

アドバイス・レポート

令和8年1月14日

令和7年12月1日付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」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>(3) 地域との交流 通番 14.15.16 認知症介護指導者養成研修修了者 6 名が認知症研修講師として活躍しています。地域ボランティアによる行事を開催し、ご利用者との交流を図っています。小中高校生に認知症サポーター養成講座にて認知症の理解を深める啓発活動を行っていました。また、食料品や雑貨等の移動販売業者が複数来訪し、ご利用者が買い物できる機会を設けています。地域のお弁当店と就労支援事業所の配食弁当を職員の昼食として利用することで地域との連携を図っています。</p> <p>通番 23 多職種協働 以前から設けられていた、施設の母体病院でもある協力医療機関との連携会議において今年度 4 月より毎月 1 回第 4 金曜日に看護職員と支援相談員などが出席し、より具体的にご利用者についての意見交換（ご利用者の入院中の様子、今後入所予定のある方の情報共有、体調が悪化する恐れのあるご利用者の事前の情報共有など）を実施していました。</p> <p>通番 33 災害発生時の対応 介護老人保健施設醍醐の里と災害発生時連携会議を年 2 回開催されて、地域との連携を図っています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番 3 事業計画等の策定 単年度事業計画書は策定されていますが、中・長期計画の策定はありません。</p> <p>通番 25 業務マニュアルの作成 業務マニュアルの見直しは 1 年に 1 回実施されているとのことでしたが、改訂されているものと、数年間改訂されていないものに関して見直しの結果改訂しなかったのかどうか分かりにくい状況です。</p> <p>通番 44 評価の実施と課題の明確化 評価結果の課題を明確にして次年度の事業計画に反映されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>通番 3 事業計画等の策定 単年度計画の策定と同様に、中・長期計画を策定して目標設定されることをお勧めします。</p> <p>通番18 内容・料金の明示と説明 身体拘束の禁止、虐待防止の取り組み、ハラスメント防止への取り組みなどが明記されるとさらに良いものになるかと思われます。</p> <p>通番25 業務マニュアルの作成 見直し基準を明確にして、変更のない場合でもその履歴が分かる仕組みづくりをされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 44 評価の実施と課題の明確化 評価結果を基に、その課題を明確にし次年度の事業計画に反映される仕組みが求められます。</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	2654180021
事業所名	介護老人保健施設おおよけの里
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)	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12月18日
評価機関名	(一社)京都府介護老人保健施設協会

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、運営方針が定められ、各種会議の決定事項に基づき、事業計画に基づく事業所運営、サービス提供が行われています。「お便り」の「おおよけの里」は母体の病院、近隣の居宅支援事業所、協力先の就労支援事業所等にも配布され、事業所ホームページにも掲示され、ご家族、ご利用者等に周知されています。 2. 理事会、法人内の定例会議等で経営状況やさまざまな案件が審議され、事業所運営が行われています。各種議事録も作成されています。			
(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。	B	B	
	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. 中・長期計画は作成されていません。 4. 各委員会、部署ごとの意見集約により目標設定を定め、要望を取りまとめ、単年度事業計画が作成され、理事会の承認を経て実施されています。事業計画は四半期ごとにその評価が行われ、継続・修正・変更などが検討されます。			
(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、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. 事業所の会議において、法改正や関連法規について周知され、事業所内ではパソコンで確認できます。必要な法令リストは作成されています。法令遵守の研修は全職員向けに定期的実施されています。 6. 京都府福祉職場 組織活性化プログラムを活用し、職員が定期的に管理者自らを評価しています。施設長は広報誌「おおよけの里」の事業運営で所信を述べています。組織図、職務分掌一覧は作成されています。			

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
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	
	実習生の受け入れ	11	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. 単年度事業計画には人材採用、育成、求められる資質等が盛り込まれています。毎月の残業、有給取得等の勤怠はデータで数値化され、働きやすい職場を目指しています。</p> <p>9. 事業計画に基づき、人材については、有資格者以外に外国人も採用しています。福利厚生面では、研修については時間、費用面への配慮があります。介護福祉士資格取得のために、外国人職員にも資格取得を援助する講習も実施しています。</p> <p>10. 階層別キャリアパス一覧が作成されています。事業所内必須の研修は、全員が受講するほか、人事考課などで職員一人ひとりとヒアリングし、希望する資格取得、研修等の希望も聞き取っています。</p> <p>11. 各大学、医療、介護などの専門学校、教員養成課程で実習生を受け入れています。また中高生チャレンジ体験、小学生への認知症についての研修にも取り組んでいます。</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、具体的な取り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)		<p>12. 年間休日126日、有休を利用して最大連続14日間の連続休暇を実現し、職員の働きやすさを支援しています。</p> <p>13. 勤務状況は毎月開催の衛生管理委員会でチェックし、働きやすい環境整備に努めています。メンタル面でもチェックシートでの確認、産業医による相談日を設けています。休憩室は利用しやすく整備されています。館内にはWi-Fiが網羅され、ケアデータについては、パソコン、iPadを利用してICT化が進められ、職員の勤務負担軽減が図られています。</p>			
(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)		<p>14. 事業所内に認知症介護指導者養成研修受講修了者が6名も在籍し、京都市が主催する各種の認知症研修に講師として指導に当たっています。地域での催しで認知症・フレイル予防の観点から、職員を派遣し事業所の持てるノウハウを地域住民の方々に還元しています。介護者の会に職員が参加し、老人会の行事には職員とご利用者も一緒に参加し、職員はボランティアも兼ねて参加しています。認知症サポーター養成講座に講師を派遣しています。地域ケア会議に参加して地域の状況や課題について情報交換をしています。</p> <p>15. 6年ぶりに「ふれあい祭り」を開催し、地域の消防署や中学校の学生による催し物、学生ボランティアを多数受け入れています。「認知症サポート養成講座」を実施し、認知症への理解を啓発する活動を行っています。</p> <p>16. 食料品や雑貨等の複数の業者による移動販売を週1回実施して、ご利用者に買い物の機会が提供されています。地域のお弁当店・就労支援事業所で作られたお弁当を職員の昼食として利用しています。また、就労支援事業所で作られた陶芸品等の販売を行い、事業所の取り組みや魅力を広く知ってもらう活動を行っています。</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	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)		施設パンフレットやホームページのほかに、広報担当者を配置してInstagramなどのSNSをこまめに更新し情報の発信に努めています。申し込みと対応状況については経時的に一覧になって分かりやすく整理されていました。			
(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)		契約書や重要事項説明書にてご利用者やそのご家族、成年後見人など必要な方への説明を行い、同意を得ています。			
(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)		<p>19. アセスメントはおおやけの里独自のADL評価表をベースとしたアセスメント様式を用いられています。計画の見直し時期にも再度アセスメントを行っています。</p> <p>20. 申込時の面接やその後のモニタリング時などにご本人・ご家族の意向は聞き取りされ、個別支援計画書の第1表に記載されています。</p> <p>21. 計画の策定にあたってはモニタリングから計画作成まで一連で行われていて、担当者会議には多職種が出席し検討しています。</p> <p>22. 施設生活を送る上での支援内容については一定のベースとなる支援内容が作成されていて、その必要性に応じて優先順位を決めています。状態の変化などについての詳細は第1表に記載され、計画を見直したことが確認できます。介護支援専門員は各部署に介護職との兼務で従事しているので、日々のカンファレンスや申し送りでも周知しています。</p>			
(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)		<p>23. 月に1回協力医療機関との連携会議が開催され看護職員と支援相談員などが出席し、より具体的にご利用者についての意見交換を実施していました。また入所後虐待が判明した案件などについても、担当区域の地域包括支援センターと情報共有をして対応しています。</p> <p>24. 入所前後の訪問指導には介護職員やリハビリ職などが出向き、環境を把握したうえで退所後の生活を想定し支援しています。また同施設内に居宅介護支援事業所があり、通所リハビリテーションなどもあるため、連携して情報のやり取りができています。退所サマリーなども作成され情報の提供はできています。</p>			

(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。	B	B
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. 各種マニュアル類は作成されています。定期的な見直しは明文化されていますが、毎年1回変更されているものもあります。改訂されていないものも見直しされているとのことですが履歴が確認できません。</p> <p>26. 記録は電子記録システムを用いて記録されており、どこでも閲覧できる状況です。個人情報保護規定により記録の保管、保存、破棄については明記されています。持ち出しについての記載はありません。</p> <p>27. 電子記録システムを用いて記録していますが、申し送り時はまだメモなどを用いて共有しており、二重手間に感じられます。</p> <p>28. モニタリング時にはご家族にも参加を呼び掛けています。コロナ感染拡大時に開始したLINEを用いたビデオ面会などの取組みをその後も継続して共有し、ご家族との情報交換やビデオ面会も続けています。面会は原則自由とされており特に制限を設けていません。</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)		29. 事故や緊急時における対策等を定めたマニュアルを整備し、事故や緊急時の対応、手順については、アクシデント・インシデント報告に基づき、「問題分析表」を活用し、原因、改善対策を委員会等で検討しています。月に2回、転倒対策会議が行われ、時間別、場所別などで統計も出され、分析がされていました。		

(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. 「ラウンド表」という記録用紙でご利用者の状態を把握し、ご利用者のバイタル、皮膚状態等の健康状況の観察や職員の対応をチェックしています。年に2回虐待防止、プライバシーの保護について研修を行い、「かわりチェックシート」で自己の振り返りと評価をしています。ご利用者の受け入れは入所判定会議で決定をしています。入所が不可の時はその理由を説明し、入所希望者の状態に適した事業所を案内しています。</p> <p>33. 防災訓練は山科消防署大塚消防出張所の立ち合いにて実施されています。夜間想定訓練は令和8年2月に実施予定です。また、介護老人保健施設醍醐の里と災害発生時連携会議を年2回実施されて、地域との連携を図っています。</p> <p>34. BCP研修は年4回計画立案されています。11月に消費期限が近い備蓄食料品を使用して炊き出し訓練を実施しています。同一法人である愛生会山科病院と災害時連携体制が確立されています。</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
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. 事業計画書（介護・施設ケアマネジャー）に利用者権利擁護に向けた取り組みが明記されていました。また、介護職員間で「チェック&チェックシート」を用いてご利用者との関わりを自己評価、他者評価にて接遇向上に向けた取り組みを行っています。認知症ケア研修を年6回実施して、認知症の理解を深めています。</p> <p>36. 虐待防止マニュアルが作成されて、毎年更新されていました。虐待防止委員会は年2回開催、身体拘束適正化委員会は四半期に1回開催されていました。</p> <p>37. 介護マニュアル（入浴・排泄）にてプライバシー保護に関する留意点が明記されています。個人情報、プライバシー保護研修が年1回実施されていました。</p> <p>38. 入所検討会議は定期的で開催されていて、原則として入所受け入れを断らない体制作りが構築されていました。医療ニーズの高い利用申し込みに対しては、医療機関に紹介していました。</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. 40. ご利用者の意向については、利用者アンケートを実施するほか、各職員がご利用者へのケアの際に、要望などを聞き取り、集約し取りまとめています。食事については管理栄養士が食事時に巡回し、摂食状況を基に嗜好調査を実施しています。それらの情報を基に老健機能向上委員会で検討し、サービス向上に役立っています。</p> <p>41. 事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置していませんでした。</p>			
(3)質の向上に係る取り組み						
	利用者満足度の向上の取り組み	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>42. 令和7年12月から毎月数名無作為抽出法にて利用者満足度調査を実施計画されています。毎月サービス向上委員会が実施されています。現在結果集計中です。</p> <p>43. 利用者満足度調査アンケート結果は、運営会議にて共有を行い、フロア会議にて職員に伝達される仕組みが構築されていました。</p> <p>44. 「チェック&チェックシート」を活用して利用者接遇評価を行っています。評価結果の課題を明確にして次年度の事業計画に反映されていませんでした。</p>			