

アドバイス・レポート

平成 3 1 年 2 月 5 日

平成 3 0 年 5 月 2 8 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長生園 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(※)	(通番 1) 理念の周知と実践 組織の基本理念を玄関や各部署に掲示しています。 また、各職員の名札入れにも基本理念を書いたカードを入れ、毎日始業前に、基本理念を周知するために全員で唱和しています。 今では、皆が基本理念を暗記するほどに徹底でき、理念に沿った実践に繋がっています。 (通番 2 1) 多職種協働 入退院時には、医療情報提供書や看護サマリー、フェイスシートを用いて情報共有を図っているだけでなく、退院時には事業所の管理栄養士が病院に出向き利用者の状態把握を行うなどの積極的な連携を図っています。 ターミナルの状況にある方においては、小まめにカンファレンスを実施し、家族・医師・看護・介護・管理栄養士・相談員等が協力して看取りケアを実施していました。 看護体制においては、毎日夜間にも 1 名の看護師を配置し、介護職員と協力して緊急時対応ができる体制を整備されていました。 (通番 3 1) 人権等の尊重 基本理念にて利用者の尊厳を明記し、年間を通じて高齢者虐待・身体拘束研修が実施されています。職員が重いベストを装着し食事場面や臥床状態を疑似体験する研修を通じて、利用者の人権や尊厳について理解を深めています。
-----------------------------	---

特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番 2 2) 業務マニュアルの作成 「各種対応マニュアル」が準備され、分かりやすい業務マニュアルが整備されており、各フロアの職員が取り出せる場所にマニュアルが置かれていましたが、マニュアルの定期的な見直しの記録が確認できませんでした。 (通番 2 3) サービス提供に係る記録と情報の保護 各利用者の台帳が整備されており、記録の保管・保存については規定に定めてありましたが、持ち出し・破棄に関しての規定が確認できませんでした。 (通番 3 9) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を 3 年に 1 回受診し、その結果を課長会議にて分析・検討がされ、サービス改善のための取り組みが行われていますが、自主点検以外の自己評価については実施されていませんでした。
具体的なアドバイス	社会福祉法人長生園は、旧船井郡仏教会の手により昭和28年に設立された養老院「光華園」の高齢者支援を引き継ぎ、昭和31年に社会福祉法人として設立認可されました。 現在では同一敷地内に、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ショートステイ、グループホーム、デイサービス、ヘルパーステーション・居宅介護支援事業所、診療所を有する大規模事業所として、地域高齢者へのサービス提供を実施しています。 診療所では月～土曜日まで内科・整形外科・皮膚科・精神科等の診察を受けられる体制があり、歯科医師や緩和ケアをする医師との連携を図る等、医療体制の充実が利用者の安心に繋がっています。 家族が利用者と一緒に泊まれる部屋を準備し、2ヶ月以上も利用者と最期の時間を共にされた事例があり、このような対応は、利用者や家族の立場を尊重するもので高く評価されます。 看護体制では、特別養護老人ホームには配置基準がない看護職員が、毎日1名必ず夜勤に入り、利用者の急変時にも対応できるという、特筆すべき体制を取っています。 組織の意思決定は、トップダウンで行われるものもあれば、各フロア会議や委員会での意見を踏まえてボトムアップで行われるものもあり、また決定事項は会議等を通じて職員に周知されています。特に、ボトムアップで意思決定ができることは、職員一人ひとりにとって、意見の言い易い、風通しの良い職場となっていることを示しています。 職員のために休憩室を設け、職員に毎日の昼食を提供するなど、職員の休養と栄養にも配慮し、より良いサービス提供ができるよう取り組まれています。 職員互助会を通じて、職員親睦会や職員旅行等を行い、勤務時間以外でも職員が楽しく交流し、良好なコミュニケーションがとれるよう取り組み、より良いチームワークに繋がっています。 今後も職員が力を合わせ、より良いサービスが提供され続けることを期待しています。 以下に、今回の評価で気づいたこととアドバイスを記載します。

	・パンフレットやホームページに写真等を掲載することで事業所の活動概要が分かりやすく示されていました。また、利用料金等の説明が重要事項説明書に明記されていましたが、パンフレットには明記されていませんでした。 利用料金等の情報を、パンフレット等に明記されてはいいのでしょうか。 ・分かりやすい業務マニュアルが整備されているものの、マニュアルの定期的な見直しの記録が確認できませんでした。 マニュアルが、最適な内容になっているか、最新の法改正に対応できているか等を定期的に見直されることをご提案します。 ・各利用者毎に記録が整備され、記録の保管・保存について定められているものの、記録の持ち出し・破棄に関しての規定が確認できませんでした。 より適切な秘密保持、情報管理のために、記録の持ち出しや廃棄に関する規定の整備をご提案します。 ・第三者評価を3年に一度受け、その結果を分析・検討し、サービス改善のための取り組みが行われているものの、自主点検以外の自己評価については実施されていませんでした。 サービス内容について職員の一層の意識向上のために、運営面やサービス内容等の視点からの自主点検表を作成し、毎年の自己評価をされることをご提案します。
--	---

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2671500102
事業所名	特別養護老人ホーム長生園
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
訪問調査実施日	2018年11月26日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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志決定を行い、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)理念を玄関、事務所や各部署の壁に掲示し、来所者にも見えるようにしている。また、基本理念は職員全体で始業前に唱和し、周知徹底している。 2)主管部会議、管理職会議、各フロア会議等が毎月開催され、組織的な意思決定が行われている。組織横断的に設置している安全衛生委員会・事故防止委員会・感染症対策委員会が毎月開催され職員の意見が反映されている。組織図と業務分掌で責任を明確にしている。			
(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設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。		A	A
	(評価機関コメント)		3)法人の中長期計画や毎年の事業計画が策定されている。各委員会や各フロア会議で、計画推進の振り返りを行い、計画策定に反映させている。 4)身体拘束、事故防止、感染症等の委員会で課題を検討している。月1回のフロア会議で各委員会からの取組状況や課題の達成状況を確認し、必要に応じて見直しも行っている。			
(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、事業運営をリードしている。		B	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)本部事務局を中心に、医療・福祉関連や労務、会計、消防等の関係法令を把握し、法改正があれば課長会議で各部署の責任者に周知している。各フロアのパソコンで関係法令の閲覧ができる。 6)組織図や運営規程等で管理者の役割や責任が明確に定められている。年1回の職員面談を実施し、職員の意見を聞く機会を持っている。フロア会議等の内容を経営層が参加する経営戦略会議で報告し、経営責任者が職員から信頼を得ているかどうかを把握している。 7)管理者は毎日の朝・夕2回の申し送りやPHS、内線電話、緊急館内放送等で現場の状況を把握している。管理者、不在の時は携帯電話やSNSで連絡が取りあえるようになっている。			

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							
		質の高い人材の確保	8	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	
		継続的な研修・OJTの実施	9	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	
		実習生の受け入れ	10	実習生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)介護福祉士有資格者を介護老人福祉施設に重点的に配置するなど、法人内での人事に関する基本的な考え方が確立している。採用後は施設内研修委員を中心に資格取得を支援している。 9)DVDを利用した座学での採用時研修を行っている。新人職員にプリセプター制度を実施している。各部署に研修委員を配置し、年間研修計画を策定している。施設全体で「おいたろう研修(装具等を付けて半日過ごし、高齢者体験をする研修)」や接遇マナー研修、認知症の研修等、様々な研修を実施して気付きを促し、互いに学び合っている。 10)「実習受け入れマニュアル」を整備し、実習指導者研修を受講した受け入れ担当者を定めている。大学や看護学校、府立医大、地元中学・高校の実習生や体験学生を受け入れている。			
(2)労働環境の整備							
		労働環境への配慮	11	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	12	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、スタッフが充分にくつろげ、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)		11)職員の就業状況を、総務部でデータ管理し、時間外勤務の削減や休暇取得の促進に活かしている。、外部の社会保険労務士を交えた労働管理委員会を毎月開催し、労働環境について話し合っている。個々の利用者のニーズに応じた電動ベッド、車いす等を整え、職員の負担を軽減している。 12)年1回の職員個別面談を行い、面談内容に応じて産業医との面談や精神科に受診できる体制が整備されている。福利厚生として、毎日の昼食給食の提供や、年2回の職員親睦会費、成人病検診費等の補助制度がある。各フロアに休憩室、仮眠室が整備されている。			
(3)地域との交流							
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A	
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A	
		(評価機関コメント)		13)運営理念をホームページやパンフレットで広報している。京都府北部の関係機関を中心に年2回パンフレットを持参し広報している。地域の祭り等の行事に利用者が参加できるよう支援している。近隣の商店が交代で、週5日間、パン、菓子、果物を施設内で販売しに来てくれている。 14)「お気軽介護相談室」を設け、地域の方々の介護の仕方の相談や介護の悩み等の電話相談を行っている。関係機関や法人内の在宅事業所と連携して地域ニーズの情報収取に努めている。			

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	15	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)		15)ホームページやパンフレットに写真を載せることで、分かりやすく情報提供をしている。利用者・家族からの見学希望をスケジュールに組み込んで対応し、急な見学相談等にも対応している。		
(2)利用契約						
		内容・料金の明示と説明	16	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)		16)サービスの開始にあたり、重要事項説明書を用いて丁寧に説明し、同意を得ている。権利擁護の為に成年後見制度等の活用については、後見人と契約を交わしている。		

(3)個別状況に応じた計画策定					
アセスメントの実施	17	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	18	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	
専門家等に対する意見照会	19	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・OT/PT・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	20	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)		17)「ケアチェック表」を用いて利用者の心身及び生活状況の把握し、利用前面接時にはセラピスト等と連携を図り丁寧なアセスメントを実施している。 18)利用者・家族の意向・目標が個別援助計画者に反映されており、利用者・家族等の同意を得ている。また、サービス担当者会議に利用者・家族の同席を求める案内を出している。 19)個別援助計画の策定にあたり、医師・看護師・栄養士・生活相談員・柔道整復師等の意見を計画に反映されている。 20)介護認定更新時期や状態に変化が見られた際に個別援助計画の見直しを行っている。見直しにあたっては、医師・看護師・栄養士・生活相談員・介護支援専門員・家族等の意見を基に見直しをしている。終末期においては、1週間に1回のカンファレンスを実施し、家族とも面談を行いながら都度意向を確認しながら個別援助計画の見直しを行っている。			
(4)関係者との連携					
多職種協働	21	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	
(評価機関コメント)		21)病院に行く際には、フェイスシートや看護サマリーを作成し、退院時には看護サマリー・リハビリサマリーを確認するだけでなく、管理栄養士が病院に出向いて状態把握を行い連携を図っている。協力医療機関においては、京都中部総合医療センターを含む複数の医療機関と協力体制をとっている。			
(5)サービスの提供					
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法(業務マニュアル・手順等)が整備され、職員に活用されている。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	B	
サービス提供に係る記録と情報の保護	23	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	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A	
利用者の家族等との情報交換	25	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)		22)「各種対応マニュアル」が準備され、分かりやすい業務マニュアルが整備されており、各フロアの職員が取り出せる場所にマニュアルが置かれている。また、各フロアにてマニュアルに沿った訓練の実施やインシデントシート(ヒヤリハット記録)にて個別の対応方法を検討されているものの、マニュアルの定期的な見直しの記録が確認できない。 23)各利用者の台帳が整備されており、サービス計画に基づいた実施記録や状態の変化等が記載されている。記録の保管・保存については規定に定めてあったが、持ち出し・破棄に関しての規定が確認できない。 24)利用者の情報共有は、ケア記録を活用した朝夕の申し送りや、業務日誌、連絡ノート等を使い確実な情報共有に努めている。毎月の職員会議にてケアカンファレンスを開催しており、会議に参加できなかった職員については各フロアのパソコンから情報共有を行っている。 25)家族の面会時に情報共有の場を設けており、定期的に個別面談も実施されている。「個別面談記録」用紙を用いてターミナルの意向確認、また「緊急時・その他相談等の対応について」用紙にて緊急時の聞き取りを実施している。			
(6)衛生管理					
感染症の対策及び予防	26	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	27	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)		26)感染症マニュアルが整備されており、感染症委員会のメンバーが中心となり各フロアごとに実地訓練・研修を実施している。また、常にインターネットから最新の情報を入手し、職員の目に付くところに貼り出すことで周知を図っている。感染症である利用者の受け入れについては、個室に案内する等して受け入れをしている。 27)利用者台帳は各フロアにてロッカー管理がされており、備品等についても倉庫や棚に整理整頓されている。また、委託業者に毎日館内清掃が行われ清潔が保たれており、オゾン脱臭装置を設置することで臭気対策も実施されている。			

(7)危機管理					
事故・緊急時の対応	28	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	29	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	30	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	B	
(評価機関コメント)		28)「事故対応時マニュアル」を整備し指揮命令系統が明記されている。また公用車全車両にも置いている。施設内では専用PHSによる管内放送の取り決めがある。新人に対しては個別に緊急時を想定した実践的訓練を行い個別に指導している。 29)ヒヤリハット記録や事故報告書を作成し記録している。ヒヤリハット記録は連絡帳に貼り、迅速な職員間の情報共有が図られている。月1回事故防止合同委員会を設け発生状況の評価分析をし、事故防止策の見直しが行われている。 30)火災発生時や土砂災害避難マニュアルを整備し、詰所内には非常通報連絡系統表があり災害時の指令命令系統が明示されている。年1回消火器訓練や屋内消化栓訓練、年2回夜間想定を含めた総合訓練を実施し3日分の備蓄を整備している。水害時には地域の業者との連携を図ったり、福祉避難所としての避難者の受け入れを行ったりしているが、地域との連携を意識したマニュアルが作成されていない。			

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	31	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	
	プライバシー等の保護	32	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	33	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)		31)基本理念にて利用者の尊厳を明記し、年間を通じて高齢者虐待・身体拘束研修が実施されている。職員が重いベストを装着し食事場面や臥床状態を疑似体験する研修を通じて、利用者の人権や尊厳について理解を深めている。 32)プライバシーマニュアルを整備している。居室では排泄介助時にプライベートカーテンを使用したり、浴室のドアに暖簾をかけるなどプライバシーに配慮したサービスの提供を行っている。 33)これまで利用申し込みを断ったケースはない。医療処置が必要なケースについては、医療機関等に調整を図っている。			
	(2)意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	34	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ている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	A	
	第三者への相談機会の確保	36	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	
	(評価機関コメント)		34)入所時、プラン変更時、アンケート調査等にて希望・要望を聞き取り組みをしている。また利用者への個別面接を行い、その内容はPC、連絡帳にて職員に周知されている。 35)利用者からの意向があった場合は、他職種連携し改善を図っている。アンケート結果や改善策について各フロアに掲示している。 36)苦情解決体制についてはホームページにも載せており、入所契約時には第三者委員について説明し、利用者または家族に文書を配布している。月1回、市の介護相談員訪問を受入れている。			
	(3)質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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	39	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)		37)利用者アンケートを実施し利用者の満足度の把握をしている。年度末に結果を集約し、多職種で検討会議を行った分析結果に基づいてサービスの質の向上に役立っている。 38)多職種にて担当者会議を開催し、サービス内容について検討している。その結果に基づき可能な限り利用者や家族からの希望に寄り添ったサービスが提供されている。また一泊二日の施設外研修により他事業所の情報収集が行われている。 39)第三者自己評価評価を3年に1回受審し、その結果を課長会議にて分析・検討がされ、サービス改善のための取り組みが行われているものの、自主点検以外の自己評価については実施されていない。			