

アドバイス・レポート

令和 8年 4月 9日

令和7年12月19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 楽生苑につきましては、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12) 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） 施設長は、面談や会議の場で職員が意見を述べやすいよう配慮されていました。特殊浴槽の設置や、見守り支援介護ロボット（眠リスクャン、センサー付きベッド等）、インカムの活用など、業務負担の軽減につながる設備が導入されていました。休憩室についても、職員の要望を受けて個室スペースを設けるなど、職員の声に寄り添い、職員目線で働きやすい環境づくりが進められていました。</p> <p>(通番28) 利用者の家族との情報交換 面会時には、利用者の状況を直接家族へ伝えていきます。来所が難しい家族には電話で報告・意見交換を行っています。また、面会が困難な場合には、オンラインで家族と施設をつなぎ、オンライン面会を実施しています。</p> <p>(通番42) 利用者満足度の向上の取組み 利用者満足度調査は毎年アンケート形式で実施され、組織的に分析・検討されています。その結果を踏まえ、どのように対応したかを明確に整理し、改善に取り組みられています。</p> |
| 特に改善が望まれる点とその理由(※) | <p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者自らの評価する仕組みを、審査時は確認できませんでした。</p> <p>(通番41) 第三者への相談機会の確保 利用者が自由に外部の機関に相談出来る環境は整備されていますが、公的機関等の相談窓口の受付時間が契約書や重要事項説明書に記載されていませんでした。</p> <p>(通番44) 評価の実施と課題の明確化 サービス提供状況の質の向上のための評価については3年毎の受診が推奨されていますが、前回実施は4年前であり、3年以内には行われていませんでした。</p> |
| 具体的なアドバイス | <p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 3月に組織活性プログラムでの評価を予定されていました。今後は定期的に管理者評価を実施し、管理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、評価、見直すことをお勧めします。</p> <p>(通番41) 第三者への相談機会の確保 外部の機関に相談出来る環境の整備において、公的機関等の相談窓口の受付時間を明示することで、利用者の利便性が更に向上するのではないのでしょうか。</p> <p>(通番44) 評価の実施と課題の明確化 サービスの質の維持・向上のため、事業所が提供しているサービスの体制、内容、質などについて事業所自らチェックすることが求められています。そのためにも、介護サービス第三者評価の受診については3年毎に受診されることをお勧めします。</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 | 2671100028 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム 楽生苑 |
| 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) | 短期入所生活介護 (併設) |
| 訪問調査実施日 | 令和8年1月26日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都私立病院協会 |

| 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) | | 法人理念および運営方針は各フロアに掲示されており、法人ホームページや広報誌にも公開されています。また、職員全員が名札に理念カードを常時携帯しており、理念の周知徹底に取り組まれていることが確認できました。 施設長は各種会議に継続的に出席し、サービスの質の向上を目的として現場職員の意見を丁寧に聴取していました。これらの意見は意思決定に適切に反映されており、組織運営における職員参加の仕組みが機能している様子がうかがえました。 | | |
| (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) | | 事業計画に基づく活動の進捗状況については、上半期・下半期ごとに評価が行われ、現場職員を交えた議論の場が設けられていました。目標達成の評価は、サービスの質の向上に資するかという視点に基づいて実施されており、組織としてPDCAサイクルに沿った質の向上の取り組みが機能していることが確認されました。 | | |
| (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 | 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) | | 施設長は施設内に常駐し、各種会議に継続的に参加していました。職員会議やサービス向上全体会議における職員の意見交換内容、ならびに意見箱や職員アンケートで寄せられた声を事業戦略上の目標達成や業務改善に活用していることが確認されました。これらの取り組みにより、施設長が職員・入所者の状況を的確に把握し、組織運営においてリーダーシップを発揮している様子がうかがえました。管理者自らを評価するシステムにおいて、組織活性化プログラムでの評価を3月に予定していますが、審査時点では確認できませんでした。 | | |

| 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 |
| 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 人材採用計画が策定されており、有資格者だけでなく未経験者も含めた幅広い採用により人材確保が進められていました。法人独自の資格取得支援制度や行政の支援制度を活用し、将来的なキャリアパスの形成や資格取得を促進する取り組みが行われており、将来を見据えた人材育成体制が整備されていることが確認されました。 また、実習受け入れの基本方針、実習受け入れマニュアル、実習指導者マニュアルには見直し基準と更新履歴が明示されており、実習指導者研修も実施されていました。これらにより、実習受け入れ体制が適切に整備されている様子がうかがえました。 | | |
| (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) | | 施設長は、面談や会議の場において職員が意見を述べやすい環境づくりに配慮していました。特殊浴槽の設置や見守り支援介護ロボット（眠りスキャン、センサー付きベッド等）、インカムの活用に加え、Wi-Fi環境の整備、職員の要望に基づく個室型休憩スペースの設置など、職員の声を反映した環境整備が進められていました。これらの取り組みは、離職率3.5%という低い数値にも表れており、働きやすい職場づくりが実践されていることが確認されました。 | | |
| (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 | 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) | | ボランティア受け入れに関する基本方針が策定されており、入所者が使用するクッションや衣類等の作成を目的としたボランティアを、不定期ではあるが受け入れていました。また、地域行事（マルシェ等）への参加による介護相談の実施や、協力医療機関との合同秋祭りへの参加など、地域貢献活動にも積極的に取り組んでいることが確認されました。 | | |

| 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 |
| 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) | | 法人の情報はホームページにおいて随時更新されており、1階受付にはパンフレット等が設置され、来訪者が施設の状況を容易に把握できるよう配慮されていました。また、家族からの見学希望にも随時対応し、適切に案内が行われていることが確認されました。 | | |
| (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) | | 利用開始前には、重要事項説明書やパンフレット等を用いて事業所の内容について説明が行われ、利用者・家族の理解が得られていました。また、入所者の中には成年後見人が選任されているケースもあり、必要に応じて行政との連携が図られていることが確認されました。 | | |
| (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 | 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) | | アセスメントは、入所者および家族から情報を収集し、意向確認を行ったうえで実施されました。サービス担当者会議においても家族の参加を促し、計画書を通じて意向を反映する仕組みが整えられていました。また、主治医からの意見は電子カルテに記載され、必要な情報共有が図られていました。入所者の状態に変化が生じた場合には再アセスメントを行い、計画書の見直しが適宜実施されていることが確認されました。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 入所者のかかりつけ医師および関係機関との連携・支援体制が整備されており、他サービスへの移行時には、入所者・家族の意向を踏まえたうえで、退所前支援が実施されていました。退所後の受け入れ先機関は同一法人病院が主で、他機関との連携は確認できませんでした。 | | |
| (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) | | 電子カルテ『ほのぼの』を使用して入所者の記録が行われており、職員間での情報共有が適切に図られていました。各種マニュアルは複数の資料をファイリングして管理され、年1回の見直しが記録により確認できました。また、申し送りノートを活用し、職員が出勤時に必要な情報を確認できる体制が整えられていました。 | | |

| | | | | |
|-----------------|----|--|---|---|
| (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。 | 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) | | 感染症に関するマニュアルは随時整備されており、委員会は毎月開催され、必要に応じて臨時会議も実施されていました。感染症に関する情報はホームページでも更新されていました。事業所内は整理整頓が行き届き、空気清浄機や加湿器が複数台設置されるなど、感染対策が強化されていました。また、パーティションの設置など新型コロナウイルス感染症への対策も徹底されていることが確認されました。 | | |
| (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。 | A | 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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 事故や緊急時に備えたマニュアルが整備されており、災害時の備蓄についても確認できました。事故発生時の対応に関する勉強会が実施されるなど、災害・緊急時への対策強化に取り組まれていました。備蓄品はリスト化され、倉庫で適切に管理されていました。また、全職員の安否確認手段としてアンビスが導入されており、非常時の状況把握が可能な体制が整えられていることが確認されました。 | | |

| 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 | | | | | | |
| (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) | | 法人理念には入所者の尊厳を守る旨が明記されており、権利擁護やプライバシー保護に関する内容も含めて職員へ周知され、サービス提供に反映されていることが確認されました。また、サービス利用に関する意思決定については相談記録に適切に記録されており、受入が困難な場合には、入所者や介護支援専門員の意向を踏まえ、他の事業所を適切に紹介する対応が行われていました。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 入所者からの苦情・要望・意見については、組織的に収集・分析・検討が行われ、対応内容も明確に整理されて改善に反映されていました。その結果は適切に公開されていることが確認されました。また、利用者が外部機関へ自由に相談できる環境は整備されていましたが、公的機関等の相談窓口の受付時間については、契約書および重要事項説明書に記載が確認できませんでした。 | | | |

(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っている | B | 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) | | 利用者満足度調査は組織的に実施され、結果は分析・検討され、対応内容も明確に整理されたうえで改善に反映されていました。 しかしながら、サービス提供状況の質の向上のための評価については、3年毎の受診が推奨されているものの前回実施は4年前であり、3年以内には行われていませんでした。 | | |