

アドバイス・レポート

令和 8 年 1 月 3 0 日

令和 7 年 1 0 月 2 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（**介護老人保健施設とちのき**）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) 人材の確保・育成</p> <p>新任・中堅・所属長・管理職といった階層別研修計画を策定し、研修には民間の e-ラーニングシステムも活用されています。新人職員オリエンテーションは医聖会全体で開催され、年 2 回のフォローアップ研修があります。外部研修へは自主希望、もしくは上司の推薦で参加されています。身に付けたい技術や、興味のある研修について積極的に参加できる体制があることで、職員のモチベーション向上にも繋がっているようでした。施設内外の研修への参加を確保し、経年ごとに必要な知識や技術を身に付けることで職員が確実にステップアップできる体制を整えておられました。</p> <p>2) 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）</p> <p>「医聖会グループ勤務環境に関するハンドブック」を策定し、育児休業や介護休業その他ストレス管理や、メンタルヘルスに関する健康相談など労働者を守る様々な公的施策や法人の制度を分かりやすく紹介し職員全員に配布されています。また法人の労働環境改善の取り組み状況をまとめたものを年に 1 回、各部署に報告し、働きやすい労働環境への配慮を大切にされていました。事業所内には職員用託児所があり、定期的もしくは一時的に子どもを預けることができ、安心して働ける環境が整備されていました。</p> <p>3) 業務マニュアルの作成</p> <p>各種マニュアルについて種類ごとに番号をつけて整備し、定期的に見直しをされていました。事業計画にもマニュアルの見直しについて明記されています。マニュアルは介護・看護に関すること、身体拘束虐待防止・認知症の他、記録についてや入居者の荷物管理の方法など細やかにマニュアル化されています。マニュアル集は各階に設置され職員全員がいつでも閲覧できる体制になっていました。また「とちのき職員基本マニュアル」には、理念やキャリアパス、職務分掌、勤怠、社会人マナーなど、施設で働く上で理解・把握が必要な項目を分かりやすくまとめておられ、そのマニュアルを見ることで、とちのき職員としての心構えなどが分かるようになっていて、職員の指針になっているマニュアルであると感じました。このマニュアルは入職時のオリエンテーションで丁寧に説明されていました。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 地域との連携・情報発信 新興住宅街の地域であり、地域の各種団体との連携や情報発信は未着手のところもあるとのことでした。精華町の地域包括支援センターとも連携しながら、地域活性化に向けて協力していきたいとのことでした。</p> <p>2) 職員間の情報共有 記録の電子化などに向けて取り組んでおられるとのことでしたが、現時点では手書きでの記録となっております。職員間の情報共有においても何度か同じ内容をカルテや申し送りノートなどに記載する必要がありました。記録の電子化について、今後の具体化が望まれます。</p> <p>3) 評価の実施と課題の明確化 毎年、各職員が自己評価シートを用いてチェックをすることで自己評価を行い、到達度を確認できる仕組みがあります。ただ、この自己評価は職員個人の目標の到達度を確認しているものです。また実施されている5S活動の点検は施設として提供しているサービスの体制、内容、質に対する事業所の評価としては、内容の見直しが必要だと思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 地域との連携・情報発信 地域の拠点となる同法人の総合病院が隣接されている点では、情報を共有したり協同発信できる大きなメリットがあると思われます。現在施設が持つておられる機能や取り組みについて、系列病院と協力しながら一緒に地域に対して発信していくことも有効ではないでしょうか。また、災害時の地域の福祉避難所として指定されている点や、地域のイベントへ職員を派遣し協力されていること、地域の大学の看護科学生を多数受けておられること、地域の中学生の職場体験用の説明シートを常に準備をされていることなど、地域と連携を意識されている点は多数確認させていただきましたので、今後の更なる発展に期待したいところです。地域包括支援センターとは、地域の課題や連携が必要なことを相互に確認する機会を持つことで、施設が地域に貢献できることを見つけていけると思います。職員ヒアリングでも「地域ともっと繋がるにはどうすればよいか」と問題意識を持っておられましたので、職員からアイデアを募ってみるのも良い提案が得られるかもしれません。毎月発行されている、とちのき広報誌についても館内掲示だけでなく、系列病院や地域に発信してみられてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 職員間の情報共有 ICTの活用に関する現場でのアンケート結果を元に、現場職員の声が多かった介護記録ソフトの導入を今後検討されているとのことでした。申し送り業務や、療養管理日誌、申し送りノートなどを活用され職員間の情報共有には努力をされています。記録システムが導入されればケース記録の転記等の効率化が期待でき、職員間の情報共有がよりスムーズに行えるのではないのでしょうか。また職員の負担の軽減に繋がると考えられますので、ぜひ導入の具体化を進めていただきたいと思います。</p>

	<p>3) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>実施されている職員の自己評価シートその他、取り組まれている5S活動の点検は職場環境の改善に役立つものと思われます。ただサービスの質向上のためのサービスの体制、内容、質に対する定期的な評価とするには、更なる検討が必要だと感じました。今回の第三者評価をきっかけに、運営されているサービス向上委員会の中で、こういった自己評価が望まれるのか検討してみられてはいかがでしょうか。現在の5S活動の点検を活かして、事業所のサービス体制・内容等を評価するチェックシートを作成したり、この第三者評価の共通評価項目チェックシートを定期的に活用して、事業所の自己評価を実施する事で、更なるサービスの質の向上に繋がっていくと思われます。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2651480010
事業所名	介護老人保健施設 とちのき
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・ 介護予防通所リハビリテーション・介護予防短期入所療養介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	令和7年11月19日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 理念や運営方針は明文化され、パンフレットや、広報誌に掲載されていました。職員は、月1回の全体朝礼での理念唱和の他、名札に施設理念を携帯し、いつでも確認することができます。入職時のオリエンテーションで理念について学習する仕組みがありました。 2) 医聖会理事会、医聖会本部会議、医聖会業務推進会議、施設代表者会議といった幹部の会議と各現場単位での会議を設定し運営されています。ICTの活用に関する現場でのアンケート結果を元に、現場職員の声が多かった介護記録ソフトの導入を検討されていました。各職種や階層毎の役割や権限はとちのき職員基本マニュアルに明確に規定されています。		
(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) 施設としての事業計画は、数値的な経営目標、人材育成目標、研修計画などを策定されています。計画には利用者満足度調査での要望（本がもっと読みたい等）やサービス評価向上委員会の議論（歌集を新しくしたい等）なども踏まえて策定されていました。中・長期計画では、設備面の整備や、在宅復帰・在宅療養支援機能が最も高い超強化型老健への類型移行に向けたプロセスなどが盛り込まれていました。 4) 施設全体の目標に沿って介護、医務、栄養、リハビリ部門それぞれに、課題に沿った具体的目標が設定されていました。年度末に達成状況と課題を会議で確認し次年度の計画に生かされています。		
(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)業務関連法令リスト集において、関係法令とそのリンク先がまとめられ、分類毎に関係書類が整頓されていました。また、介護報酬の改定時や集団指導の内容をパソコンを使用しオンライン上で職員が研修する仕組みがありました。</p> <p>6)管理者の役割は明確に職務分掌に定められています。施設長は館内を回って職員とのコミュニケーションを図られていました。月1回の全体朝礼では施設長より行事についてや感染症防止の啓発、その他経営面での進捗などを職員に向けて直接発信されていました。施設長は職員自己評価シート（施設長用）で職員からの信頼を得られているか自己評価されていますが、部下である職員からの客観的評価によるものではありませんでした。</p> <p>7)運営管理者（事務長・部長）や施設長は勤務外でも24時間携帯電話で連絡をとれる体制があります。緊急連絡網があり、事故や災害時の連絡経路は事故防止対策マニュアルやその他災害関連マニュアルにフローチャート化されています。また、施設全体のグループLINEで感染症、災害の緊急時に一斉に情報発信することもできるようにされていました。通所リハビリでは専用のコミュニケーションシステムを導入しているとのことでした。</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

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)		<p>8)人材育成マニュアルでは求める職員像が定義され、各職員が成長していくために必要な階層別の研修制度も充実していました。人事考課制度があり、人事評価や昇格の基準が明確に定められています。自己評価シートを基本とした年1回の面談で、職員の成長過程を確認しておられ、総合的な人事管理体制の仕組みが確認できました。</p> <p>9)離職率管理シートで経年の離職者の動向を把握し、法人の人事部と協力して職員の定着に努めておられます。介護福祉士取得支援奨学金貸与規定で実務者研修の費用の負担のほか、資格取得に係る費用や研修日・受験日の職務免除等の仕組みがありました。（今後介護支援専門員の資格取得支援の仕組みも検討中とのことでした。）その他、職員紹介制度、就職者支度金制度なども充実しています。現在SNSで法人内のクラブ活動の様子などを紹介されていますが、今後介護職の現場で働く実際の様子を発信していきたいとのことでした。</p> <p>10)階層別研修計画を策定し、研修には民間のeラーニングシステムも活用されています。新人職員オリエンテーションは医聖会全体で開催されています。外部研修へも積極的に参加されています。外部研修に行かれた後、内部へのフィードバックも随時行われていました。</p> <p>11)介護福祉士やリハビリ資格者の実習指導者講習修了者がおられ、実習受け入れの基本姿勢等が明文化されたマニュアルを作成されています。看護師・理学療法士・管理栄養士の実習を受け入れておられます。特に近隣の女子大学の看護学部からは期間を分けて100名を超える学生を受け入れておられました。</p>		

(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) 医聖会グループ勤務環境に関するハンドブックがあり、労働者を守る様々な公的施策や法人の制度を分かりやすく紹介されています(全職員に配布)。また法人の労働環境改善の取り組みをまとめたものを年に1回、各部署に報告されていました。事業所内に職員用託児所があり、安心して働ける環境があります。ICTに関する現場職員アンケート結果から、現在手書きの利用者情報の記録方法を「デジタル記録支援システム」への変更を目指しておられました。記録システムを導入されれば効率化が期待でき、更に職員負担の軽減に繋がると思われます。職員との定期的面談の機会もあり、上司にも相談しやすい環境であることが職員へのヒアリングでも確認できました。 13) 休憩スペースは、各階の職員詰め所内に仮眠室が設置されているほか、会議室の開放や、眺望の良い屋上スペースでの休憩が可能です。産業医の配置や法人全体で「心の相談窓口」を開設し、メンタルヘルスの維持のための体制づくりをされていました。ハラスメントに関する規程も整備し、最近ではカスタマーハラスメントの規程を策定され、サービスを利用される方にも理解しやすいようなチラシを玄関ホールに掲示されていました。法人内で複数のサークル活動(野球・バレーボール。フットサル・マラソンなど)があり、ストレス解消のための取り組みとして配慮されていました。		
(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。	B	B
	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	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) 地域包括支援センター運営協議会に参加し、地域との連携や情報収集に努めておられます。新興住宅街の地域であり、地域の各種団体との連携は未着手のところもあるとのことでしたが、精華町の地域包括支援センターとも連携しながら、地域活性化に向けて協力していきたいとのことでした。 15) 相談員・ケアマネジャーマニュアルの中でボランティア受け入れに関する基本姿勢や、受付表などを整備されています。過去には音楽関係や習字といったボランティアグループを受け入れておられます。地域の中学生の職場体験用に、中学生でも分かりやすく高齢者や施設の概要が理解できるようなスライドショーを準備されていました。 16) けいはんな記念公園で毎年開催される「観月の夕べ」のイベントや、木津川台地域のイベントでの体力測定コーナーに、施設のリハビリスタッフや看護師が参加協力されています。認知症啓発活動「RUN伴」の中継地点として待機場所を提供したり、熱中症予防のための「高齢者涼やかスポット事業」に1階のスペースを提供されていました。また福祉避難所として地域との協定を結んでおられ、災害発生時の最大5名の要配慮者の受け入れ準備を想定されています。		

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) ホームページ及びパンフレットはとても見やすくまとめられていました。料金の詳細については重要事項説明書にまとめられていました。施設で行うリハビリについて分かりやすく写真で説明されたパンフレットを作っておられます。入所のお試し利用はありませんが、通所リハビリについてはお試し利用をすることができ、体験された方の記録もされていました。			
	(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) 認知症等により判断能力に支障のある利用者については、成年後見制度の手続きなどの案内資料を整備し、必要時には対応できる体制がありました。重要事項説明書および契約書には、成年後見人がいる方には後見人による署名がされていることを確認しました。			

(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	A
(評価機関コメント)		19) アセスメント総合シートを用いて適切にアセスメントを実施されていました。手順についてはケアマネ・相談員マニュアルに定められていました。 20) サービス担当者会議には医師を含め専門職全員が参加されていました。利用者・家族についても参加を呼びかけ参加が難しい場合は意見照会されていることを確認しました。サービス担当者会議の要点の中に利用者・家族の希望を記載されていました。 21) サービス担当者会議には医師も含め専門職が全員参加され、その際に必要な情報を共有されています。口腔ケアに関してのみ歯科医に照会し記録されていました。計画書は「健康・生活・リハビリ・栄養・口腔」といった分類に分けられ、それぞれの項目に応じたサービス計画がありました。 22) ケアマネ・相談員マニュアルにケアプランの見直しの時期が明記されていて、3カ月ごとに再アセスメントを実施されていました。（その他体調やADL変化時、要介護区分の更新・変更があった場合も見直しとマニュアルに規定）サービス計画実施の評価はケアプラン実施点検表にて、毎月各職種がサービスの実施状況を記録されていました。		

(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) 入所時・退所時には診療情報提供書・看護サマリー・リハビリサマリーなどの書類で情報共有されていました。退所の際に虐待の疑いがある方については、地域包括支援センターと連携をされていることを確認しました。 24) 老健退所後の施設に応じて（在宅・サービス付高齢者住宅・有料老人ホーム・特別養護老人ホームなど）申込の流れなどをマニュアル化し、必要時に説明をされていました。退所後であっても必要な場合には相談してきて下さいと利用者家族にも案内され、サービス終了後でもあっても協力できる体制を取っておられます。実際に特別養護老人ホーム等から再入居の相談をされることがあるとのことでした。		

(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) 各種マニュアルについて整備され、定期的に見直しをされていました。マニュアルは介護・看護に関すること以外にも、細かくマニュアル化されています。マニュアル集は各階に設置され、職員全員がいつでも閲覧できる体制になっていました。また、とちのき職員基本マニュアルには、理念やキャリアパス、社会人マナーなど、施設で働く上で理解が必要な項目を分かりやすくまとめておられました。</p> <p>26) 日々の記録については、生活の様子や食事・水分摂取量、排泄・入浴の様子など細かく記載されています。現在は手書きによる記録方法をとられていますが、必要な記録項目をまとめたり、転記記録作業は相当な労力が必要な状況のようでした。個人情報保護規程に基づいて管理を徹底されています。外部へと資料を持ち出す際の、個人情報施設外持出届も作成され、持ち出しの際の記録を確認しました。</p> <p>27) 毎日、朝夕の申し送り時間を設定し、申し送り内容は療養管理日誌に記載されています。3カ月に1回のサービス担当者会議にて、利用者の状況などを確認されていました。会議の確認事項については出席した職員が申し送りノートに記載をし、職員間で共有されているのを確認しました。申し送りノートには、入居者のケースだけでなく業務上申し送りが必要な事項も記載されています。26)と同じく手書き記録のため、情報共有にも一定の労力が必要と思われました。</p> <p>28) 家族等の面会時には必ず事務所に声を掛けて頂き、その際に必要な情報収集を行い、施設からの入居者の情報なども伝達されていました。サービス計画の3カ月に1回の見直しの際にも、家族等にサービス担当者会議に出席して頂き、もしくは電話にて情報交換をされていました。</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) 感染対策マニュアルを作成し、必要な訓練・研修も実施されていました。施設内でコロナウイルス感染症などが発生した場合については、緊急職員通達文書にて対応策を細かく周知されています。4人部屋の入居者が感染した場合には、一時的に個室対応するなどの対策を講じておられました。また年1回は隣接の学研都市病院の感染対策チームを講師に、最新の感染症対策の研修も行われています。</p> <p>30) 施設内には24時間換気システムが導入されており、自動的に汚れた空気を排出し外気を取り入れて、室温を保ちながら清浄な空気を調整できる環境を整えておられます。館内は臭気も感じられず、消臭剤による臭気対策も行われていました。施設内清掃は業者に委託され、日々清潔な状態を保っておられました。</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	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)		<p>31) 32) 事故対策マニュアルを作成されており、実際に事故が起こった場合はマニュアルに沿って対応されていました。半期ごとに起きた事故の集計を種別ごとに行い分析し、再発防止に生かされています。施設内研修も実施されており、今年度のe-ラーニングでは危険予知トレーニング（KYT）について研修を実施されました。事故防止マニュアルでは、ヒヤリハットと事故の明確な区分を規定し、報告書の記載方法も細かく決めておられました。</p> <p>33) 災害時のBCP（事業継続計画）の作成と各種防災マニュアルを整備されています。行政との協定を結び、福祉避難所としての指定を受けておられます。避難所開設訓練を実施し、最大5名受け入れの配慮者の想定や備蓄品の管理をされています。施設は立地的に、土砂災害や洪水災害のハザードマップ上にはないとのことです。</p> <p>34) 自然災害と感染症のBCP（事業継続計画）の作成をされており、各々のシミュレーション訓練・机上訓練を実施されています。また、非常時に職員を参集するにあたっては、施設の半径1km内に在住の職員を地図上で把握し、より近隣の職員から連絡をしていくよう基準を定められていました。</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	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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>35) 身体拘束・虐待防止等各種マニュアルが整備されており研修が実施されています。また、イラスト等で利用者の意思決定を補助するためのコミュニケーションノートの活用などの取り組みをされています。</p> <p>36) 定期的に身体拘束適正化委員会・虐待防止委員会が開催されています。年2回、施設独自の「虐待の芽チェックリスト」を活用してフロアごとで集計し、結果を検討する事で虐待を未然に防ぐ体制があります。「虐待の芽チェックリスト」は、他の階の職員にも評価してもらい、不適切なケアが行われていないかどうかを、客観的な視点でも評価されていました。</p> <p>37) とちのき職員基本マニュアルにプライバシー保護に関する項目を盛り込まれ、意向に沿って入浴時の同性介助を行う等プライバシーに配慮したケアの実践に取り組んでおられます。</p> <p>38) 随時、入所判定会議が開催され、多職種が入所の必要性を多角的に検討して利用者の決定が行われています。また会議では入所に至らなかったケースについても、その理由や根拠を記録されていました。</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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>39) 利用者からの意見や要望を引き出すため、年1回職員が個別に意見を聞き取る、利用者満足度調査を実施されています。利用者からの意見や苦情がサービス改善の機会であることを職員が理解され、苦情報告書の活用に取り組んでおられます。苦情報告は、サービス向上委員会にて議論され、対応策を検討し当事者の方にも伝えておられました。</p> <p>40) 苦情等に対しては苦情対応処理マニュアルに基づき、組織内で速やかな検討、改善に取り組んでおられます。利用者や家族からの意見や苦情は、会議や書面回覧で職員に周知されています。個人情報保護に配慮しながら施設玄関で公開されています。</p> <p>41) 行政機関等の第三者の相談窓口は施設玄関に提示されていましたが、事業所関係者以外の第三者の相談者の配置はありませんでした。また介護相談員等施設・法人外の人材による相談の機会は確保されていませんでした</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	B
		(評価機関コメント)		<p>42) 年1回利用満足度調査を実施されています。結果は代表者会議等で検討しサービスの改善に活かす仕組みがあります。アンケート結果は改善内容と共に施設内に掲示されています。その他、栄養課で実施される嗜好調査では食事内容の満足度を調査し、その結果も掲示されていました。</p> <p>43) 毎月の代表者会議で、同法人の老人保健施設からの情報収集を行ったり、外部研修で得た他施設の良い取り組みを、自施設に持ち帰る事でサービスの質の向上に活かされています。面会や外出、携帯電話の持ち込みの状況などを他法人の近隣施設に聞き取り、参考にされたりするとのことでした。</p> <p>44) 定期的に第三者評価を受診し、評価結果の分析・検討を行い改善に努められています。ただ事業所が提供するサービスを定められた評価基準に基づき自己評価を行う仕組みは確認できませんでした。（職員の自己評価シートの活用や、整理・整頓・清掃・清潔・躰の5つからなる職場環境の改善を目的とする5S活動の点検は実施されています）</p>		