

## アドバイス・レポート

令和 8 年 3 月 12 日

令和 7 年 1 2 月 1 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 与謝の園』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><b>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮</b> 職員の負担軽減を図る為の見守り機器や入浴設備等を積極的に導入されています。ICT機器などの機器を取り入れる際に職員の活用が難しい場合もありますが、夜間帯の巡回軽減や入浴介助の負担軽減に繋がっていました。人事考課面談にて直属の上司や施設長と個別に面談の機会があり、普段から風通しの良さが職員ヒアリングでも感じられました。</p> <p><b>(通番27) 職員間の情報共有</b> 日々の利用者の記録や計画書は介護記録ソフトを活用し施設内の各部署から記録の確認・入力ができる体制となっています。またインカムを活用することで、職員間の連絡や情報交換がタイムリーにできる体制となっています。夜勤時には看護師と夜勤者が顔を合わせて口頭での申し送りを行うことで正確な情報共有が実現できています。</p> <p><b>(通番39) 意見・要望・苦情の受付</b> 利用者や家族からの意見や要望をお聞きする為、毎年満足度調査を実施されています。ケアプランの見直し時には個別に面談する機会を設けたり、普段からハンドマッサージや物作り等で、利用者と職員が1対1で関わる機会があり意見や要望を話しやすい環境がありました。家族からだけでなく利用者本人の意向を汲み取るための工夫や体制がありました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p><b>(通番25) 業務マニュアルの作成</b> 各種業務マニュアルが整備されています。各ユニットのパソコンですぐに確認できる態勢は整えておられますが、年1回定期的に各種業務マニュアル内容の確認、見直す仕組みがありませんでした。</p> <p><b>(通番33) 災害発生時の対応</b> 施設として火災、地震に加え周辺地域での水害や土砂災害で職員が通勤困難となる事が予測される事を検討・シミュレーションしたり、定期的な避難訓練を実施されていますが、地域との連携を意識したマニュアル作り、地域と連携した訓練の実施には至っていませんでした。</p> <p><b>(通番44) 評価の実施と課題の明確化</b> 3年に1回第三者評価を受診され、その評価結果に基づき課題の明確化や改善に向けて取り組んでいますが、毎年定期的に定められた評価基準での自己評価の実施がありませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p><b>(通番25) 業務マニュアルの作成</b> 施設の新築移転により、従来型のケアからユニットケアに転換し、介護手法も変わっていることと思います。そのため年1回、業務マニュアルの内容確認や見直しを行い各職員に周知することで、各種業務マニュアルに即した介護を実践できるようになり、より質の高いケアに繋がることを期待致します。</p> <p><b>(通番33) 災害発生時の対応</b> 災害発生時には施設のマンパワーだけでは限界もあり、また地域から支援を求められることも想定されます。施設が移転し間もない事もあるかと思いますが地域との連携に取り組んで頂ければと思います。</p> <p><b>(通番44) 評価の実施と課題の明確化</b> 施設で定期的開催されているサービス自己評価向上委員会で、第三者評価受診の年以外も同じ第三者評価の項目を用いて自己評価を行う等の取り組みを実施されてみては如何でしょうか。</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	2672000094
事業所名	特別養護老人ホーム 与謝の園
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)	短期入所生活介護・通所介護・訪問介護・訪問入浴介護・居宅介護支援・介護予防短期入所生活介護・介護予防通所介護・介護予防訪問介護・介護予防訪問入浴介護
訪問調査実施日	令和8年1月26日
評価機関名	NPO法人 KROA

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
		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) 法人の基本理念や施設理念が明文化され、事業所パンフレットやホームページにも掲載されています。毎年の職員全体会議で管理者が理念・運営方針を説明し理念が浸透する取り組みをされています。また広報誌に施設理念を記載する事で利用者や家族等に幅広く周知する取り組みもされています。 2) 各種委員会の開催、法人単位・事業所単位で階層別に会議が開催されており各種会議で出た意見を集約し事業所の運営に活かされています。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
		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) 毎年、法人の事業計画に基づき与謝の園の事業計画が策定されています。中長期目標が策定されていましたが明確な期間がなく、単年度の事業計画を策定時に中長期目標も更新されているとの事でした。 4) ユニットごとに具体的な年度目標があり、定期的に進捗状況の確認や現状分析を行い、目標達成に向け取り組まれています。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
		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) 関係法令をパソコン内のフォルダーに集約し誰でも閲覧できるようにされています。法令遵守研修が年間の研修計画に組み込まれています。 6) 各種会議に管理者が参加する事で現場職員の意見を直接聞く機会を持たれています。また年2回、全職員と管理者が面談する機会があり異動希望等の個別意見を聞く機会を設けられています。 7) 管理者は日々の運営状況を記録で把握されています。緊急時は各部署の責任者から管理者へ報告・相談が出来る体制になっています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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) キャリアパスで職員に求める能力を明示されています。人事考課制度において自己目標を設定し、相互に評価を実施する仕組みが構築されています。 9) 人員体制を定期的に確認し幅広く採用活動に取り組みられています。またSNSを活用して事業所のイベント情報等の発信をされています。 10) 年間研修計画が作成されています。集合研修とeラーニングを使い分けることで職員の負担軽減を図られています。 11) 実習マニュアルが整備されており、社会福祉士・インターンシップ等の実習を受け入れています。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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)		12) 有給休暇の取得状況や時間外は管理者・事務長が管理し会議を通して全体で情報共有されています。パースデー休暇の活用やICT機器を積極的に導入する事で働きやすい職場環境作りに取り組みられています。 13) 職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のために法人で契約されている福利厚生サービスを活用されています。また職員の休憩場所は現場を離れてリラックスできる環境が整備されています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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	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) 基本理念に『地域の福祉ニーズに目を向け、新たな福祉サービスの創造に務めます。』と地域とのかかわり方を明文化されています、定期的に事業所情報を広報誌・SNSを通じて発信されています。 15) ボランティア受け入れのマニュアルが整備されています。隣接するこども園との交流や小中学校での認知症サポーター養成講座の開催、町内の作品展への出品など地域との交流を積極的に取り組まれています。 16) 定期的に地域の方を対象としたシルクカフェを開催されて認知症講座や運動レクを実施されています。施設の交流スペースを地域高齢者の敬老会や地域イベントに貸し出して地域住民が施設を身近な存在に感じられる取り組みをされています。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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等を用いて、利用者や家族等に施設の概要や料金などの情報を提供されています。ホームページは法人管理となっており、適宜内容の見直しをされています。また、問い合わせや施設見学にも対応されています。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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) 契約時には契約書、重要事項説明書、料金等の説明をし、同意の署名を得るなど適切に契約を交わしています。判断能力に支障のある利用者には成年後見人等と契約を交わしています。受付には成年後見制度の利用についてのパンフレットも設置されており、制度の活用も推進されています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		19) 所定のアセスメント様式を使用し、フェイスシートとともに3か月に1回、介護士、看護師、管理栄養士が共同でアセスメント記録を作成しています。 20) 担当介護士やケアマネジャー、相談員が利用者や家族等の意向や希望を確認されています。専門職が共同で作成したアセスメントに基づき、ケアマネジャーが計画書を作成し利用者や家族等に説明の上、同意の署名を得ています。 21) 計画書の策定にあたりケアマネジャー、介護士、看護師、管理栄養士等の専門職が集まり、情報の共有や意見交換をされています。医師には看護師を通じて意見照会をされています。 22) 毎月、担当介護士を中心にモニタリングを行っています。見直し後はサービス担当者会議やユニット会議にて内容の周知をされています。適宜計画書の見直しをされていますが、計画内容を変更する基準を定めたものではありませんでした。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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) 毎週1回、嘱託医による利用者の診察があります。協力病院である北部医療センターとも連携を図り、利用者の入退院の支援もされています。地域包括支援センターとも日頃より連携を図り、総合施設として在宅で暮らす高齢者に対する、サービスについての相談受付や情報交換をされています。 24) 在宅サービスから施設サービスに移行する際には、施設で作成した入所指針に基づいて入所支援をされています。施設から在宅へ移行するケースは今のところありませんが、在宅へ移行できるように関係機関とも連携がとれる体制を構築されています。			

(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。	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。	B	B
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が整備され、各ユニットのパソコンで確認ができます。人事評価シートには業務マニュアルに基づきケアが実施できているかを確認できる仕組みがありました。マニュアルは適宜見直しをされていますが、年1回内容の見直しを行う仕組みはありませんでした。 26) 利用者の日々の記録は介護ソフトで管理されています。文書取扱規程等により記録の保存、持ち出し、廃棄に関する規定も定めていますが、定期的な個人情報保護に関する研修が実施されていませんでした。利用者や家族等には入所時に個人情報の取り扱いに関する説明を行い、同意の署名を得ています。 27) 職員は利用者の日々の記録・計画書等を介護ソフトで確認されています。夜勤時は看護師、夜勤者が集まり口頭で申し送りを行っています。ユニット内では申し送りノートを活用し情報の共有を図っています。 28) 家族が面会に来られた際には、日々の様子などを伝えるようにされています。面会に来られない家族には電話での報告をされています。またオンライン面会にも対応できる体制もあります。毎月お便りを送付し、施設の取り組みについて情報発信されています。		

(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。	B	B
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) 各種感染症に関する対応マニュアルを作成し、年2回感染症に関する研修を実施されています。感染症に罹患している利用者に対しては、二次感染を防ぐ対策を講じて受け入れを行っておられます。年1回マニュアルの内容の見直しを行う仕組みはありませんでした。 30) 介護用品や備蓄等の物品は所定の場所に保管されて事業所内は整理整頓されています。事業所内の清掃について共有部分は外部委託し、各居室は職員が清掃を行っています。汚物等も適切に処理され施設、特有の臭気もありませんでした。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		31) 事故や緊急時のマニュアルが整備されています。夜間帯の看護師へのオンコールは事故の状況により基準を定めて連絡する目安を設けています。定期的に研修も実施されています。 32) 事故、ヒヤリハットがマニュアル内で定義されており、第一発見者が事故報告書の作成、家族等への連絡をされています。事故の原因分析、今後の対応は必ず複数名で検討されています。骨折等の重大事故についてはリスクマネジメント委員会でも検討されています。 33) 施設の立地面から起こりうる災害としては火災や地震、加えて周辺地域での水害や土砂災害で職員が通勤困難となる事が予測され、検討やシミュレーションをされています。年2回の避難訓練に加え、消防からの依頼により合同救急救命訓練も実施されています。地元行政や警察、自治会等との訓練実施・マニュアルの策定には至っていませんでした。 34) 感染症BCP、災害用BCPを作成し、年2回研修や訓練を実施されています。ただ二次災害や経時的な状況の変化まではまだ検討できていないとの事でした。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		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。	B	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) 利用者の尊重や人権への配慮について年2回、研修の機会を設けられています。介護認定時に所定の様式を使用して利用者個々の認知能力を評価されて、適切に意思決定支援を行う為に活用されています。</p> <p>36) 身体拘束ゼロ委員会兼高齢者虐待防止委員会を設置し、年2回研修の機会を設けられています。ICT危機の導入・使用については、利用者の行動を制限するものにならないよう「見守り機器の運用について」というマニュアルを作成し職員に周知されています。不適切ケアが生じた場合の対応方法については確認することができませんでした。</p> <p>37) プライバシー保護に関する研修を定期的実施することで、職員全員が利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供に取り組んでいます。</p> <p>38) 毎月入所検討委員会を開催されています。メンバーには第三者委員として行政機関の職員も参加されており公平・公正に新規入所受け入れを行っています。支援困難ケースは行政や地域包括支援センターと連携し支援されています。</p>		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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	公的機関等の窓口で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	B
		(評価機関コメント)		<p>39) 利用者や家族からの意見や要望を引き出すため、年1回満足度調査を実施されています。また玄関や各階にご意見箱を設置する事で職員の目を気にせず自由に意見や要望が言える取り組みをされています。ケアプランの見直し時には担当職員が個別に利用者からの意見や要望を聞く機会を設けられています。</p> <p>40) 年1回の満足度調査やご意見箱等で受けた利用者の意向は、苦情受付のマニュアルに基づき、速やかに組織内で検討、改善に取り組んでいます。対応策や改善状況は施設内掲示板に掲示し公開されていました。</p> <p>41) 法人で苦情解決第三者委員会を設置されており施設内に掲示されています。ただ第三者の相談窓口の連絡先が法人本部となっており、直接第三者に相談出来る体制にはなっていませんでした。行政機関から任命された地域住民を外部の人材として受け入れることで利用者が職員以外と相談できる機会として取り組まれています。</p>		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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されており、アンケート結果はサービス自己評価委員会にて分析・検討されてサービス改善の進捗状況を定期的に確認されています。</p> <p>43) 毎月のサービス向上委員会には施設長を含む各部署の代表が参加されています。委員会に参加できない職員には事前に意見を聴取したり、パソコンの共有フォルダから報告書を閲覧できるようにする事で情報共有を図っています。地域の施設管理者会議や与謝野町ケアマネ連絡会に出席する事で、他事業所の取り組みを情報収集し自施設の運営に活かしています。</p> <p>44) 組織的に評価を行う仕組みとしてサービス自己評価向上委員会を設置されていますが、年1回以上定められた評価基準に基づいた自己評価はできていませんでした。</p>		