

アドバイス・レポート

令和8年5月8日

令和7年6月11日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑」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>○情報収集および周知の体制 施設独自で連絡事項・情報や組織の活動状況を周知と把握ができるポータルサイトを構築し、そのサイト上で関連する法令を検索できる体制があります。また、そのサイトでは業務連絡等を即時共有できる仕組みも構築しています。</p> <p>○サービス移行時の連携・相談対応 「長期入所受入マニュアル」において、退所後の手順について明文化しています。また、超強化型を算定する施設であることから、退所後も相談員やセラピストが自宅を訪問するなどして「退所前後訪問指導記録」を作成し、地域における役割の遂行と支援の継続性に配慮しています。</p> <p>○感染症の対策および予防 専門的見識を持つ管理者のリーダーシップのもと「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画」や「感染症予防に関するマニュアル」を整備し、責任と役割を明確にした管理体制を構築しています。また、パソコン上で施設内サーベイランス情報として、入所者の発熱状況や保健所の感染症情報を共有しています。感染症である利用者については、個室で受け入れするなど、二次感染を防ぐ対策を講じています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○総合的な人事管理 キャリアパスの構築や定期的な職員面談の実施など、法人独自の人事考課制度を活用して職員評価を行うシステムを構築していますが、「期待される職員像」や人事評価基準の職員への周知については確認できませんでした。</p> <p>○担当者会議への家族の参加 「A-3 生活機能 (ICF) アセスメント」の様式を活用し、アセスメントを行い、「介護老人保健施設ケアプラン (リハビリテーション・ケア・栄養・口腔) 総合計画書」で個別援助計画を作成しています。しかし、サービス担当者会議に利用者は参加していますが、感染症予防の観点から家族の参加の呼びかけ実施しておらず、会議後に内容を通知しています。</p> <p>○苦情対応の公開 苦情対応委員会を年2回定期開催するとともに、必要に応じて随時開催に苦情対応にあたっています。しかし、苦情内容および対応状況を公開する仕組みはありません。引き続きプライバシー保護の観点と情報公開のあり方について協議を重ねています。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑は、高齢化と人口減少による医療福祉資源の持続性が課題となる京都府北部地域において、超強化型老健としての機能を持ち、地域住民の福祉と健康のサポートを積極的に実施されています。また、事業所運営においてもICTや見守り機器を積極的に導入し、業務の効率化、生産性向上の取り組みを推進されています。貴事業所がますます発展され、丹後地域の医療福祉の重要な役割を引き続き担われることを期待し、以下のアドバイスをさせていただきます。</p> <p>○キャリアパスが明文化され、人事考課および就業意向を確認する職員面談が定期的実施されていますが、職員への評価基準および事業所としての求める職員像の周知について取り組み段階であるとのことでした。定期面談で個別にフィードバックが実施されていると思いますが、求める職員像および評価基準の明文化および公開は、職員のモチベーション向上につながると思いますので、これを実施することを提案いたします。</p> <p>○感染症対策等により、来客および面会をコントロールしている影響で、介護保険更新時などの担当者会議は本人出席のみでの開催となっています。希望や意向の確認の場においては本人及び家族の同席による意見交換の場も重要と思われるので、感染症対策と併せて同席での担当者会議の実施方法を検討されることを提案いたします。</p> <p>○苦情対応委員会を年2回開催し、報告と改善の協議を実施しています。ただ、苦情の公開方法については、現在検討中であることをヒアリングで確認しました。公開する苦情内容については個人情報への配慮が必要となりますが、申告された苦情を公開することで、サービス提供に対する姿勢について信頼度が向上するものと思われます。公開に向け取り組みを進めら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)

評価結果対比シート

事業所番号	2652180015
事業所名	介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑
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 居宅介護支援事業所 訪問リハビリテーション 通所リハビリテーション
訪問調査実施日	令和8年3月12日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 年度当初に職員会議を実施し、施設理念・運営方針について全職員に周知しています。また、会議はすべての職員が出席できるように2日間の日程を確保しています。 2. 組織としての意思決定は「北星会規則」事務規定に定めており、「施設長会議⇨業務運営会議⇨各部門会議」の流れで意思決定しています。			
(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。	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. 業務運営会議を実施し、組織としての課題・稼働率・運営状況を共有し、事業計画に反映しています。しかし事業計画の周知については、ホームページに掲載する以外は説明、周知の機会は設けていません。 4. 毎月開催するユニット会議で課題を共有し、サービス向上に向けた計画を立案し取り組んでいます。また、進捗状況についてもその会議の場で確認しています。			
(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、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。	B	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. 施設独自でポータルサイトを構築し、そのサイト上で関連する法令を検索できる体制があります。また、そのサイトでは業務連絡等を即時共有できる仕組みも構築しています。</p> <p>6. 施設長は毎月開催の業務運営会議に出席し、状況を確認するとともに職員の意見を聞く機会を設けています。また、組織活性化プログラムとして職員アンケートを実施しており、その項目に法人に対する評価、上司に対する評価項目があります。</p> <p>7. 「夜間緊急連絡表」および「事故発生の防止のための指針」において、緊急時の指揮命令システムを定めています。</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

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。	B	B
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. 法人独自の人事考課制度を活用して職員評価を行うシステムを構築していますが、「期待される職員像」や人事評価基準の職員への周知については確認できませんでした。</p> <p>9. 組織図を随時更新し、受験費用の助成等による資格取得支援制度を整備して職員のスキル向上とキャリア形成を支援しています。また、離職者に対しても可能な範囲で聞き取りを行い、職場環境・組織改善の取り組みの参考にしています。</p> <p>10. 年度初めに研修計画を作成し、施設内外の研修への参加を促進しています。また、定期的な面談を実施し、悩みやキャリアアップについて相談する機会を設けています。</p> <p>11. 「実習受入マニュアル」を整備し、受け入れる種別に応じた適切なフォロー体制を確立しています。</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. 有給休暇や時間外労働は法人本部が一元管理し、法定基準に基づいた取得体制を整えています。無記名で投函できる「ご意見箱」やフリーボックスを設置し、職員の意向や意見を把握しやすい環境づくりに努めています。</p> <p>13. メンタルヘルスに関して産業医に相談できる体制を整備しているほか、職員親睦会を設置して他部署の職員と交流する機会を設けており、職員が安心して働ける環境やストレス解消への配慮を適切に行っています。</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）	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	B
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. 地域との関わりを事業計画に明記し、法人広報誌「きらめき」や施設広報誌「なぎさ苑だより」の発行している他、ホームページや回覧板を通じて積極的な情報発信を行っています。</p> <p>15. ボランティアに関するマニュアルは整備していますが、感染症予防の観点から、現在受入れや利用者の地域行事への参加は見合わせています。</p> <p>16. 地元の小学校で認知症サポーター養成講座を開催したり、地域のサロン活動への送迎や福祉即戦力人材育成講座への講師派遣を行ったりする等、専門性を活かした地域貢献活動を実施しています。</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	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. 重要事項説明書により、サービスの内容や利用料金等の情報を提供しています。利用者の問い合わせ等については、館内の写真などを入れたタブレットを使用し、利用者などに説明しています。		

(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. 重要事項説明書（保険外のサービスを含め）を用いて利用者などに説明し同意を得ています。成年後見制度の活用については、行政が作成した冊子を使用し、相談員が説明しています。実際に経済的虐待が疑われる利用者に対して、行政と連携し、成年後見制度の申し立てを行った事例がありました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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	B
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. 「長期入所受け入れマニュアル」や「全老健版ケアマネジメント方式R4システム」にて、利用者のニーズや課題を明らかにする手続きを定め、記録しています。入所後2週間後に再アセスメントを行い、定期的には3か月ごとにアセスメントを実施しています。</p> <p>20. 「A-3生活機能（ICF）アセスメント」の様式を活用し、アセスメントを行い、「介護老人保健施設ケアプラン（リハビリテーション・ケア・栄養・口腔）総合計画書」で個別援助計画を作成しています。しかし、サービス担当者会議に利用者は参加していますが、感染症予防等の観点から家族の参加の呼びかけはしていません。</p> <p>21. 個別援助計画を作成するにあたり、医師や看護師、相談員やセラピストなどと連携しながら、課題の抽出等を行っています。リハビリ職の意見を取り入れて、個別援助計画書に反映しています。</p> <p>22. 「長期入所受入マニュアル」等でモニタリングに関する手続きについて定めています。見直しによって変更した個別援助計画の内容は、パソコン上で確認するなど、関係職員に周知しています。</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)		23. 医師と連携は看護師が窓口となり、情報や意見の交換を行う仕組みがあります。地域の関係機関との連携については、生活困窮者やいわゆるゴミ屋敷の事例に対して、行政と連携し、入所を受け入れた事例があります。入所後も、担当のケースワーカー等と連携を図っています。 24. 「長期入所受け入れマニュアル」において、退所後の手順について明文化しています。また、超強化型を算定する施設であることから、退所後も相談員やセラピストが自宅を訪問するなどし、「退所前後訪問指導記録」を作成し、支援の継続性に配慮しています。		
(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)		25. サービス提供に係る標準的な業務マニュアルを整備しています。各種マニュアルは、委員会や担当部署が年度初めに見直しをしています。また、「なぎさ苑各種マニュアル更新管理表」を活用し、更新状況を管理しています。 26. 「社会福祉法人北星会特定個人情報取扱規程」により、記録管理の責任者や記録の保管等について文書で定めています。個人情報取扱規程の内容が職員に理解するための取組として、年1回職員全体会議で確認しています。 27. 利用者に変化があった場合の情報については、パソコン上での情報共有、申し送り（朝礼9時、夕礼16時30分）の実施において、職員間で確実に情報共有する仕組みがあります。また、利用者の支援にかかるカンファレンスを開催する前に、居室担当介護職員やリハビリ担当職員などが、事前に他職員の意見を集約しています。 28. 利用者の家族等とは、洗濯物を持参された時やオンライン面会時等に面接する機会を設けています。利用者の日常の様子や行事等の情報は、毎月発行している「なぎさ苑だより」の送付や電話連絡などで情報提供しています。		
(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. 「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画」や「感染症予防に関するマニュアル」を整備し、責任と役割を明確にした管理体制を構築しています。また、パソコン上で施設内サーベイランス情報として、入所者の発熱状況や保健所の感染症情報を共有しています。感染症である利用者については、個室で受け入れするなど、二次感染を防ぐ対策を講じています。 30. 清掃は外部業者に委託しています。「日常清掃業務実施管理表」を用いて、施設内の衛生管理について記録しています。		

(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>31. 「緊急時及び事故発生等の対応マニュアル」の事故発生時の対応手順において、責任者や指揮命令系統が明らかにしています。また、緊急時等にはメールを活用した緊急連絡網ソフトにおいて、職員と連絡が取れる仕組みがあります。消防避難訓練や救急救命講習を定期的開催するなど、実践的な訓練を行っています。</p> <p>32. 事故が発生した場合は、「事故報告書」を作成し、利用者や家族、関係者に説明、報告しています。発生した事故の内容は、毎月開催しているリスクマネジメント委員会にて、予防対策を共有するなどし、再発防止に努めています。</p> <p>33. 「自然災害発生時における業務継続計画」や「防災マニュアル」を整備し、責任者や指揮命令系統を明らかにしています。また、備蓄リストについては、委員会で年1回確認し情報更新しています。行政などと連携した訓練については地域の総合防災訓練実施の際に情報授受の訓練に参加しています。</p> <p>34. 「新型コロナウイルス感染症発生時における業務継続計画」や「自然災害発生時における業務継続計画」を整備し、事業を維持、継続するための体制を整えています。また、サービス提供を継続するための施設設備として、自家発電機がないため、ポータブル発電機を購入するなど、必要な対策を講じています。</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. 接遇に関する研修を実施し、利用者に対する声かけの方法などを周知徹底しています。また、毎月実施するユニット会議、フロア会議で接遇の状況について点検を実施しています。</p> <p>36. 虐待防止や身体拘束に関する指針・マニュアルを整備し、職員が統一した対応を行えるように体制を整えています。また、委員会や研修を計画的に実施し内容の周知と理解の促進を図っています。</p> <p>37. 看護・介護マニュアルにプライバシー保護に関する内容を明記するとともに、定期的に研修を実施するなど、職員に対し周知徹底しています。</p> <p>38. 「入所受け入れマニュアル」に基づき、入所申し込みから決定、入所に至るまで公平・公正に対応しています。</p>		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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。	B	B
		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. 利用者満足度アンケートを実施し、その結果はサービス向上委員会で検討・分析するとともに、業務運営会議で共有してサービスの向上につなげています。</p> <p>40. 苦情対応委員会を年2回定期開催するとともに、必要に応じて随時開催して苦情対応にあたっています。しかし、苦情内容および対応状況を公開する仕組みはありません。</p> <p>41. 公的機関等の窓口に相談や苦情を訴えるための方法については、定款に表記するとともに玄関フロアに掲示しています。オンブズマン等の受け入れについては、宮津市の制度がない影響もあり実施できていません。</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	B	B
	(評価機関コメント)	<p>42. 年1回満足度調査を実施し、サービス向上委員会（月1回実施）で集計して検討しています。議事内容は業務運営会議で共有しています。</p> <p>43. サービス向上委員会を開催し、サービスの質の向上に係る検討を行っています。また、京都府老人保健施設協会において職種ごとに年3回程度行う意見交換の場を活用し、他事業所の状況や取り組みなどの情報収集を行っています。</p> <p>44. 業務運営会議でサービス提供の状況を確認していますが、自主点検以外の点検の仕組みはありません。</p>			