

様式 7

## ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

令和 3 年 7 月 2 7 日

令和 3 年 1 月 2 8 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた介護老人保健施設おおよけ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<br>(※) | <p><b>1. 組織体制</b></p> <p>「定例会議」「運営会議」「各種会議・委員会」と体系的に運営しており、各会議で職員の意見が反映する仕組みとなっていました。今回、職員から出た意見での取り組みとして、法人内で在宅復帰の連携を取りやすくするために休止していた居宅介護支援事業の再開を進めていました。</p> <p><b>2. 個別状況に応じた計画策定</b></p> <p>多職種の援助内容を含む施設サービス計画を基に、生活面の内容を深めて個別援助計画を作成していました。生活に最も関わる介護職の役割を明確化して、利用者の生活の質の向上に向けた支援に取り組んでいました。また評価について、簡易な書式を使用することで担当者が記入しやすく、他の職員にも可視化共有しやすいものとなっていました。</p> <p><b>3. 質の向上に係る取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・利用者の席への配慮</li><p>認知症の方等が自分の席であること事を分かり易くするために、その方の関係する写真（愛犬など）を飾り着席できるように配慮されていました。</p><li>・利用者の生きがい作り</li><p>新館のベランダや屋上には利用者がフローアごとに世話できる花壇を設け、外出などが難しいコロナ禍で利用者と職員とがガーデニングを楽しんでおられ、生きがいに繋がることを目的に配慮されていました。</p></ul> |
| 特に改善が望まれる点とその理由 (※) | <p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <p>事業計画の内容は運営会議で現状分析や課題の抽出を行っていましたが、中・長期計画の策定はなく単年度のみとなっていました。</p> <p><b>2. ストレス管理</b></p> <p>休憩室前にメンタルヘルスに関する窓口の連絡先を掲示して、外部相談室</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|           | <p>に相談出来る仕組みとなっていました。福利厚生として屋上バーベキューを実施し、費用も施設が半分負担していました。しかし、ハラスメント規定の詳細がなく、相談体制の整備も出来ていませんでした。</p> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>公的機関の連絡先は記載していましたが、第三者の相談窓口の設置は出来ていませんでした。また、介護相談員等の受入もありませんでした。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 具体的なアドバイス | <p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <p>今後のサービスの質向上や利用者満足の向上、事業の拡大などどのように事業展開していくのかを職員全員で把握して、その目標に向けて実行するためにも中・長期計画は必要不可欠なものです。ぜひ、単年度だけではなく中・長期計画を作成して、それに基づいて運営を振り返ることで、将来のおおやけの里がどのような目標に向かって進んでいるかを明確にされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. ストレス管理</b></p> <p>ハラスメントの取扱いにおいては、近年重要視されており施設での取り扱いとしてセクシャルハラスメント及びパワーハラスメント、マタニティーハラスメントは基準を明確にして運用することで雇用側従業員側とのトラブルも未然に防ぐこともできます。厚生労働省からの「指針に定められている事業主が講ずべき措置のポイント」にも周知・啓発、相談の体制等の記載がされていますので、相談体制も含めハラスメントの整備をされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>介護相談員の受け入れや外部の人材を相談窓口として設置することにより、直接施設に言いにくい相談や苦情があった場合も拾い上げることができ、迅速に対応することができます。また地域の方（民生委員や自治会長等）に第三者窓口を依頼することで、施設運営の透明性の確保も期待できますのでご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                    | 2654180021       |
| 事業所名                     | 介護老人保健施設 おおやけの里  |
| 受診メインサービス<br>(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<br>(複数記入可) | 短期療養介護           |
| 訪問調査実施日                  | 令和3年6月21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. 理念は事務所、各フロア、会議室に掲示しているほか、入職時及び年度初めに各部署にて周知していました。<br>2. 理事会は定期的に開催していました。「定例会議」「運営会議」「各種会議・委員会」と体系的に運営しており、各会議で職員の意見が反映する仕組みとなっていました。今回、職員から出た意見での取り組みとして、法人内で在宅復帰の連携を取りやすくするために休止していた居宅介護支援事業の再開を進めていました。 |      |      |       |
| (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    | B    |       |
|                     | 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. 事業計画の内容は運営会議で現状分析や課題の抽出を行っていましたが、中・長期計画の策定はなく単年度のみとなっていました。<br>4. 事業計画をもとに各所属の「業務目標」を作成し、運営会議や各委員会、入通所対策会議で半期に一度達成状況の把握と見直しを行っていました。                                                                       |      |      |       |
| (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    | B    |       |
|                     | 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    | B    |       |
|                     | 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. 運営管理者は報酬改定の研修会に参加していました。しかし、関係法令についてのリスト化及び調べられる体制はありませんでした。</p> <p>6. 運営管理者の役割は「職務分掌規定」にて文書化していました。また、各種会議に参加し職員の意見を運営方針に反映させていました。しかし、運営管理者自らの評価方法はありませんでした。</p> <p>7. 運営管理者は、業務日誌で事業の実施状況を把握していました。また「利用者急変時マニュアル」に沿って運営管理者に報告する仕組みとなっていました。</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 |

## 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. 職員の体制は「職員定数現員表」にて管理していました。現在は有資格のみの採用となっていました。資格取得支援として施設で介護福祉士及び介護支援専門員の勉強会を開催していました。</p> <p>9. 年間研修計画を作成し実施していました。また、キャリアパスに基づいた外部研修に参加出来るよう勤務調整や費用負担をしていました。事故が発生した場合の安全運転講習等タイムリーな研修を実施していました。</p> <p>10. 実習の受け入れマニュアルを作成しており、介護責任者会議で実習担当者の研修及びマニュアルの見直しを実施していました。</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. 有給休暇消化率・時間外労働の管理及び就業状況や意向についての分析は、運営会議で行っていました。リフレッシュ休暇及び有給休暇の活用を行い、最大14日間の連休取得に取り組んでいました。また、職員の負担軽減のためにノーリフティングケア（人力のみの移乗ではなく器具を活用した移乗方法）で移乗リフトを導入していました。</p> <p>12. 休憩室前にメンタルヘルスに関する窓口の連絡先を掲示し、外部相談室に相談出来る仕組みとなっていました。福利厚生として屋上バーベキューを実施し、費用も施設が半分負担していました。ハラスメント規定の詳細がなく、相談体制の整備も出来ていませんでした。</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 | 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) |    | <p>13. グループ全体で発行している機関紙「あいせいかい」、自施設で発行している広報誌「おおやけ新聞」を地域に配布していましたが、介護サービス情報の公表制度の内容を地域住民へ向けての広報はしていませんでした。</p> <p>14. 毎年認知症サポーター養成講座を開催していました。また地域との連携の一環として学区内老人会に参加して地域の福祉ニーズを把握していました。</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 |
| 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. パンフレット、ホームページ、SNSを使用し情報提供していました。見学や問合せの記録簿の作成を行い、担当者である相談員間で共有していました。                                                                                                                                                                                                             |      |      |       |
| (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. 利用約款にてサービスの内容・料金の説明を行い、同意の署名を得ていました。判断力に支障のある利用者について後見人と契約していました。権利擁護事業については居宅介護支援事業所や地域包括支援センターと連携して適時情報交換を行ったり、パンフレットなどで紹介していました。                                                                                                                                               |      |      |       |
| (3) 個別状況に応じた計画策定 |              |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |      |       |
|                  | アセスメントの実施    | 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. 入所時、入所2週間後、状況や意向の変化時にアセスメントを行っていました。<br>18. サービス担当者会議に本人・家族の出席がありました。感染防止対応のため本人・家族が参加できない場合は、電話や来所時に聴き取りを行っていました。<br>19. 医師、看護師、栄養士、リハビリ専門職など各専門職がサービス担当者会議に参加して、それぞれの意見を会議録に記載していました。<br>20. 入所2週間後に施設サービス計画の見直しを行い、その後3か月毎または状況や意向の変化時に更新することをマニュアルに定め、その都度個別援助計画の見直しを行っていました。 |      |      |       |
| (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. 退院受入れ時は、サマリー（看護要約）、診療情報提供書にて情報を得ていました。また山階地域包括支援センターと連携し、地域の取り組み（鍵預かり事業など）に参加していました。利用者について、居宅介護支援専門員、地域包括支援センターと情報共有を行っていました。                                                                                                                                                    |      |      |       |

### (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. 業務マニュアルを整備しており、1年毎に見直しを行っていました。パソコンのネットワーク内で全職員が業務マニュアルを確認していました。また事故分析などをマニュアルに反映させていました。<br>23. 利用者のサービス提供記録は医師、看護師、リハビリ専門職、介護職員が計画の実施状況を確認できるよう具体的な記載がありました。また全職員対象に個人情報保護の研修を1年に1回実施していました。<br>24. 利用者の状況は、連絡ノート、申し送り表、パソコンのネットワーク内の連絡ノートを活用していました。またフロア会議内の職員間で意見集約を行っていました。<br>25. 家族への状況報告は入所時、入所2週間後、退所前に加えて洗濯物を取りに来られた時などに行っていました。事業所の状況については、法人の広報誌やSNSで発信していました。 |   |   |

### (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. 感染症防止マニュアルを種類ごとに整備し、1年に1回以上更新する以外にも最新情報を得るごとに見直しをしていました。研修は全職員を対象に1年に1回以上行っていました。感染症の利用者については、看護、介護で申し送りをを行い、二次感染予防策を徹底して受入れを行っていました。<br>27. 施設内の清掃は外部業者に委託して毎日点検表を作成していました。臭気対策として使用済の紙おむつを個別に袋に入れて処分していました。また、1ヶ月に1回環境対策チームによるチェックを行っていました。施設内は整理整頓されていました。 |   |   |

### (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 | A |
| (評価機関コメント) |    | 28. 事故防止対応マニュアル、緊急時におけるマニュアル、事故防止に関する指針を整備しており、1年に1回見直しを行っていました。対応や報告の手順、保険者への報告、保険対応はマニュアルに定められていました。全職員対象の研修は1年に1回以上行っていました。<br>29. 発生した事故などについて、事故・ヒヤリハットの報告書を作成して、フロアのカンファレンスで対策を検討していました。さらに、療養安全推進委員会で分析・再発防止や対応マニュアルの見直しを行っていました。<br>30. 災害時対応マニュアルにて指揮命令系統を明らかにしていました。災害時の福祉避難所の指定を受けて、地域との連携を意識しての防災訓練を年2回実施していました。 |   |   |

| 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 |
| 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.「理念」「基本方針」「施設綱領」「看護・介護の理念」「入所運営規定」において利用者人権等の尊重を示していました。また、「身体拘束・虐待防止委員会」が中心になって、研修会の開催や虐待防止について取り組まれていました。<br>32.「個人情報保護規定」「個人情報保護に関する基本方針」「利用者様の個人情報の利用目的」によって、プライバシー保護に取り組んでいました。また、施設内見学においても入浴室にはカーテンとドアの二重でプライバシーを保護していました。<br>33.「入退所判定会議規定」に基づいて開催し、各職種の合議において入所の可否を判定していました。その中に施設利用が困難なケース（例えば金銭的に困難）は他の施設等へ紹介していることも記録していました。                                               |                                                         |      |      |       |
|           | (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てている。            | 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    | B    |       |
|           | (評価機関コメント)            | 34. 玄関・各階に意見箱を設置し、その中にコロナ禍において2件の感謝の言葉がありました。意見・要望などは、3か月に1回のモニタリングにおいて聞き取り、モニタリング総括表に要望・意見等の記録がありました。<br>35. 意向に関しては1階玄関に掲示していました。苦情の対応も迅速に行い、「苦情受付票」に記録して、フロアー会議で職員に周知していました。<br>36. 公的機関の連絡先は記載していましたが、第三者の相談窓口の設置は出来ていませんでした。また、介護相談員等の受入もありませんでした。                                                                                                                                   |                                                         |      |      |       |
|           | (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. 年1回、サービス向上委員会が中心になって利用者満足度調査を実施していました。その結果を集計・分析して、改善点も含めて利用者家族へ郵送等で周知していました。玄関廊下には、その満足度調査アンケートの集計などを掲示していました。老健機能向上委員会規定に従ってフロアスタッフ会議で職員に報告して、改善点を検討していました。<br>38. 介護老人保健施設協会主催の年4回各職種毎の会議（現在はオンライン）に参加し各事業所の取組などを話し合い、その内容をフロアー会議で職員に伝えていました。<br>39. 年2回（4月・10月）に各専門職会議で業務目標を設定して、それを基に評価を年1回実施していました。そこで課題を抽出して次年度の業務計画に反映していました。今回の第三者評価の確認は中堅クラスの主任に任せ、多くの職員で対応し職員育成に繋げておられました。 |                                                         |      |      |       |