用WEBサイトを開設し人材確保に努めています。また、「採用促進ワーキングチーム」を立ち上げ、分析・評価を行い人材の確保に努力しています。福祉フェアに若手職員と参加し、現場の生の声を伝えることで若者の人材確保に繋げています。法人で介護資格取得の専門学校を運営しており、無料で介護福祉士受験対策講座に参加できる等キャリアアップを支援しています。</p> <p>9. 法人の介護事業全体でキャリアパス委員会を設置し、年間研修計画を策定、勤務時間内に実施しています。新規採用職員にはOJTを実施しています。研修・教育担当者を配置し、担当者は施設内研修・勉強会の計画・実施、外部研修の情報提供等を行っています。研修会参加後は、報告書を作成し、職員の「気づき」や振り返りの機会としています。職員は、老健協会主催の大会や外部研修等に参加の際は、参加費や交通費は全額支給しています。毎年1名以上、ユニットリーダー研修に参加しています。職員個々の研修計画や研修実績記録簿があります。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルは整備され、法人内で実習指導者に対する研修を実施しています。近隣高校の介護実習生や公共職業訓練生の受け入れをしています。実習指導者は、介護福祉士実習指導者研修を修了しています。</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	B
(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇取得を推奨し、職員の有給休暇消化率はほぼ100%です。月1回衛生委員会を開催し、職員の労働環境改善について検討されています。育児・介護休業に関する規程があり、平成30年度は3名が育児休業を取得しています。電子カルテ「ちょうじゅ」で記録・計画等の業務管理や利用者の情報共有を行うことで、業務の効率化・負担軽減ができています。また全フロア、リフト浴機を設置し、トイレには前方ボードが設置され安全に配慮されています。</p> <p>12. 年1回ストレスチェックを実施し、産業医による相談体制も確保されています。また、全職員に対する面談も実施し職務の悩み等サポートしています。法人介護事業の職員互助会「わかば会」があり、職員交流のため新人歓迎会、忘年会、職員旅行等を企画し実施しています。テレビ視聴可能な職員食堂があり、食費補助制度があります。セクシャルハラスメントの相談窓口を設置し、掲示により職員に周知していますが、ハラスメント規定について内容の補足が必要です。</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)		<p>13. 施設内に地域交流スペースを設置し、町やボランティア等に開放しています。広報誌「ひしの里通信」を年4回発行し、利用者家族や地域の支援事業所等に配布しています。今後はHP上でも閲覧できるよう準備をしています。自治会に加入し、施設内行事の案内等を自治会に回覧、直近の餅つき大会には近隣住民10名ほどの参加がありました。また、地域の祭りの神輿が玄関まで来てくれ、入居者も身近に祭りを体感されています。</p> <p>14. 地域ボランティアの受け入れや地域の幼稚園児・小学生と交流、町社協の見守りネットワーク事業者に登録、福祉避難所として契約を締結、高齢者涼やかスポット事業で施設を地域に開放、「ひしのんカフェ」(認知症カフェ)の開催等、積極的に事業所が有する機能を地域に提供されています。また、久御山町から委嘱を受けて、職員が委員会の委員を引き受けています。居宅介護支援事業所所長は、地域ケア会議に出席しています。</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)			15. ホームページ・パンフレット等で施設の情報をわかりやすく説明しています。利用者・家族のニーズに応じて個別相談や見学を随時行い、その後、面談記録に記載しています。施設見学には、4名の相談員が主となり対応しています。		
(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. サービス利用に際して、内容や料金については重要事項説明書等を用いて説明し、利用者・家族から同意を得ています(介護保険外サービスの契約も含む)。判断能力に支障の可能性がある利用者に対応する仕組みがあります。利用者アンケートからも、ほとんどの利用者がわかりやすく説明を受けたと回答がありました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	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. アセスメントは所定の様式「ちょうじゅ」を使用し、詳細に記録しています。更新時や利用者の状態に変化があるときには、主治医や専門家と連携してアセスメントの見直しを行っています。</p> <p>18. アセスメントに基づいて、個別援助計画の目標設定が行われています。「一人でトイレに行きたい」の目標に対し、理学療法士等は利用者宅の環境やトイレを確認後、施設でどのようなリハビリを行ったら自宅のトイレに一人で行けるようになるのか検討し、日々のリハビリプログラムを作成・実践されていました。サービス担当者会議は、本人・ご家族の参加のもと3か月毎に行われ、個別援助計画は利用者・家族等から同意を得ています。</p> <p>19. 個別援助計画作成は、医師、看護師、ケアマネジャー、介護士、理学療法士、栄養士等の多職種による会議で行われています。その後、暫定プランを策定し、入所後のカンファレンスでプランを確定しています。在宅復帰に向けて取り組まれており、実際在宅復帰率が高いです。</p> <p>20. 個別援助計画は、3か月毎に見直しの機会を持っています。また、計画通りにサービスが提供できているかを、フロア担当者がモニタリング時に確認しています。状態に変化等あった場合は随時計画の見直しを行っており、その際は専門家の意見照会が行われています。</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)		21. 入居時には、介護サービス共通診断書や元の主治医から、診療情報提供書を通じて情報の提供を受けています。必要に応じて他の関係医療機関からも情報を受けています。地域医療機関の地域連携室と連携を図りながら、入退院の調整を行っています。利用者が退所される際は、地域での受け入れがスムーズに行えるよう、関係先に必要な情報提供を行うとともに、居宅介護支援事業所と連絡調整を図っています。		

(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. 各種業務マニュアルは整備されており、最低年1回見直しを実施、必要時には追記し、改定日の記入もされています。特に感染症対応については頻回に見直しを行い、感染症に罹患しないよう高い意識を持ってサービス提供にあたっています。今年度は、入居者でインフルエンザ罹患者はゼロでした。 23. 利用者の状況やサービスの提供状況は、電子カルテにて管理しています。不正アクセス対策としてUTM(専用セキュリティ機器)及びウイルスソフトにて厳重に管理しています。保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程を定め実行しています。職員の守秘義務については、採用時や毎年の研修時に説明し、誓約書にて同意を得ています。実際、平成30年11月に対応した事例を確認しました。 24. 重要な連絡事項は、電子カルテ内に全職員の目に付きやすいよう赤字で表示し、情報共有しています。また、毎日の申し送り会議でも情報共有を行い、欠席者は書面にて確認後、確認印を押すようにし、全員に周知徹底しています。利用者の支援について、定期的にカンファレンスを行い情報共有しています。 25. 家族との情報交換は、来所時と電話連絡、3か月に1回開催のサービス担当者会議にて行っています。また、行事の際はポスター等で参加を呼びかけています。利用者及び家族に書面にて承諾を得たうえで、行事の様子を広報誌に写真掲載し、日常の様子を伝えています。家族会「虹色の輪」を年4回開催し、利用者の情報交換を行っています。		

(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. 疾患別（インフルエンザ、感染性胃腸炎、結核等）感染症対策マニュアルを作成し、内部研修で勉強会を実施、ノロウイルスやインフルエンザに対してポスターを掲示し、手洗い・うがい、マスクの着用（午前午後で取り換える）の徹底をしています。施設訪問者には手指消毒及びマスク着用の周知をしていました。 27. 館内には整理棚や倉庫が多くあり、備品類は清潔・不潔に分類し保管区域を分けて管理しています。清掃は外部委託しており衛生管理ができていました。		

(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	B
(評価機関コメント)		<p>28. 事故防止マニュアル・緊急時対応マニュアルを整備し、緊急時に備えています。事故防止委員会を月1回開催し、事故やインシデントの報告を行い事故防止に努めています。新人職員には、心肺蘇生法やAEDの使用についての訓練を行っています。</p> <p>29. 事故・ヒヤリハット報告書の作成・提出は迅速に行なわれ、発生当日にミーティングや必要に応じて現場検証を行い、原因分析、再発防止策まで話し合われています。またスタッフ定例会議や週1回の全体朝礼、月1回の事故防止委員会等で再度周知・検討し、全館で再発防止のための注意喚起を徹底しています。重大事故発生時は京都府(山城北保健所)及び保険者に書面にて報告しています。</p> <p>30. 消防訓練を年2回実施し、内1回は消防署と合同で行っています。久御山町と福祉避難所協定を締結しています。職員が徒歩で出勤する際の時間を把握しており、災害時は徒歩1時間圏内の職員が出勤する取り決めがありました。久御山地震洪水ハザードマップでは、床上から3mほどの水害のエリアとなっているため、台風時の水害等様々な災害に対するマニュアルの検討が必要です。その際は、地域との連携を意識したマニュアルや訓練の実施を考えられてはいかがでしょうか。</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	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. 利用者の尊厳の保持について運営規程に明記しています。身体拘束禁止・虐待防止のマニュアルを整備し、内部研修や勉強会で学びを深めています。事故防止・身体拘束・虐待防止委員会を月1回開催しています。管理責任者(看護師長・介護長)は京都府虐待予防施設管理者研修に参加し、虐待防止についての具体策を職員に周知しています。</p> <p>32. プライバシー保護のマニュアルを整備し、内部研修も行っています。オムツ交換はカーテンを閉めて行い、入浴・排泄時などは、利用者の希望に合わせ同性介助を行っています。利用者や家族からの相談時には、プライバシーに配慮して相談室を使用しています。プライバシー保護の研修会は、身体拘束、虐待と合わせて年1回、全職員対象に行っています。</p> <p>33. 入所判定会議は、多職種が参加し様々な視点から検討し、公平・公正に利用者決定を行ない、可能な限り受け入れを行っています。どのような利用者も受け入れる姿勢があり、高度医療の必要な利用者に対しては、説明を行ったうえで対応策と一緒に考えています。</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)		34. 嗜好調査を実施し、行事食の提供や外食など満足度を高める取り組みを行っています。「ご意見箱」を設置し、意見や要望が入っている場合は、本人に対応策を伝えるとともに、プライバシーに配慮して、内容を掲示・公表しています。 35. 相談・苦情受付窓口及び対応については「苦情対応の概要」を掲示し、周知しています。苦情対応マニュアルに則って、苦情受付書（報告書）の提出を義務付け、その日の内にミーティングで検討し迅速に対応しています。意見・要望等への対策、回答を掲示し、周知しています。 36. 外部の人材を含む第三者委員を設置しています。公的機関等の相談窓口の電話番号やFAX番号及び受付時間等を重要事項説明書に記載し、施設内にも掲示しています。久御山町介護サポーターを月2回受け入れ、透明性を確保しています。		

(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	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. 家族満足度調査・嗜好調査を年1回行い、結果は集計し、意見・要望を検討して、改善方法について協議し、その結果を掲示して公開しています。嗜好調査で出された温冷配膳してほしいとの希望に対して、温冷配膳車を購入し、利用者の要望に応じていました。 38. 週1回スタッフ定例会、月1回サービス向上委員会を開催し、各部署職員の意見をもとにサービスの質の向上について検討しています。また議事録を回覧し全職員へ周知しています。京都府介護老人保健施設協会の各部会・研修に積極的に参加し、情報交換や他法人の老健施設を見学し、情報収集しています。サービスの質向上のため、法人内介護事業所と合同でOFF-JTを行っています。 39. 管理責任者（事務長・看護師長・介護長）が中心となり各部署ごとの自己評価を年1回実施しています。評価結果の分析・検討を行い、課題を明確にし次年度の事業計画に反映しています。3年に1回第三者評価を受診しています。		