

アドバイス・レポート

令和7年12月23日

令和7年10月11日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた『特別養護老人ホーム 東旺苑』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

特に良かった点とその理由(※)	<p>(通番10) 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 キャリアパス制度や資格取得制度等によりスキルアップ向上への支援体制が整備されると共に、計画的な新人育成やOJTマニュアル等、職員に対する指導育成の方法や手順が体系的に定められています。又研修に関しても施設内で計画的に実施されつつ、外部研修の情報も積極的に入手し情報提供を行うと共に、職員が希望する研修を受講し易いよう勤務調整や費用負担をされる等、包括的に職員がスキルアップ出来るよう尽力されている事が伺えました。</p> <p>(通番32) 事故の再発防止等 職種に関わらず全職種が1日1枚ヒヤリハット記録を提出することを推奨されていました。ヒヤリハット記録を提出することで、職員の「気づき」に関しての先鋭化を増す環境作りをされています。ヒヤリハット記録の書式も職員が作成に対しての負担を感じない様に簡略化される工夫もされていました。</p> <p>(通番37) プライバシーの保護 排泄介助、入浴介助については、利用者の意向に沿って同性介助が可能な体制を整えているともに、ハード面で、プライバシーの保護や羞恥心に配慮した介助が困難な場合は、常に問題意識を持って、利用者の羞恥心等に配慮された介助がなされていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>(通番33) 災害発生時の対応 災害発生時対応マニュアルは整備されており、年に2回の消防訓練も開催されています。災害時の備蓄品の確保やBCPの整備もされていました。町内会へも参加されていることです。ただ、災害発生時の対応について地域との連携を意識されたマニュアル作成や取り組みはされていないとの事でした。</p> <p>(通番40) 意見・要望・苦情への対応の仕組みとサービスの改善 利用者アンケートの内容は、玄関に掲示することで、利用者や面会者に公開されました。意見・要望・苦情があった場合、施設内で検討し、個別に改善策を講じておられましたが、個人情報保護に配慮した改善策等の公表ができていないとのことでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>(通番33) 災害発生時の対応 災害マニュアルやBCPの整備、定期的な消防訓練、備蓄品確保等、施設内の必要事項は整備をされています。ただ、地域の中の施設という立ち位置で考えると、施設と地域との連携は必須であります。災害時、職員だけで利用者の安全確保は限界があります。職員自身が被災により出動出来ない事態も想定されます。その際、地域との連携は不可欠です。平時から地域の消防団員や自主防災会との連携、防災訓練への参加を継続することで、災害発生時の地域との連携が具体化されると思われます。町内会へも参加をされているとのことですので、まずは地域と防災面でも連携を図られてみてはどうでしょうか。</p> <p>(通番40) 意見・要望・苦情への対応の仕組みとサービスの改善 意見・要望・苦情の内容、改善策を掲示して、幅広く公開する方が、利用者及び家族の安心感、更なるサービスの質の向上にもつながるのではないかでしょうか。</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	2674100132
事業所名	特別養護老人ホーム 東旺苑
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
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11月17日
評価機関名	非営利法人KAROA

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) 理念及び運営方針が施設内に掲示されると共に、理念等が記載された携帯カードを全職員に支給される等、周知されています。又毎年4月に役職者向けの施設内研修を実施され理念等に基づいた事業計画も周知され実践に繋げられています。 2) 階層別会議(リーダー会議、運営会議)があり、組織としての意志決定に職員の意見が反映されるようになっています。			

(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) 年に一度利用者アンケートを行い、ニーズの把握を行っています。改善点については運営会議で検討され、その課題を基に事業計画を立案し施設内やHPに公表されていますが、単年度の計画のみで中・長期計画までは策定されていませんでした。 4) 上半期と下半期に計画目標の達成状況を確認し事業報告を行いながら、必要に応じて計画内容を見直されています。			

(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。	B	B	
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) 施設長や相談員が主になり法令等の情報収集を行われ、職員が必要な時に確認出来る体制を整備すると共に内・外研修にも参加されています。 6) 組織図や運営会議によって責任者の役割が明確にされています。又年2回人事考課として個別面談を実施し運営方針に反映させていますが、責任者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する仕組みはありませんでした。 7) 連絡網や緊急時マニュアルに基づき責任者へ報告、指示を受ける体制がとれています。			

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）、待遇（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。	B	B
(評価機関コメント)		8) 法人の福祉理念を基に求められる職員像や人事基準等が明確化されています。又年2回の人事考課の面談を通じ職員自身にキャリアアップの方向性や認識等を確認し、自身の将来を描けるようにアプローチをされています。 9) 資格取得支援の規程に基づいて資格取得の費用負担や資格手当も支給されています。 10) キャリアパス制度や資格取得制度等によりスキルアップ向上への支援体制が整備されると共に、計画的な新人育成やOJTマニュアル等、職員に対する指導育成の方法や手順が体系的に定められています。 11) 実習生受け入れマニュアルを作成し、実習生を受け入れる体制を整備していますが、実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		12) フレックスタイム制を取り入れられたり、リフレッシュ休暇としてまとめて休暇をとれる仕組みがありました。センサーマット、センサーベッドを活用し職員の負担軽減と事故防止に取り組んでおられます。 13) 年2回の面談他、都度管理者と話す機会を積極的に設けられ、福祉厚生も職員の心労やストレスを解消する為の様々な取組をされていますが、カウンセラーなどの専門職の相談体制は確保されていませんでした。		

(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。	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。	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) 町内会、自治連合会に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めており、又事業所情報をホームページやパンフレットを介して地域に情報開示されています。 15) コロナ禍が落ち着き施設内でもボランティアの受け入れを始められていますが、未だ積極的な交流には至っておらず、今後の活動に期待します。 16) 新型コロナウイルス感染症の影響で、一時期は活動を中断せざるを得ない状況でしたが、現在は「山科区地域貢献プロジェクト」への参加を主に活動を再開され、相談会等も催されています。		

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。	B	A
(評価機関コメント)		17) ホームページやインスタグラム、パンフレットを使用して事業所情報の提供をされています。相談員手作りの東旺苑日和も手作り感のある温かみを感じました。見学対応も随時対応をしていること確認できました。		

(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) 契約時に重要事項説明書を使用して料金説明をされています。保険外サービスの料金も重要事項説明書に記載をされていること確認しております。身寄りの無い方は後見人と契約もされており、経済的余力の無い方への受け入れもされているとの事でした。		

(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) 担当の介護職と介護支援専門員協働でアセスメントを実施されています。主治医へも意見照会をして、基本的に3ヶ月毎に介護支援専門員が評価をされていました。 20) 利用者一人ひとりに個別援助計画書が作成されています。サービス担当者会議には必要時に家族への参加を依頼されています。必要時には保険外での福祉用具貸与もご家族へ同意を得た上で調整をされていました。 21) 個別援助計画等の作成に当たり、介護支援専門員が担当介護職・看護師・栄養士・主治医へ意見聴取をされていました。 22) 個別援助計画等は基本的に3ヶ月に1回頻度で見直しをされていますが、入退院等の必要時には適宜見直しもされていました。		

(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) 主治医回診は週2回頻度であり、以外に月1回程度の頻度で訪問歯科もあり、必要時には外部受診もされています。退院前カンファレンスへも参加をされているとの事でした。地域の関係機関との連携においては、事業者連絡会等へも参加をされており情報共有や連携もされています。地域包括支援センター主催の地域ケア会議へも参加をされていることが確認出来ました。 24) 看取りは基本的にされないとの事で、事例によっては在宅の介護支援専門員へ移行することもあるとの事でした。経済的等の理由でユニット型施設からの移行受け入れもされているとの事でした。サービス移行に当たっての手順や手続きは重要事項説明書に記載をされていました。		

(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)		25) 各種業務マニュアルは作成されており各フロアに整備をされています。マニュアル改定時は各委員会で検討をしているとの事でした。 26) 利用者一人ひとりの記録が整備されており、個別援助計画等のモニタリングもされています。個人情報に関しての規定も整備されており研修も行われていました。個人情報の取り扱いについては、利用者や家族から同意書も取得されていました。 27) 職員間の情報共有については、業務前に介護ソフト内の情報を確認する仕組み作りと口頭での引き継ぎをされていました。各種委員会や会議等の議事録を回覧して情報共有をされており、最終的な確認を介護課長がされることで、情報共有の徹底を図っておられました。 28) 利用者の家族等との情報交換は面会時にされていましたり、インスタグラムやお便りを活用されています。適宜電話で家族へ情報提供もされており、状態変化時等は医師と家族面談も調整をされていました。		

(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。	B	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) 感染症マニュアルは整備されており委員会も設置されています。看護師にて最新の感染症の情報を入手して周知もされており、感染症に関する研修も開催されていました。新規利用者受け入れ時、肝炎ウィルス等罹患者も受け入れているとの事でした。 30) 定期的な清掃以外に感染対策としての定期的な換気や館内消毒もされています。消臭剤を設置することで臭気対策もされていました。		

(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。	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) 事故や緊急時のマニュアルも整備されており見直しもされています。全職種が1日1枚ヒヤリハット記録を提出することも推奨されており、内容も提出しやすいように工夫をされました。事故発生時は基本的にその日中にカンファレンスを開催されており、外部受診等の重大事故は保険者へ報告もされていました。 32) ヒヤリハット記録や事故報告書は速やかに提出をされています。事故等の内容はリスクマネジメント委員会で分析や検証等をされており、委員会での開催記録を各職員へ周知をされました。 33) 災害時対応マニュアルは整備されており、BCPの整備や年2回の消防訓練も開催されました。備蓄品も整備されています。災害発生時の地域との連携を意識した取り組み等がされていることは確認出来ませんでした。 34) 自然災害や感染症のBCPは整備されており年1回は研修や実地訓練も開催されていました。		

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

<p>(1) 利用者保護</p> <p>人権等の尊重</p> <p>利用者の権利擁護</p> <p>プライバシー等の保護</p> <p>利用者の決定方法</p> <p>(評価機関コメント)</p>	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
	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
	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
	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
		35) 利用者の基本的人権の尊重については、運営理念にも掲げており、成年後見制度の理解も深めるなど、施設全体で利用者の尊厳の保持に配慮したサービス提供に取り組まれていました。 36) 高齢者虐待、身体拘束禁止等については、全部署（各専門職）が参加する委員会を設置し、定期的に委員会を開催するとともに、マニュアルの作成及び施設内研修の実施により、施設全体で利用者の権利擁護に配慮したサービス提供に取り組まれていました。 37) 排泄介助、入浴介助については、利用者の意向に沿って同性介助が可能な体制を整えているとともに、ハード面でプライバシーの保護や羞恥心に配慮した介助が困難な場合は、常に問題意識を持って、利用者の羞恥心等に配慮された介助がなされていました。 38) 入所判定会議を月に1回、開催し、入所申請者全員に対して検討されていることが確認できました。支援困難ケースについては、協力医療機関等と連携を密に図ることで、適切な支援がなされていました。		
<p>(2) 意見・要望・苦情への対応</p> <p>意見・要望・苦情の受付</p> <p>意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善</p> <p>第三者への相談機会の確保</p> <p>(評価機関コメント)</p>	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
	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てている。	A	B
	41	公的機関等の窓口に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
		39) 利用者の意向収集については、利用者アンケート、苦情報告書の活用の他、その都度の個別相談に応じるなどの取り組みをされていましたが、定期的な利用者懇談会等の開催には至っていないとのことでした。 40) 利用者アンケートの内容は、玄関に掲示することで、利用者や面会者に公開されました。意見・要望・苦情があった場合、施設内で検討し、個別に改善策を講じておられましたが、個人情報保護に配慮した改善策等の公表ができていないとのことでした。 41) 第三者委員の連絡先等を重要事項説明書に記載するとともに、利用者及び面会者にも周知できるよう掲示されていました。また、介護サービス相談員の派遣を申し込むなど、積極的に外部の人材を受け入れるようにされていました。		
<p>(3) 質の向上に係る取組</p> <p>利用者満足度の向上の取組み</p> <p>質の向上に対する検討体制</p> <p>評価の実施と課題の明確化</p> <p>(評価機関コメント)</p>	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
	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
	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	A
		42) 年に1回、利用者アンケートを実施し、結果を玄関に掲示されていました。アンケートの内容も運営会議等で検討されており、サービスの質の向上につなげるように取り組まれていました。 43) 運営会議、リーダー会議等で、サービスの質の向上に係る検討を行い、検討結果を文書回覧にて、パート、非常勤職員まで周知を図っておられました。他事業所の取組等の情報収集については、同法人の施設との連携の他、山科区内の専門職部会に出席することで、積極的に情報収集に取り組まれていました。 44) 上半期、下半期の6ヶ月に1回、事業報告を行い、内容の確認及び見直しを図られており、次期計画の策定に反映されていました。		