

アドバイス・レポート

令和8年5月10日

令和7年10月20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

特に良かった点とその理由(※)	【施設概要】 医療法人啓信会が運営する介護老人保健施設「ひしの里」は、京都府久世郡久御山町にある2014年設立の施設です。要介護1～5の高齢者に対し、医師の管理下でリハビリや看護・介護ケアを提供し、高い在宅復帰率を目指す超強化型介護老人保健施設です。入所定員100名で、建物内に短期入所療養介護・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・居宅介護支援サービスも併設しており、地域のリハビリテーション拠点であるとともに「大規模多機能」老健として、利用者の在宅生活を支援しています。 ※超強化型介護老人保健施設とは、5つある介護老人保健施設の施設区分の中で「在宅復帰・在宅療養支援機能」が最も高い施設で、在宅復帰率50%超、ベッド回転率10%以上など、厳しい要件を満たす必要があります。 1. 「笑顔の架け橋」の理念のもと、利用者本位のサービスを提供しています ○施設は、利用者と家族の『笑顔の架け橋』となり、在宅復帰を目標に、それぞれの利用者に合ったリハビリテーションや看護・介護サービスを提供するために、職員が一体となって取り組んでいます。 ○リハビリテーション、看護、介護の各専門職が専門的なスキルを発揮する際に、利用者との良質なコミュニケーションは欠かせません。施設では、独自に「コミュニケーションマスター」制度を導入し、コミュニケーションスキルにすぐれた職員を育成し、サービス提供力の向上を図っています。 ○自らの意思を表明できない利用者には、施設のコミュニケーションマスターが主になって、利用者の意向を引き出しており、利用者に寄り添ったサービス提供を実践しています。 ○施設理念とは別に、各フロアにもフロア理念を掲げており、2階のフロア理念に「個別ケアの実践・ご利用者の生活のリズムにあわせよう、ご利用者の笑顔を引き出そう、皆で悩んで皆で話し合おう」とありました。職員自らが話し合いで作ったこの理念の中にこそ、利用者本位の精神が伺えました。 ○施設は、在宅復帰後の利用者や家族の在宅生活を、居宅介護支援サービス、訪問リハビリ等を活用し、積極的に支援しています。地域住民、特に高齢者やその家族にとって、かけがえのない大きな存在となっています。 2. 職員の主体性を重んじ、モチベーションの高い活気のある職場となっています ○施設理念のもと、5つの施設行動目標（①気遣いと思いやりある支援②笑顔を絶やさず元気に挨拶③敬意の心で傾聴の姿勢④自覚と責任のある行動⑤整理整頓・清潔な環境づくり）を、職員公募で決めており、毎朝唱和しています。 ○生産性向上委員会を前年度に立上げ、各部署（介護、看護、リハビリ、栄養等）の課題を抽出するためのプロセスとして、「気付きシート」を、年1回職員が提出することにしました。グーグルフォームを使い、提出しやすくなったこともあり、腰痛予防のためのスライディングシートやモジュール型車椅子の導入につながりました。 ○介護方法のマニュアルに関しては、職員が独自に、接遇編、排泄編、入浴編に分けて内容を視覚化したポスターを作成し、各階のサービスステーションに掲示しています。職員に注意・喚起し、意識下で働きかけています。虐待防止の取り組みでも、毎年、職員独自で、不適切ケアをイラスト化したポスターを作成するなど、主体的に取り組んでいます。 ○今回実施した第三者評価アンケートでも、「利用者にとっては安心で、居心地の良い安らぎの場となり、家族としてもうれしいことです」とのコメントがあり、施設環境の良さが伺われます。職員の努力が、利用者に伝わって、良い環境を生んでいると感じました。
-----------------	--

	3. 地域との関わりを大切にし、地域貢献活動に取り組んでいます ○月1回、行政による地域住民の健康増進の取り組みの一環として「ひしのん元気体操」を、施設のリハビリ室で開催しています。毎回、10名ほどの地域住民の参加者があり、地域住民の介護予防に役立っています。 ○毎年9月に「ひし祭り」を開催し、施設1階のホールを地域住民に開放しています。施設のブースを出し、住民からの介護や福祉用具の相談に応じています。 ○歩くまち「くみやま」の歩く拠点として、施設の休憩室を提供しています。 ○地域行事「久御山町ふれあい福祉祭り」に参加し、介護相談会を開催しています。 ○久御山町地域包括ケア推進会議に出席し、地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組んでいます。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	1. 定められた評価基準に基づく事業所の自己評価の実施について ○毎年各部署の目標達成内容を振り返り、課題分析を行い、次年度の計画に反映させていますが、定められた評価基準に基づく事業所の自己評価は、実施できていませんでした。
具体的なアドバイス	1. 定められた評価基準に基づく自己評価の実施について ○施設では目標管理シートを用いて、各部署ごとに、1年・3年の期間を定めて目標を設定し、達成状況も確認しています。目標管理シートによる自己評価は、施設の事業計画に対する達成状況の評価としては有効です。しかし、第三者評価に定められた評価基準に基づく自己評価とは、「第三者評価の他、ISO認証取得及び病院機能評価、地域密着型サービスの外部評価等を含むものとする」と定義されています。 ○施設が一定の基準のもとで自己評価を実施することにより、PDCAサイクルを実行でき、サービスの質の向上を継続的に図ることができます。 ○サービス向上委員会を中心に、第三者評価項目に従った事業所の自己評価を、毎年行うことをお勧めいたします。

※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

事業所番号	2651180016
事業所名	医療法人啓信会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8年3月12日
評価機関名	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
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. 施設理念「笑顔の架け橋」のもとに、フロアごとに「フロア理念」を掲げています。理念に沿ったサービスの提供を実践するために、職員公募により「施設行動目標」を策定し、毎朝唱和しています。利用者・家族には、契約時や面談時に理念・運営方針について周知を図っています。 2. 法人理事会は隔月で開催され、理事である施設長が出席しています。管理会議、定例会、責任者会議、フロア会議等、職位レベルに応じた会議を定期的で開催しています。部門横断的に編成された各種委員会に職員が参加し、委員会の中で出た職員の意見は、各種会議を経て施設の運営に反映されています。職務権限規程を定め、職種ごとの権限と責任を明確にしています。			
(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. 施設は、単年度及び中・長期計画を、課題と達成期間を明確にして策定しています。各部署ごとに「目標シート」を作成し、短期(1年)と中期(3年)の目標を定めて計画を策定し、達成に向け取り組んでいます。計画の策定に際しては、利用者満足度調査や嗜好調査の結果を反映しています。利用者・家族への事業計画の周知を図るように、広報紙等の活用をご検討下さい。 4. 各部署（介護部、看護部、栄養、リハビリ等）の課題を抽出し、課題解決に向け計画を策定しています。6か月後に達成状況を評価し、年度末には達成度と課題を明確にし、次年度の計画策定に活かしています。年に1度、職員は匿名で「気づきシート」を、PCフォームで提出しています。気づきシートで出された改善提案は、生産性向上委員会で集約され、各部署の計画に取り入れられています。			

(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. 施設管理者（事務長）が、法令遵守の観点での経営に関する研修や勉強会に参加しています。施設では「介護事業運営に係る関係法令一覧」を整備しており、各部署のPCで、誰でも検索出来るようにしています。新人研修や毎年の全体研修会で、法令遵守及び人権擁護についての研修を実施しています。 6. 職務権限規程を定め、施設管理者は自らの責任と役割を明確にしています。施設管理者は、毎週の管理会議、各フロアの職員会議等に参加し、施設の運営方針についての自らの意見を表明しています。法人は「きょうと福祉人材育成認証制度」の上位認証を取得しており、認証制度が提供する「組織活性化プログラム」を活用して、管理者自らが信頼を得ているかどうかについての評価を実施しています。 7. 施設長をはじめ、事務長・師長・介護長等の管理者は、事業の実施状況を常時確認しており、用務で施設を離れる時は、携帯電話でいつでも連絡が取れる体制になっています。施設は、業務のICT化を進めており、業務管理ソフトで事業の実施状況について随時把握しています。また事故等緊急時には「職員緊急時連絡網」により、職員に直ちに指示できる体制ができています。		

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)	8. 施設行動目標の中に「期待する職員像」を、具体的に明示しています。施設では、年間の目標・実行計画を設定する「目標管理シート」を職員と所属長がそれぞれ記入し、年1回の個人面談により評価を行っています。また、人事考課制度と一体化されたキャリアパスを定め、職員のキャリアアップの道筋を明確に示しています。 9. 施設の人員配置、人材確保等の方策については、事務部で管理しています。ハローワークや就職フェアへの参加等、積極的に求人活動を実施し、新卒や経験者の採用だけでなく、幅広く外国人の採用も計画しています。また、施設では、採用パンフレット、Instagram等の活用により施設の魅力発信を行い、人材確保に取り組んでいます。法人が運営するスクールで、入職後の初任者・実務者研修等の資格取得支援を行っています。 10. 法人介護事業部キャリアサポート課にて、階層別研修等の年間研修計画を策定し、実施状況も把握しています。施設では、WEB研修システムを導入し、職員が自分のシフトに合わせて受講できる環境を整備しています。外部研修の情報を老健協会等から入手し、職員に提供しています。職員は希望する研修を勤務扱いで受講し、資格取得に際しては、介護福祉士等の受験費用の全を補助を受けています。毎年、介護老人保健施設協会全国大会の事例検討会に4～5名が参加し、事例報告をしています。「目標管理シート」により職員個別の研修管理を行い、毎年の職員面談の際に受講状況を確認しています。 11. 実習受け入れマニュアルを策定し、受入れの基本姿勢を明文化しています。マニュアルに受け入れの際の連絡窓口、事前説明手順等を定め、実習分野（介護福祉士、実務者研修等）や、実習生に応じた指導計画を立てています。実習指導者には、実習指導者研修の修了者を配置しています。施設では、法人が運営するスクールの実務者研修の実習生のほか、近隣の高校の福祉科の生徒を受け入れています。				
(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. 事務部で有給休暇取得率（実績70%以上）や時間外労働（月平均2時間程度）のデータを管理し、職員の労働環境に配慮しています。年1回の職員面談時に、職員の就業状況についての意向を把握し、相談に応じています。育児・介護休業規程を定め、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを進めています。眠りSCANなどのICT機器、福祉用具（モジュール型車椅子・スライディングボード等）の導入により、職員の介護負担軽減を図っています。		
		13. 職員のメンタルヘルス維持のために、ストレスチェックを毎年実施し、必要に応じて法人選任の産業医に相談できる体制があります。法人内にハラスメント・苦情の相談窓口を設置しており、組織や上司への要望・不満に対応・解決する仕組みがあります。法人には「わかば会」（互助会）があり、親睦会や野球、フットサルなどの様々なサークル活動が盛んに行われています。職員の増員に対応するために新たに設置した休憩室は、広くゆったりしたスペースが確保され、必要な備品を整備しています。各種ハラスメントに関する規定は、就業規則に明記されています。		
(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)	14. 事業計画に「地域に開かれた施設づくり・地域貢献」を掲げ、広報誌「ひしの里通信」やInstagramにより、施設情報を地域に向け発信しています。施設管理者は、地域ケア会議に出席し、地域ニーズを把握し、サービスの向上に役立てています。施設管理者が、久御山町地域包括ケア推進会議委員に就任するなど、地域との関係を深めています。			
	15. ボランティア受け入れに関するマニュアルを定め、今年度は、音楽ボランティアを受け入れています。また、近隣の高校生を職場体験（インターンシップ）として受け入れています。現在は、地域行事にボランティアが利用者とともに参加するという機会はなく、今後の課題となっています。			
	16. 久御山町生活支援体制事業として、毎月「ひしのん元気体操」を施設内のリハビリ室を開放して開催し、リハビリ体操や健康相談に地域住民が参加しています。また、地域貢献活動の一環として、歩くまち「くみやま」の歩く拠点として施設の休憩室を提供するほか、月に1回周辺地域の美化活動を行っています。			

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. ホームページやパンフレットに、施設が提供するサービスの内容を、分かりやすく掲載しています。また、事業所概要は、施設内に分かりやすく掲示されています。公開する情報は、定期的に見直しています。利用者や家族の見学や問い合わせに対しては、相談員が随時適切に対応しています。希望者には、施設内の通所リハビリテーション体験利用等を提供しています。また、動画による施設案内も行っています。		

(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. 契約に際しては、重要事項説明書と契約書で説明を行い、利用者・家族から同意を得ています。保険外のサービスについては、別途料金表を用いて説明しています。認知症等、判断能力に支障のある利用者の場合には、正当な代理人と契約を結んでいます。利用者の権利擁護の取組として、成年後見制度の活用及び地域福祉権利擁護事業を推進しています。			
(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)	19. 施設独自のインテークシートシート、フェイスシートを使い、利用者の入所前の状態や生活歴を把握し、アセスメントを行っています。また、入所後は、在宅復帰を目標に各専門職がアセスメントを行い、サービス担当者会議で、利用者のニーズや課題を明らかにし、記録しています。各専門職が専門的な立場から、3か月毎にアセスメントを行っています。また、利用者の状態に変化があった時には、再アセスメントによる見直しを行っています。 20. アセスメントに基づき、利用者・家族の意向やニーズを確認した上で、施設サービス計画書を作成しています。計画書の内容及びサービスの提供内容を決定する際には、サービス担当者会議を開催し、利用者・家族の同意を得ています。サービス担当者会議には、利用者・家族が参加しています。 21. 施設サービス計画書の策定にあたり、サービス担当者会議では、利用者の意向を確認し、医師をはじめ各専門職（看護師、介護士、栄養士、リハビリ職など）と意見交換を行っています。サービス担当者会議の結果は、施設サービス計画に反映しています。 22. 毎月モニタリングを実施し、施設サービス計画書に沿ってサービスが提供されているか、確認しています。施設サービス計画書の見直しは、3か月に1回行っています。利用者の状態に変化があった際には、各専門職でのモニタリングをもとにアセスメントを行った上で、カンファレンスを開催し、施設サービス計画書の変更を行っています。変更した計画の内容は、関係職員で共有しています。			
(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. 利用者の主治医と連携を取り、利用者が入退院する場合は、施設情報の提供やサマリーの入手等、医療機関の地域連携室との連携を図っています。地域包括ケア推進会議に出席し、行政や地域包括支援センターとの情報交換、連携に努めています。 24. 利用者が退所し、他の介護施設や在宅サービスへ移行する場合は、退所後の担当事業所と連携を行い、継続したサービスが行われるよう退所前カンファレンスを行っています。「退所前連携シート」を活用し、施設の相談員、ケアマネジャーから、移行先の事業所へ情報提供しています。相談員が、退所後の相談にも対応しています。			

(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. 各部署、専門職毎に業務標準マニュアルを作成し、毎年、見直しを実施しています。マニュアル・手順書類は、随所に図解を入れ、利用しやすいものになっています。見直しにあたっては、苦情や顧客満足度調査分析、事故防止策などを反映しています。マニュアル類は、各階のサービスステーションにいつでもすぐに見ることができるように配置されていました。 26. 施設サービス計画書に基づきサービスが提供され、ケアカルテ（業務管理ソフト）に、利用者の日々の様子や状況の変化などを詳細に記録しています。利用者情報の保管、保存、持ち出し、廃棄については、文書管理規程で定めています。個人情報の取扱いについて、利用者・家族に重要事項説明書で説明を行い、個人情報の取扱い研修を年1回行っています。 27. 施設サービス計画の内容や利用者の心身の状態や変化は、関係職員間で「ケアカルテ」を活用して、確実に共有しています。特に重要な情報については、申し送りノートも活用し、周知を図っています。また、利用者の支援についてのケアカンファレンスを、毎月開催しています。 28. 3か月ごとのサービス担当者会議で家族と情報交換を行うほか、面会等で来所された際に、相談員・看護師・介護士等が、日々の様子を伝えています。遠方の方には、動画やオンラインで情報を伝えて、情報交換を行っています。		

(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. 施設の感染症対策については、施設長以下、感染委員会を中心に管理体制を整備しています。全職員が同じレベルで感染症対応ができるように、マニュアルを整備しています。また、感染症別に、注意喚起のためのポスターを作成し、施設内の各フロアに掲示しています。系列病院の感染症対応者や京都府感染サポートチームが主催する研修等で、最新の情報を入手し、マニュアルの更新を行っています。感染委員会を中心に、感染症予防の研修や感染対応の実技等の訓練（ゾーニング等）を、年に4回、実施しています。 30. 施設内の書類・備品等は整理・整頓され、安全に保管されています。居室、トイレ、フロア、廊下、浴室、調理場は、業者に清掃を委託し、点検表により清掃状況を管理しています。消臭対策として、施設内の内装に消臭クロスを使用し、1日2回の換気を実施しています。		

(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	B
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)	31. 事故防止マニュアル・緊急時マニュアルを作成し、事故防止委員会を中心に、事故発生時の対応及び事故予防のための対策について話し合っています。施設内の事故事例等をもとに、実践的な研修を実施しています。緊急連絡網を各階に掲示し、責任者及び指揮命令系統を明確にしています。 32. 事故が発生した場合、適切に対応した上で、利用者、家族等に報告・説明しています。事故報告書を作成し、対応経過を記録しています。各部署でヒヤリハットの基準を定め、電子カルテ内の「事故ヒヤリ」に入力することで、情報を共有しています。事故発生後は、利用者・環境・職員の3要因について各委員会で分析を行い、具体的解決策、再発防止策等を検討し、対応しています。他部署での事例を委員会、定例会等で検討し、マニュアルの定期的な評価・見直しに活用しています。 33. 消防計画及び非常災害対策マニュアルを作成し、責任者や指揮命令系統を明確にしています。夜間想定消防訓練を年2回（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、災害発生時に備えて食糧等の備蓄を行っています。災害時に対応できるよう、安否確認システムを導入しています。現在、地域との連携を意識したマニュアル作成と訓練を検討中です。 34. 自然災害・感染症まん延等、事業継続に不測の事態が生じた時に備えて、BCPを策定しています。BCPは、発災後の事態の変化にも対応できるものになっています。BCPは、利用者へのサービスの継続が最優先であること意識して策定しています。令和8年2月には、特別に予算を組み、非常用自家発電機を設置し、防災体制を強化しました。年1回、自然災害・感染症BCPの研修を行っています。水害が想定される地域のため浸水を想定した訓練も含め、年2回BCP訓練を行っています。			

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

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)		35. 法人の理念、運営方針に人権を尊重したサービス提供を掲げており、施設の事業計画の基本方針にも反映されています。利用者の認知能力に応じて意思決定支援を行い、利用者に寄り添ったサービスを提供しています。身体拘束・虐待防止委員会で、不適切ケアの振り返りを行い、毎年不適切ケアについての啓発ポスターを作成しています。全職員に対して、年1回、人権擁護の研修を実施しています。 36. 利用者の虐待防止等権利擁護に関する規程・マニュアルを、整備しています。身体拘束・虐待防止委員会を月1回開催し、身体拘束や虐待の恐れがある事例について報告をしています。身体拘束適正化・虐待防止研修を年2回実施し、不適切ケアや虐待の芽についての振り返りを行っています。言葉かけ・排泄ケア・入浴ケア等の各場面での不適切ケア防止マニュアルを、全体研修で作成し、朝礼時に復唱しています。 37. プライバシー保護マニュアルを整備し、年1回、全職員対象に研修を実施しています。プライバシー保護についての事案が発生した際には、定例会やフロア会議を開催し、再発防止策を検討しています。おむつ交換や入浴介助の際、また、居室に入る時の声掛け（多床室も含め）等には、常に利用者のプライバシーや羞恥心に配慮するように心がけています。 38. 利用者の決定については、施設の入所判定基準をもとに、多職種で協議を行っています。認知症による周辺症状のある方でも対応方法を多職種で検討し、関係機関と連携して受け入れています。施設では対応できない医療処置の必要性のある方には、説明を行い、他の医療機関を紹介しています。		
(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)		39. 苦情相談窓口を各フロアに掲示し、各階のサービスステーションに意見箱を設置するなど、利用者・家族からの意向を引き出す仕組みがあります。施設管理医師自ら、診察時に利用者の意見聴取を行い、運営に反映しています。担当ケアマネジャーが、利用者との相談対応を行っています。自らの意思を表明できない利用者には、施設のコミュニケーションマスターが主になって、利用者の意向を引き出しています。また、利用者と個々に面談する嗜好調査を、定期的実施しています。 40. 施設では「苦情対応の概要」を作成し、利用者の意見・要望・苦情の対応方法について定めています。「苦情解決の仕組み」を利用者に配布するとともに、各フロアに掲示しています。利用者の意向は苦情解決・検討委員会で検討し、管理者会議や定例会で報告され、改善に向けて取り組んでいます。利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況を、個人情報保護に配慮しながら施設内に掲示しています。 41. 施設職員以外の第三者の相談窓口を設置し、利用者が見やすい場所に掲示しています。重要事項説明書に、施設の相談窓口や公的機関の担当窓口を明記しています。第三者または公的機関に寄せられた苦情等については、管理者会議や定例会で共有し、適切に対応しています。介護サービス相談員等の外部の人材の受け入れについては、コロナ禍以降中断していますが、受け入れる体制はあります。		
(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) 42. 利用者・家族満足度調査を毎年（1月）実施し、サービス向上委員会にて集計分析し、改善計画を立てて改善に取り組んでいます。また、利用者嗜好調査を毎年（11月）実施し、調査結果の分析を行い、食事やおやつのメニュー作りに反映しています。 43. サービスの質の向上に係る検討体制として、サービス向上委員会を、毎月、開催しています。委員会には、各部署の職員が参加し、検討した内容は、スタッフ定例会議に報告され、職員に周知しています。施設では、コミュニケーション能力が優秀な職員を「コミュニケーションマスター」として、年に2回、職員同士で選出するなど、非常勤職員も含め全職員がサービスの質の向上に取り組んでいます。京都府介護老人保健施設協会の各部門別の部会に参加し、他施設と情報交換を行い、サービス向上に活かしています。 44. 毎年各部署の目標達成内容を振り返り、課題分析を行い、次年度の計画に反映させていますが、定められた評価基準に基づく事業所の自己評価の実施は、出来ていませんでした。第三者評価は、3年に1回受診し、サービス改善に向けて取り組む資料としています。
--	---