

アドバイス・レポート

令和7年 3月 30日

令和7年3月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（事業所名）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 （※）	○介護付有料老人ホームである洛和会ホームライフ山科東野は交通の要所である山科区にあり地下鉄山科東野駅より10分と利便性が良い立地です。24時間介護スタッフが常駐し、日中は看護師が配置され、専門職による機能訓練に力を入れています。 ○質の高い介護を提供するために独自のキャリアパス制度を中心とした教育研修体制を整えています。 ○関連する法人グループの病院などと医療連携をとり、体調管理に努め安心・安全な生活をサポートしています。 ○職員に対する研修体が系的に定められており、教育研修の機会が確保されています。「Teams」により職員間でスケジュール・会議・事務作業・回覧板などの情報を、共有し、コミュニケーション効率を上げています。
特に改善が望まれる点とその理由 （※）	○ストレス管理として職員の休憩室がなかった。 ○災害発生時の地域と連携したマニュアルの作成や訓練が行われていませんでした。 ○プライバシー保護マニュアルが作成されていませんでした。
具体的なアドバイス	○仕事を離れて休息できる環境を整備されることを望みます。 ○プライバシー保護マニュアルの策定を望みます。

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載している。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載している。

(様式 6)

評価結果対比シート

事業所番号	2674101296
事業所名	洛和ホームライフ山科東野
受診メインサービス (1種類のみ)	特定入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	令和7年3月25日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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. 2. 法人「洛和ヘルスケアシステム」の介護事業部に属している。ミッション「人を人として思いやり、支え合える2040年へ」、ビジョン「自分や家族が、利用したいサービス・事業所になる」を職員の行動指針とし、名刺サイズの「CRED CARD」を携帯している。行動指針としている。職員対象の「やりがいアンケート／チャット」で職員の意向を把握し事業の運営に反映させている。		
(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. 法人の理念・運営方針・目標に基づいて、施設フロア毎に、月単位（おおむね3か月）で目標を設定し、現在は1階「居室の整理整頓」2階「目配り・気配り・心配り」3階「居室の整理整頓」となっている。これが職員のやる気の向上につながっている。各フロアで評価し、リーダー会議で検討、運営会議で確定している。事業部設定「質の向上」に基づき「不適切ケア」に取り組んでいる。R7年度の目標を「おもてなし」と定めている。 4. 始業前に各フロア設置の介護ソフト「ケアカルテ」で業務のチェックしている。PDCAマネジメントサイクルに基づき、事業部と一体的にサービスの質の向上に取り組んでいる。		

(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. 介護事業部主催の研修「法令遵守に関する研修／本部監査部から見た現状と設定」で周知している。法令遵守の必要性を利用者・家族等や職員等のQOL向上に繋げている。 6. 毎月、管理者に要望を伝える「管理者に対するアンケート」と「職員やりがいアンケート」を法人全体で実施している。 7. BCP対策委員会を設置し、BCPマニュアルの策定と災害時訓練を実施している。「感染症発生時における業務継続計画」同様に自然災害発生時等も策定している。緊急連絡は「Teams」を活用し、指示系統を明確にしている。		

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. 介護事業部策定の「キャリアパス」で総合的に人事管理を行い、理念・運営方針にもとづく「期待される職員像」を明確にしている。 9. 法人が初任者教育講座を開設している。また、施設が生活の場であることから看護・介護に加えて多種多様な幅広い分野から採用している。理学療法士や看護師、介護士、嚥下療法士等の医療介護分野の有資格の他に音楽療法、技能実習生、生け花、書道、ネイリスト等、多種多様な資格者の採用に努めている。 10. 事業部と一体的に計画的な人材育成と組織的な研修（OJTの実施含む）に取り組んでいる。他に外部研修（看取りケア研修、京都府感染症対策実施研修、サポートチーム育成研修等）に参加し、より専門性を高めている。 11. 実習生マニュアルに基づいて、看護学生、EPA、特定技能実習生（6か月）、非常勤職員（6か月修了後常勤に登用）等の実習生を受け入れている。実習指導者は法人内の研修を受講している。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		12. 法人が全社的に職員の労働環境の改善に取り組んでいる。チャットで全職員を対象に「やりがいアンケート」を実施し、職員ひとり一人の就業状況を聴き取っている。本部が全職員の残業データを管理している。福利厚生制度が充実している。毎月、人事会議で人員体制適正化を図っている。ICTを活用し情報の共有化を図っている。 13. イン트라ネットを活用し、職員のストレスに関する面談を実施している。毎年、ストレスチェックを実施し高ストレスの改善に努めている。業務を離れて職員が身体を休めることが出来る環境（休憩室や仮眠室等）が十分とは言えない。		

(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。	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)		14. 法人主体のイベントに協力参加している。毎年、地域住民を対象に「認知症シンポジウム」と「洛和メディカルフェスティバル」を開催している。多くの地域住民が関心を寄せ、盛況の内に終えている。会場の喫茶店（カフェ）で認知症を持つ人がウエイトレス（接客）を担っている。地域ボランティアとして山科区恒例の「義士まつり/2024年12月4日」に協力参加している。 15. ボランティア受け入れ規定に基づき、京都市ボランティアセンター等から地域ボランティア（ハーモニカ演奏、音楽療法、フラダンス、手品等）を受け入れている。 16. 「洛和メディカルフェスティバル」、「洛和会ヘルスケア学会」等で洛和会の施設・事業所が有する知的機能を地域に還元している。KBS京都「ココロらくわくラジオ」で医療・保健・福祉の情報をわかりやすく伝えている。		

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. 事業所の情報はホームページやパンフレットで提供している。問い合わせや見学等の要望や入居に関する相談は、個別の状況を確認し対応している。相談記録を作成している。月10件程度の実績がある。		
(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. 契約書や重要事項説明書等でサービス内容や料金等を説明している。介護保険サービス以外の利用については、利用料金などを詳細に説明している。入居前には施設長面談と生活相談員との面談を実施し契約に至っている。必要に応じて成年後見制度についての説明も行っている。面談時に虐待と思われる事案については、包括支援センターに情報を提供、連携を図っている。		
(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. コミュニケーションツール「Teams」で、アセスメントシートの作成、ケアプランの更新を6か月に1回行っている。必要に応じて施設所属の理学療法士、看護師なども加わり、他職種でそれぞれの課題を検討して行っている。また、必要に応じて法人内の医師と意見照会を行っている。 20. 個別援助計画書の作成時、必ず入居者や家族等の意向を確認をしている。施設内の関係する職種が参加する担当者会議に入居者の参加を促し、家族等にも参加の声掛けをしている。 21. ケアマネジャー作成の個別支援計画書を基に、施設内多職種の意見をまとめ、ケアプランを作成している。 22. 「ケアカルテ」の心身状況表、支援経過表シートを基にアセスメントやモニタリングを行うことを通して、介護・リハビリ・看護担当が課題を明確にしている。定期的にあるいは状況の変化した場合にその都度、個別支援計画の変更を行っている。		

(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. 支援経過表や看護、入退院カンファレンスの記録、日常のケア記録、24時間シートを準備し、必要に応じて地区医師、歯科医師、歯科衛生士等関係者との連携を図っている。 24. 入退院等の手続きについては所定の書式に基づき対応している。必要に応じて社会福祉協議会、居宅介護支援事業所、包括支援センターと連携がとれる体制がありまある。なお、施設運営懇談会には地区民生委員も参画、施設は町内会に加入しており、「子ども110番の家」の機能も果たしている。		
(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. 事業所の業務については施設事業マニュアル一覧を策定し、各業務マニュアルをそこに集約している。毎年度各担当が見直し、更新している。見直しに当たっては、入居者、家族からの満足度調査なども参考にして内容を精査している。これらを職員がいつでも閲覧できる体制が整っている。 26. 入居者の日々の状況及び支援状況は、支援経過記録に記されている。記録等の管理については、洛和会介護事業部が策定する文書管理規定に基づいている。簡易な文書については施設でシュレッダー処理を行っている。職員対象に個人情報・プライバシー保護等の研修は介護事業部が実施している。 27. 「Teams」でケアカルテを作成し、各担当者が支援経過を記録、各職員はこれらをいつでも閲覧できることで支援の共有化を図っている。申し送りについては、これに加えて次の担当者と対面で行い情報共有を行っている。 28. 入居者家族との情報交換は、施設内での対面・家族への文書送付でしている。		
(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. 各感染症、新型コロナウイルス感染症のマニュアルを作成している。感染予防については、介護事業部定期研修の一つとして（「感染症予防研修」「嚥下機能研修」）実施している。介護事業部が感染症や予防について最新の情報を発信、関連の研修や対策を行っている。 30. 施設内の換気を行い、臭気対策を行なっている。各職員が整理、整頓について気を配り清潔を保っている。清掃は外部事業者に委託しており、規定の点検表で確認している。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		31. 「事故発生・予防対策マニュアル」を策定、年1回以上の研修を行っている。 32. 傾向としてスタッフの目が届きにくい居室内での転倒が多く、その身体状況、認知面、生活歴など多面的に原因分析を行い、事故防止に努めている。 事故発生時は報告書を作成し、家族等にも報告、必要に応じて行政機関に報告している。ヒヤリハット報告について、「多ければ多いほど良い」としており、分析・対策を各部門で検討し事故防止に繋げている。 33. 災害発生時対応マニュアルを作成し、消防訓練・水害対策訓練を実施している。地域との連携を意識した対策は不十分であった。 34. 自然災害、感染症まん延などに備えてBCPを作成し、災害時を想定した訓練を年1回実施しているが、職員を対象とした定期的な研修は行っていない。		

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	B	
	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. 入居者の人権や意思を尊重した業務マニュアルを作成し、日常業務の中でも丁寧な言葉かけ・挨拶を意識している。スピーチロックの防止にも努めている。 36. 虐待防止・身体拘束禁止の研修を年2回行っている。介護拒否のある入居者には時間や担当者の変更をするなど組織的な対応を行っている。 37. 個人情報保護マニュアルは確認できたが、プライバシー保護に関するマニュアルは作成されていなかった。日常業務（入浴や排泄などの援助）でプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供を行っている。 38. 満室の場合は他の法人施設を紹介している。その際は十分な説明をして理解を得るようにしている。入所判定会議を随時開催し、利用申し込みを検討する体制がある。				
	(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。	B	B	
	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)	39. 令和6年10月に満足度調査を実施し、意見や要望を収集している。ケアプラン作成時に入居者や家族の意向を確認し、思いに添えるような対応を行っている。投書箱や意見箱の設置はなかった。 40. 令和7年3月に運営懇談会を行い、意見や要望を聞き取りサービス向上に繋げている。令和6年10月に実施した満足度調査結果は館内に掲示している。苦情解決の仕組みを入居者や家族に周知し、組織として迅速に対応する体制が十分ではなかった。 41. 相談機会の確保として外部の介護サービス相談員や地域住民などを受け入れる体制が整っていなかった。				

(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てている	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)	42. 年1回実施する満足度調査は本部が分析を行っている。月1回の運営会議や年1回の運営懇談会で情報を共有し、具体的な改善に繋げるようにしている。 43. 44. 月1回の運営会議・リーダー会議・フロアミーティングに職員も参加している。参加できなかった職員は「Tams」で内容を確認している。昨年11月に法人内の他事業所職員2名により事業所評価を受け、情報収集や取り組みの改善に役立てている。第三者評価受診は今回が初めてである。		