

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 5 年 5 月 1 日

令和 5 年 2 月 24 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設ひしの里）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>（施設の概要）</b></p> <p>介護老人保健施設ひしの里は入所のほか、通所・訪問リハビリ、短期入所、居宅介護支援などのサービスにより利用者の「在宅復帰」及び「在宅療養」を包括的に支援する総合施設です。施設理念として「笑顔の架け橋」を掲げ、利用者と家族の架け橋となることを目指しています。2階にユニット型 30 床、3階に従来型 36 床、4階に従来型 34 床、計 100 床の療養室を持ち、1階では 40 名定員の通所リハビリテーションを提供しています。</p> <p><b>1. 入所者の在宅復帰を目指して全職種が協働して取り組んでいます</b></p> <p>○在宅復帰率をはじめとする 10 の評価項目で高い基準をクリアすることにより、在宅強化型から在宅超強化型へと老健施設としては最も高い施設類型を取得されています。このような超強化型類型を維持するために欠かせないのは、各職種の連携です。医療、看護、介護、リハビリ、栄養、相談等のそれぞれの専門職が高いレベルで連携できるように取り組んでいます。直近 6 か月の在宅復帰率はユニット型で 58.3%となっており、退所者数 24 名に対し 14 名が自宅に復帰されています。</p> <p>○同施設では入所前、入所時、入所後に多職種でカンファレンスを行い、利用者の心身の状態、在宅での生活環境等を全職種で把握しています。また入所後の定期的なアセスメントや、必要に応じて開催されるケアカンファレンスにおいても、全職種が必ず参加し、チームとして協働で支援方法を検討しています。</p> <p>○在宅復帰に向けた取り組みは各フロアの現場職員に浸透しており、利用者の自立支援（例えば車椅子から自立歩行へ）に向けたケアカンファレンスは各フロアで自発的且つ日常的に行われており、ケアマネジャーが中心となって住宅改修、ヘルパー派遣等々在宅復帰に向けた調整を行っています。</p> <p>○同施設では積極的に看取りにも取り組んでおり、在宅復帰と入所を繰り返して、最期は老健で看取りを行うという事例もありました。本人・家族の希望に沿って、入所、在宅復帰から看取りまでのプロセスを全うすることは、多職種が協働で力を尽くす究極の形と言えます。利用者からの信頼も厚いと見えました。</p>
-----------------------------	---

	<p><b>2. ペーパーレス化に取り組み、業務の効率化に取り組んでいます</b></p> <p>○施設では徹底したペーパーレス化に取り組んでおり、各種アセスメントや介護提供記録などすべて「電子カルテ」に入力しています。電子化することにより職員間の申し送り、情報共有もスピーディで、業務の効率化を図ることができます。また文書管理においても、保管における省スペース化だけではなく、整理、保管等の事務作業の省力化につながっています。</p> <p>○ヒヤリハット報告を用紙に手書きすることをやめ、電子カルテにケア記録を入力する際に、同時にヒヤリハット報告することに変えたところ、報告件数が飛躍的に増えた(月約 80 件の報告)とのこと。またヒヤリハット報告件数が増えたことで、事故件数、特に転倒事故の件数が減ったという大きな効果も得られています。気づきの機会が増えたことは、ケアの質向上にも、繋がっています。</p> <p><b>3. 働きやすい労働環境を実現しています</b></p> <p>○施設では従来より高い有給休暇取得率を実現しており、部署によっては 100% を実現しています。全部署平均して 80% の高い取得率を達成しています。職員の希望する休暇はほぼ取得できているとのこと。</p> <p>○残業も少なく、諸会議、委員会活動も就業時間内に行われています。施設内研修も勤務時間内にオンラインで実施するなどの工夫により、業務の効率化と時短を実現しています。また積極的なペーパーレス化により記録作業の省力化や情報共有の効率化が進み、業務負担の軽減にもつながっています。施設全体としてゆとりのある看護・介護が実現できています。</p> <p>○モジュール型車いす(ひじ掛け部を取り外し可能で、両サイドからの移乗が可能)を導入するなど職員の介護負担軽減を図っています。</p> <p>○ゆったりしたスペースが確保された休憩室を各フロアに設置することで、職員はコロナ禍でも密になることなく、休憩時間にゆっくりとくつろぐことができます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p><b>1. 災害発生時の地域連携の取り組みについて</b></p> <p>○施設では災害を想定した訓練や研修を実施していますが、地域連携のマニュアルの策定に至っていません。</p>
具体的なアドバイス	<p><b>1. 災害発生時の地域連携の取り組みについて</b></p> <p>○施設は大規模水害を想定した避難訓練の実施や職員の安否確認システムの導入などに取り組んでいますが、地域住民と連携した防災マニュアル策定には至っていません。</p> <p>○まずは施設の地域交流スペースでのカフェなどの地域交流活動を通して、施設に対する地域住民の認知度を高めることが重要です。コロナ収束後の再開が期待されます。</p>

	<p>○3 か月ごとに地域へ向けたメッセージを発信しています(令和4年12月は「心とカラダに深呼吸」がテーマ)このような地道な取り組みを今後も継続することにより、地域住民との信頼関係をより一層深めることができます。</p> <p>○今後は積極的に地域住民の集まりや行事に参加され、更にコミュニケーションを深めるなかで、地域ニーズも把握でき施設が果たすべき役割が見えてくると思います。</p> <p>○それらの活動を積み重ねた上で、行政と連携した地域防災計画を策定し、BCP計画とともに地域連携の実現に向けて取り組まれることを期待します。</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	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、訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和5年3月27日
評価機関名	NPO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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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「笑顔の架け橋」はホームページやパンフレットに掲載され、理念を元に作成された5項目の「施設行動目標」を毎朝唱和し浸透を図っています。入職時や年度初めには理念及び運営方針を全職員に説明し、全体会議や研修時にも周知を図っています。また利用者や家族に対しては契約時等に説明し、理解が深まるように努めています。 2. 法人組織図により各種委員会や会議の意志決定プロセスが明確に定められています。理事会は奇数月に開催されており、施設長が出席しています。また、フロア会議や各種委員会で出された職員の意見は「看・介護責任者会議」を経て「スタッフ定例会」及び「管理会議」で取り上げられ、事業所運営に反映されています。権限の委譲と責任については職務分掌規程により明確に定めています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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. 施設が策定した単年度及び中・長期事業計画に、各部署ごとに年間目標及び中・長期目標を具体的に設定し、理念や運営方針の実現に向け取り組んでいます。計画策定にあたっては各種委員会、各フロアミーティングを定期的実施し職員の意見や意向が反映されるようにしています。また利用者及び家族に毎年満足度調査を実施してニーズを把握し、計画に反映しています。 4. 部署ごとに目標シートを用いて年間目標を作成し、課題解決に向けて取り組んでいます。会議には常勤・非常勤職員共に参加し、全ての職員の意見が反映されるようにしています。目標シートは半年に一回振り返りを行い達成状況についてフロアミーティングで話し合い、見直しを行っています。			

(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、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. 管理者は、法令遵守の観点での研修に参加しています。事業に関連する法令集は職員が自由に閲覧できるように事務室に備えると共に、PC上にもリスト化されています。介護長は法令等の情報を絶えず入手し、内部研修の際に職員に周知しています。</p> <p>6. 管理者の役割と責任について職務分掌規程により明確にして、週1回の管理会議、スタッフ定例会でも職員に表明しています。職員の意見は毎月のフロアミーティングや各種委員会を通じて事業所の運営方針に反映されています。毎年のストレスチェックの中に上司を評価する項目を入れており、職員から信頼を得ているかどうかを評価しています。</p> <p>7. 施設管理者は事業の実施状況を随時確認しており、他の用務で事業所を離れる場合でも携帯電話で常に連絡が取れる体制があります。管理者は事業の実施状況を直接管理し、ケアカルテによっても常時状況を把握しています。緊急時や非常時には職員は緊急連絡網により管理者に報告し、指示を仰ぐ仕組みになっています。また安否確認システム (ANPIS) を活用し、管理者が全職員に一斉に通知する仕組みもあります。</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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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. 質の高いサービスを提供するために必要な人材や人員の確保についての方針が、確立しています。常勤職員の比率や有資格者は人員基準以上の職員を配置しており、事務長が毎月人員配置の確認をしています。採用にあたっては有資格者を優先していますが、法人で資格取得スクールを運営しており、新卒職員の初任者研修受験や介護福祉士受験対策講座を無料で受講できる優遇制度があります。</p> <p>9. 介護長を中心に研修担当課で年間研修計画を策定し、階層別に分けて実施しています。新採職員のOJTは、全職員がかかわっています。コロナ禍においては、WEB研修システムを導入し、職員が受講しやすい体制を構築していました。また、外部研修情報も研修担当課から職員に情報を提供して参加を募っています。受講に当たっては、交通費と宿泊費を法人で負担しています。研修成果を全国老人保健施設協会で発表し、職員の気づきを促しています。感染症勉強会は全職員が受講できるように、年4回時間外手当を支給して開催しています。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルを整備し、受入れに関する基本姿勢を明文化するとともに、実施方法を具体的に定めています。近隣の高校の介護実習や専門学校のリハビリ実習などを受け入れています。コロナ禍前は小・中学校の介護体験も受け入れていました。介護長が実習指導者研修を受講しています。</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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)		<p>11. 残業時間や有給休暇の取得状況については事務部において管理しており、職員の労働環境水準の向上に配慮しています。有給休暇の平均取得率は80%と高く、100%取得できている部署もあります。管理会議で職員の就業状況や意向を把握し、月1回衛生委員会において労働環境改善の検討を行っています。育児・介護休業に関する規則を整備し、適切な取得に努めています。モジュール型車いす(肘かけ部が外れるタイプ)と介助ボードを導入し、職員の介護負担軽減を図っています。</p> <p>12. 産業医を配置しており、ストレスチェックを年一回実施するなど、職員のメンタルヘルスを維持する仕組みがあります。職員面談を年一回実施し、職員の意向を聞き取り、要望等は管理会議で検討しています。職員互助会「わかば会」があり、職員のストレス解消と福利厚生充実を図っています。テレビ視聴可能な職員食堂や、夜間仮眠も可能な職員休憩室を整備しています。各種ハラスメントの規則を定め、苦情・相談に対応する窓口を設置しており、掲示により職員に周知しています。</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. 広報誌「ひしの里通信」を年3回発行しており、ホームページでも情報公開しています。コロナ禍以前には、京都府「高齢者涼やかスポット設置事業」で施設を地域に開放し、また地域住民や家族向けに「ひしのんカフェ」や「ひし祭り」を開催して利用者との交流も図っていました。コロナ終息後には再開を検討しているとのこと。行事など地域の情報は施設に掲示し、利用者への周知を図っています。</p> <p>14. 地元久御山町の地域福祉行政窓口や社会福祉協議会等と積極的に連携し、各種地域福祉推進委員として地域福祉の向上に取り組むと共に、福祉ニーズの把握にも努めています。「久御山町まちのお助け隊養成講座」には講師を派遣し、町民ボランティアの養成に携わっています。コロナ禍以前は「ひしのんカフェ」で地域住民向けに健康体操教室を開催しており、再開を検討しています。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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. 法人ホームページ、パンフレット、機関誌により事業所情報を提供しています。重要事項説明書、契約書、料金プランの説明は分かりやすいものになっています。また見学者や問い合わせには相談員が適切に対応し記録を残しています。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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. サービスの開始にあたっては重要事項説明書や料金プラン表を使って説明しており、保険外のサービスについても料金表により説明しています。サービス内容や料金について利用者本人や家族の同意を得ており、判断能力に支障がある利用者とは正当な代理人と契約を交わしています。成年後見制度については法務省作成の冊子を活用して説明しており、現在1名の方が利用されています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. アセスメントは事業所独自の様式で利用者の心身状況、生活状況等を記録しています。主治医からの診断書をもとに入所前カンファレンスを実施した上で、利用者のニーズを聞き取り、ソフト内の「インタークシート」に利用者情報を詳細に記録しています。3か月ごとにアセスメントを見直し記録しています。</p> <p>18. 施設サービス計画の策定に当たっては利用者及び家族の意向やニーズの確認を行い、各専門職によるアセスメントのもとにカンファレンスを開催し目標設定しています。サービス担当者会議は家族同席で開催し、目標達成の評価を行い、利用者と家族の意向を再確認しています。</p> <p>19. サービス担当者会議には専門職（介護支援専門員、看護師、栄養士、PT・OT・ST）が参加しており、意見交換をしています。また必要に応じて利用者の主治医の意向も確認しており、専門家の意見を個別援助計画に反映しています。</p> <p>20. モニタリングは毎月行っており、その際に在宅復帰に向けた個別援助計画の評価を行っています。また区分変更や入退院時などには、専門家の意見を聞き、計画を見直しています。</p>			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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. 入所前カンファレンスやサービス担当者会議において、主治医や関係医療機関から診療情報の提供を受けています。また行政をはじめ地域包括支援センターや他事業所のリストを作成し連携を心がけています。利用者の入退院時には医療機関の地域連携室との連携を図っています。利用者の在宅復帰後は、居宅介護支援事業所と連携して復帰後の生活を支援しています。			



(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)		<p>22. 介護、看護等各部署で業務マニュアル・手順書が作成され、写真も豊富で大変分かりやすく実用的な内容となっています。研修時にはマニュアルをもとにサービスが提供されているかを確認しており、年に1度はマニュアルの見直しをしています。また見直しにあたり、事故やヒヤリハットの事例や苦情、満足度調査の結果を反映する仕組みがあります。</p> <p>23. 利用者一人ひとりのサービス提供状況の記録は、ペーパーレスの観点から電子カルテを使用しており、必要事項をタイトル別に分けて具体的に記入しています。文書管理規程に記録データの保管、持ち出し、廃棄等について定め、適切に運用しています。また電子カルテ不正アクセス対策としてUTM（専用セキュリティ機器）及びウイルス対策ソフトにて厳重に管理しています。個人情報保護と情報開示についての研修を毎年実施しています。</p> <p>24. 利用者の日々の変化は電子カルテに記載し、重要連絡事項は赤字に変換し全職員と共有しています。また特に重要な内容については申し送りノートも活用し、全職員に周知しています。月に1回カンファレンスを開催し、事前に全職員から意見を募り、チームケアに努めています。またカンファレンスに参加できなかった職員には議事録にて周知しています。</p> <p>25. コロナ禍で家族との面談の機会が制約される中、電話連絡やオンラインでの面会などにより家族との情報交換を心がけています。毎月のモニタリングの結果は文書で家族に伝えるとともに、状況変化時は随時電話連絡を実施しています。施設内での生活の様子を広報誌（ひしの里通信）に写真掲載し家族に伝えています。また本人の状況を家族に動画で送信するなどの工夫もしています。</p>		

(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)		<p>26. 疾患別感染対策マニュアルを作成し、内部研修を実施しています。また最新情報は看護師長が責任者を務める管理会議で共有すると同時に、マニュアルの更新を図っています。コロナ禍では施設内で利用者の感染が判明した際の隔離、ゾーニング等の対応マニュアルを作成し、感染拡大の防止を図っています。</p> <p>27. 施設内は清潔に保たれており、備品類の整理・整頓も行き届いています。利用者居室、トイレ、浴室、食堂等施設の毎日の清掃は業者に委託しており、点検表を記録しています。排泄物の個包装による廃棄や使い捨てドライタオルの採用などの臭気対策を行っています。</p>		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>28. 事故・緊急時マニュアルを整備しており、年2回事故や緊急時を想定した研修・訓練を全職員対象に実施しています。緊急連絡網により指揮命令系統を明確に定めています。</p> <p>29. 事故が発生した場合は適切に対処し、本人、家族や関係者に説明しています。事故報告書を作成し、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、再発防止策を講じています。ヒヤリハット報告は電子カルテ上に活発に提出され、KYT（危険予知訓練）も活用しながら事故防止に取り組んでいます。事故事例をもとにマニュアルの改善も実施しています。重大事故発生時は京都府（山城北保健所）及び保険者に先ず報告し書面提出をしています。</p> <p>30. 消防計画及び非常災害対策マニュアルを整備しており、火災を想定した消防訓練を年2回（内1回は消防署と合同）、風水害避難訓練を年2回実施しています。久御山町と福祉避難協定を締結し連携していますが、地域との連携マニュアルは現在作成中とのことです。</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
<b>IV 利用者保護の観点</b>						
	<b>(1) 利用者保護</b>					
	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. 事業所の理念・運営方針に人権を尊重したサービスを提供することが明記されています。人権擁護の研修を全職員対象に年1回実施しています。身体拘束禁止・虐待防止のマニュアルを整備し、拘束適正化・虐待防止研修を全職員対象に年2回実施しています。毎月身体拘束禁止・虐待防止委員会を開催し「自己点検シート」を活用して日常業務の振り返りを行っています。</p> <p>32. プライバシー保護のマニュアルを整備し、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を心がけています。オムツ交換やトイレでの排泄介助の際はカーテンや扉を閉めて行い、入浴・排泄等は利用者の希望があればできる限り同性介助を心がけています。毎年プライバシー保護についての法人内研修を実施しています。</p> <p>33. 入所判定は、判定会議を開催し多職種で協議して公平・公正に決定し、記録に残しています。重度の認知症の方でも受け入れるための方策を検討し、実際に重度認知症の方も受け入れています。高度な医療的ケア等が必要でどうしても受け入れが難しい場合は、申込者に丁寧に説明すると同時に他の事業所を紹介しています。</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>34. 重要事項説明書に意見・要望・苦情等の相談窓口を明記し、施設内にも利用者に分かりやすく掲示しています。また各階に「ご意見箱」を設置して、利用者の意見・要望・苦情を毎月確認しています。利用者嗜好調査の際には必ず面談を実施し、利用者の意向や満足度の把握に努めています。</p> <p>35. 利用者の意見・要望・苦情については「苦情対応の概要」として定めています。苦情があった場合は「苦情報告書」を作成し、管理会議で内容を分析し対策を立ててサービスの改善に生かしています。回答内容は個人情報保護に配慮した上で施設内に掲示しています。</p> <p>36. 事業所関係者以外の第三者を相談窓口として委嘱し連絡先を掲示しています。公的機関の相談窓口の電話番号や受付時間、FAX番号を重要事項説明書に記載し、施設内にも掲示しています。毎月久御山町介護サポーターを受け入れていましたが、コロナ禍で中断しています。</p>		

(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	B
(評価機関コメント)		<p>37. 毎年利用者への嗜好調査を行い、栄養委員会で検討し、可能な改善はすぐに対応しています。令和3年8月には家族満足度調査を行い、サービス向上委員会で取りまとめ、サービス向上に反映しています。管理会議で年度末にそれぞれの調査による改善の実施状況を評価しています。</p> <p>38. 月1回サービス向上委員会が開かれ、サービス向上に向けた取り組みについて検討しています。サービス向上委員会には各部署の職員が参加しており、全職員に検討内容を伝達できる体制があります。利用者の要望により、温冷配膳車を配備し利用者に適温で食事を提供できたとの事例があります。京都府介護老人保健施設協会の各職種別部会に積極的に参加して情報収集し、自事業所の取り組みと比較検討・評価しています。</p> <p>39. サービス向上委員会を中心に定められた評価基準に基づき、毎年各部署で自己評価を実施しています。またその結果を管理会議で検討し、課題を明確にして次年度の事業計画に反映しています。今回の第三者評価受診は前回受診から3年以内の受診となっておりません。定期的(3年毎)な第三者評価受診をお願い致します。</p>		