

アドバイス・レポート

令和 4 年 6 月 1 日

令和 3 年 8 月 22 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寿苑 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換</p> <p>コロナ禍で面会が難しい中であっても、オンラインや窓越し、ガラス越しなどの制限をつけながらではあるものの、可能な限り面会を実施したり、定期的の手紙を送付する際に写真を添えるなどして、利用者の近況が伝わるよう工夫をされています。このほかにも買い物支援バスの運行など、利用者・家族の目線に立ったサービスが提供されていることが見て取れました。</p> <p>(通番 27) 事業所内の衛生管理等</p> <p>整理整頓や清掃が行き届いており、築年数を感じさせませんでした。満足度調査アンケートの結果から臭気対策に取り組み、ナノフィール（多機能加湿装置）を導入するなどして、一定の成果をあげています。障がい者を雇用して共用部分の清掃を任せるなどの取組みも実施されています。</p> <p>(通番 32) プライバシー等の保護</p> <p>「ケア基準書」の中で、プライバシー侵害や羞恥心にかかる具体的な行為がしめされており、見学時にも、羞恥心に配慮した設えの工夫が随所になされていることが確認できました。会議等の場で、プライバシーを大切にする視点から職員がケアの見直しを提案し、それが採用され実践されるなど、良い視点がケアにつながっていることが、取組み事例から確認できました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 3) 事業計画等の策定</p> <p>「与謝郡福祉会中期経営目標」に基づき、毎年、単年度計画が立案されています。しかしながら、達成状況を確認するための具体的な尺度が設定されていないため、中間の見直しがしにくい内容となっています。目標等を数値化するとわかりやすいのですが、数値化できないものでも、「どういう状況になったら達成したと見るのか」の指標があらかじめ設定されると、評価が客観的で納得できるものになると考えます。</p>

	<p>(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>年 1 回、施設長による職員面談を実施しており、面談シートを事前に配布し記録に残しています。しかし、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みがありませんでした。きょうと福祉人材育成認証制度にかかる「京都府福祉職場組織活性化プログラム」を活用されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番 39) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>第三者評価は 3 年に 1 度受診されていますが、サービスの実施状況を振り返り、評価する仕組みは確認できませんでした。法人内の施設職員が集まって質の向上に向けた話し合いをする場はあると伺いましたので、共通のケアチェックシートを用いて、定期的に相互評価を実施するなどの仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人与謝郡福祉会が運営する特別養護老人ホーム長寿苑は、「舟屋」で有名な伊根町の山間地に位置し、自然に囲まれた風光明媚な環境にあります。</p> <p>平成 8 年に開設した定員 30 名の施設で、ショートステイ、ケアハウス、デイサービスセンター (365 日稼働)、在宅介護支援センターを併設しており、伊根町における唯一の基幹的役割を持った施設と言えます。職員の 2/3 が伊根町在住であるなど、地場産業としても大きな役割を果たしています。</p> <p>法人理念「いのちを支え いのちに支えられ いのちを育む」のもとに、本人の思いに寄り添ったサービスを実践されており、コロナ禍にあっても何とか生活に潤いを感じてもらおうと、バーベキュー大会を企画したり、買い物バスを運行するなど、様々な工夫をされています。</p> <p>最近、幹部職員の入れ替えがあり、施設長も着任から半年経っていない中での受診でしたが、前回受診時の改善が望まれる点のうち、マニュアルの見直しや個別援助計画の変更の基準について、整備されていることが今回確認できました。</p> <p>今後も、さらに利用者のニーズに寄り添い、地域の高齢者福祉の中核として、役割を果たされることを期待します。</p> <p>具体的なアドバイスは、下記のとおりです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修体系は整備され、外部研修にも積極的に参加できるように努めています。一方で、人材確保には苦慮されていると伺いました。この地域ならではの強みを活かして 1 ターンをターゲットに据えるなど、計画的・戦略的に採用活動を見直されてはいかがでしょうか。

※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	2672000011
事業所名	特別養護老人ホーム 長寿苑
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、通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	2021年12月17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)		<p>1) 理念はホームページ、パンフレット、広報誌に明示され、フロア内にも掲示されている。運営方針を各部署に配布するとともに、年度初めに係長以上に口頭で伝えている。起案書などの内部書式に理念を記載しており、常に職員の目に入るようにしている。実習生を受け入れる際にも、福祉・医療に通じることとして伝えるようにしている。時代ごとに受け止め方が変わるので、意味合いを理解してもらうよう努めている。</p> <p>2) 組織図を整備している。管理会議（課長以上）→運営会議（係長を交えた会議）→各部署の会議（各部署には係長が伝える）の流れがある。管理会議は月2回以上、その他は、月1回実施している。法人としては施設長会を設け、理事長も参加している（月2回以上）。施設長会では、収支状況や法人の課題、コロナ対策等について話している。運営会議にて各部署の報告があり、課題や意見を上部会議で吸い上げる仕組みとなっている。管理職が現場に近いところにおり、随時、意見や課題について話しやすい環境がある。法人で「業務分掌表」を整備しており、毎年、名前入りで改訂されている。</p>		

(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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>3) 「与謝郡福祉会中期経営目標」（3年単位）を定めており、現在、施設長会において前期分の評価中である。これに基づき単年度計画を立案している。これらを来訪者などが見ることができるように玄関に配備している。稼働率状況については、単年度で目標設定や実績を確認している。目標立案に際しては、人口動態など外部環境要因を把握しながら課題抽出し、目標に結びつけているが、達成状況を確認する指標の設定はされていない。</p> <p>4) 事業計画は施設長が作成し、管理会議で確認後、理事会で承認を得て、職員に周知している。各部署の目標、研修計画、行事計画などを定めている。各職員より目標内容を聞き取り役職者で整理するなど、現場の意見を反映しながら立案している。しかし、中間評価・見直しが実施できていない。</p>		

(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	B
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	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)		<p>5) 虐待や個人情報の取り扱い、介護保険に関する勉強会などの研修を実施している。ハラスメントに関してはコンプライアンス研修の中で行い、また、管理会議を通じて全職員に伝えている。法令の更新などの情報は、施設長会から発信し、各施設において研修や伝達などを行っている。新人研修で内規法令について周知している。関係法令集のリスト化はされていない。</p> <p>6) 年1回、施設長による職員面談を実施しており、面談シートを事前に配布し記録に残している。管理者が信頼を得ているかどうかを確認する仕組みがない。</p> <p>7) 施設長は、社内メールで各部署の決裁メールをすべて確認できるようにしている。施設長が休みのときも、メール確認や連絡ができる体制ができており、必要に応じて指示を出している。夜間は副施設長が対応する。</p>		

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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		8) 出張や外部研修について、管理会議で派遣する職員の人選を行い人材育成に努めている。これまで、職員が研修を受講する機会が少なかったため、近年は積極的に受講してもらうよう努めている。「与謝郡福祉会中期経営目標」に「人材確保と育成」を掲げており、積極的に人材確保に努めており、求める人材像を明記している。与謝野町と合同で、福祉連絡協議会主催の介護福祉士の受験対策講座や実務者研修などを受講している。社会福祉士、介護支援専門員の資格取得については、取得後に祝い金を給付している。法人内、施設内での実技研修を行っている。 9) 法人としてキャリアパス制度に則った研修体系が定められている。これに加え、施設として研修計画を立案・実施しているほか、階層ごとの研修体系が整備されている。新人職員には、新人育成マニュアルに基づき、中堅の職員が育成指導者として付くようにしている。各部署で、伝達研修などを随時実施している。しかし、職員体制の課題から、外部研修については思うように職員を参加させることができていない。 10) 実習対応マニュアルを整備している。看護学生、北部人材育成の関連実習、近隣にある高校からの実習生を受け入れている。実習指導者に対する教育としては、喀痰吸引のフォローアップ研修や社会福祉士・介護福祉士の実習指導者資格取得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	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) 有休消化率については施設長が数値を把握、データ化し、各部署に見える化することで取得を奨励している。働き方改革の追い風で、有休取得は特養でも潤沢にできている。職員ヒアリングにおいて、異動希望などを事前にシートに記載するようにし、意向を聞くようにしている。毎年、連続3日以上以上の休暇取得をする「リフレッシュ休暇」を設けている。スライディングボードを活用しており、誰もが使用できるようミニ勉強会を実施している。 12) ストレスチェックを年1回実施しており、産業医に確認してもらっている。高ストレスとなった職員は、希望により産業医の面談を受けることができる。コロナ禍以前は、職員旅行や懇親会などを実施していた。休憩室を設けている。ハラスメント窓口担当者を配置するとともに「社会福祉法人与謝郡福祉会妊娠・出産・育児・介護休業等に関するハラスメント及びセクシャルハラスメントの防止に関する規定」を整備している。		
(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。	B	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) 広報誌を作成しており、学校、役場、関係機関に配布している。ホームページやSNSなどに事業所の情報を挙げている。地域の運動会や文化祭に参加、施設が開催する文化祭に地域住民を招くなどして交流を図っている。 14) 保健センターが実施する介護者の講習会開催の際に、ケアマネが参加したり、必要な家族に声掛けをするなどの協力をしている。町の委員会や初任者研修などに参画したり、中学校で認知症サポーター養成講座を実施している。福祉避難所訓練を行い、備蓄を行っている。地域ニーズを把握する機会として、保健センターとの情報交換などを行っている。行政とのやり取りを密に行っている。		

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
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) 入所や利用につながる見学は受け入れをしている。問い合わせがあった際には、記録をしている。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		16) 契約時に重要事項説明書にて説明している。料金については、支払い時にも説明をするようにしている。必要に応じた実費について、重要事項説明書に明記がある。後見人等が担当しているケースもある。生活相談員が成年後見などの必要性を把握し、手続きができる仕組みがある。			
(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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		17) フェイスシートを用いてアセスメントを行っている。「ケアカルテ」のシステムを用いてケアプランを作成している。法人内の他施設の利用者情報も確認できるようになっている。アセスメントについては、誕生日月に定期的に更新している。 18) サービス担当者会議には、本人・家族・担当職員が参加するようにしている。 19) 定期的（月1回）に理学療法士の訪問があり、助言を受け、ケアプランに反映している。30人のケースを2名のケアマネで担当し、それぞれの担当のケース会議を行っており、その中で職員の意見を聞いている。 20) モニタリングを年1回実施している。「ケア基準書」の中に「施設サービス計画の作成と見直し」の項目を定め、マニュアルとしている。			
(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) 入院時は退院前カンファレンスに参加し、地域連携室との連携も行っている。利用者の状況に応じて関係機関との連携を行っている。関係機関のリストとしては、町が発行している冊子「介護保険」を活用している。嘱託医とも密に連携が取れている。			

(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、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	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。	A	A
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。	B	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) 「ケア基準書」を作成しており、職員の採用時には、これを用いて業務手順などを指導している。「緊急時等指針・マニュアル履歴管理表」を整備しており、年1回の各種委員会においてマニュアルの見直しをしている。満足度アンケートは実施しているが、その結果をマニュアルに反映するまでには至っていない。 23) 介護ソフトを活用して記録を行っている。ケアプランと記録の連動性については、もう少し工夫の余地がある。「文書取り扱い規程」を整備しており、保存と保管について明記をしている。また、「ケア基準書」に「個人情報の保護」について明記しており、文書廃棄について明記している。「個人情報にかかる開示申請等に関する規則」を整備し、「個人情報開示申請書」がある。個人情報保護についての研修を実施している。 24) サービス計画は介護ソフトで管理しており、職員誰もが見ることができる。日々の情報伝達の方法として、朝夕の申し送りをソフトでの共有画面を見ながら実施している。必ず見る必要がある内容は色を変えるなど、視覚に訴える工夫をしている。ケース会議、担当者会議を毎月行い、利用者情報や支援内容について職員間で共有している。 25) 特養の面会については、コロナ禍で制限を設けつつではあるが実施している。定期的に手紙を送付することで、入居者の近況を伝えるようにしており、写真などを活用して様子が分かるよう工夫している。家族が集まり、施設の運営や要望などを聞く機会を設けている。特養フロアに職員の顔写真を掲示している。		

(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) 「感染症対策マニュアル」を整備しており、都度嘱託医に見てもらい、意見をもらうなど、常に最新のものに更新している。近隣の感染状況を職員に周知し、感染症予防について注意喚起を行っている。嘔吐、吐物処理について研修を実施している。退院後直接入居される場合には、3日間の隔離を行っている。職員の出退勤時の検温を実施し、体調不良者は休むようにしている。BCPを作成中である。感染症委員会を設置しており、毎月、会議を行っている。 27) 障がい者を雇用し、共有部分の清掃を任せている。各居室の清掃はケアワーカーが行っている。ナノフィール（多機能加湿装置）を設置し、消臭等に配慮している。整理整頓ができています。		

(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		28) 「緊急時マニュアル」の中で「事故発生防止に関する指針」「急変時対応マニュアル」「交通事故マニュアル」について明記している。急変時の対応、救命救急についての研修を実施している。急変時の対応がスムーズに行えるよう、チャート図がマニュアルに明記されている。「長寿苑危機管理組織図」が設定されており、連絡手順なども記載されている。職員全員にスムーズな情報伝達ができるよう、「マ・メール」を活用している。 29) 事故発生時には、家族や関係者に報告をしている。事故報告書・ヒヤリハットを作成して、関係職員で回覧する仕組みがある。報告書はリスクマネジメント委員会で取りまとめて検討し、立てられた対策はマニュアルに反映される。 30) 火災、水害、土砂、原子力事故など、さまざまな災害に対するマニュアルが整備され、訓練が実施されている。福祉避難所にも指定され、地域住民分を含めた大量の備蓄（90名×3食×1週間）が用意されている。消火の応援に地域住民の助力を仰いだり、一般住民もまじえた原子力事故シミュレーション訓練などを実施している。		

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
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	B
		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)		<p>31) 法人で「コンプライアンスルール」が定められ、職員全体に周知されている。人権や虐待にかかる研修を実施している。しかし、職員の日々の業務を振り返る仕組みについては検討の余地がある。</p> <p>32) 「ケア基準書」の中で、プライバシー侵害や羞恥心にかかる具体的な行為が示されており、サービス提供場面でも、プライバシーや羞恥心に配慮したケアが日々模索、改善されている。コンプライアンス研修を通じて意識を深めている。</p> <p>33) 職員や行政、第三者とで構成される入退所検討委員会で公平公正に利用者を決定している。受け入れが難しいケースについては理由を説明し、場合によっては他事業所を紹介するなどしている。</p>		
(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。	B	B
		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っている。	A	B
		第三者への相談機会の確保	36	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>34) 毎年満足度アンケートを実施している。項目ごとに意見をまとめて結果を家族に郵送するとともに、各部署で掲示している。回収率は前年度より10ポイント上昇している。満足度アンケートの結果については苦情解決委員会で報告している。意見箱を設置し、意見を聞いた際には、迅速に回答するようにしている。</p> <p>35) 「苦情解決要綱」を整備している。受付担当者が報告書を作成し、管理職に報告する仕組みがある。苦情解決委員会を法人で年2回以上実施しており、集約したものを第三者委員に報告している。苦情・要望内容の公開についてはできていない。</p> <p>36) 苦情解決のための窓口や連絡先については、玄関に掲示、重要事項説明書に明記がされている。第三者委員の定期巡回を実施している。人権擁護委員による施設巡回を毎年、受けている。</p>		
(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っている。	B	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スタッフ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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>37) 満足度調査アンケートを実施しており、内容を評価して対応している。臭いや言葉遣いについて意見があった際に対策を講じた実績がある。運営会議において、アンケート調査結果について協議し、そこでまとめた改善策を実践している。</p> <p>38) 運営会議において、サービスの質の向上について話し合っている。運営会議に参加している各部署の係長より、各部署の会議や業務改善委員会で検討をしている。入居者からの異性介助への羞恥心に関する意見に対し、担当制を導入したり、環境整備について話し合うなど、改善に向けた前向きな話し合いがされている。法人内の4施設の職員が職種ごとに集まり、他施設との比較検討を通じて質の向上に向けた話し合いをしている。</p> <p>39) 第三者評価を3年に1回の受診をしている。自己評価の仕組みはない。</p>		