

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 5 月 18 日

令和 3 年 11 月 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 11) 労働環境への配慮 外部の社会労務士を交えた労働管理委員会が設置され、定期的に職員の労働環境についての会議が開催されています。また時間外勤務の削減や有給休暇の促進をデータ化して推進されています。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族との情報交換 利用者の家族と一定期間を定めて個別面談を行い、情報交換を行っています。看取りの際には必ず会う機会を設けています。利用者の状態等に変化があれば随時報告を行い、面会についてもコロナ禍においてはリモート面会に切り替え実施しています。また利用者個別のアルバムを作成したり、年 2 回特養部広報誌を家族に郵送し利用者の状況を伝えています。</p> <p>(通番 29) 事故の再発防止等 事故等発生時には、定められた様式で詳しく記録し、ご家族への連絡も行われ、保険者への報告も行われていました。毎月の事故防止合同委員会での検討や、ヒヤリ・ハットシートなどきめ細かな対応と対策がなされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 14) 地域への貢献 事業所が持つ専門的な技術や情報を地域に提供できているかという点では、「お気軽介護相談室」を設置して、織り込みチラシを配布したり、地域の方々が気軽に相談できる環境を整備されているのですが、まだ不十分さがあると課題認識されています。</p> <p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 業務マニュアルを整備し、感染症の処置などマニュアルに沿った訓練の実施やインシデントシートを活用し個別の対応を検討されていますが、マニュアルの見直しの基準が定められていませんでした。</p> <p>(通番 23) サービス提供に係る記録と情報の保護 サービス提供状況については、個々に利用者台帳を整理し、日々のケア記録(処遇用紙)がケース記録と連動する仕組みになっています。記録管理については、幹部会議にて施設長から「法令遵守、服務規程について」の研修があり、全体会議にて各フロアに周知されています。記録の保管・保存・廃棄の規定はありますが、持ち出しについての規程が定められていませんでした。</p>

	<p>(通番 30) 災害発生時の対応</p> <p>災害発生時のマニュアル整備や訓練等は定期的には実施されていましたが、土壌の準備等で地域の土建業者との連携があるのみでした。福祉避難所の指定を受けていますが、地域連携を意識したマニュアルは作成されておらず、合同の訓練も実施されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人長生園は、昭和 31 年に設立され 65 年の経過の中で、地域ニーズに基づいて発展的な高齢者支援を展開されてきました。昭和 51 年には保険指定医療機関として長生園診療所も備えられ、地域医療機関とも密な医療体制が整備されて、健康管理と医療管理に重点を置かれた暮らしができ、特別養護老人ホームにおいて医療と介護の両側面で高齢者の暮らしを支える体制は長生園の大きな特徴です。ケアハウスやグループホーム、ショートステイの利用者やご家族にとっても最期の看取りまでを全体で支えられる施設として安心に繋がっています。</p> <p>理念である「和み、尊厳、安心」、全ての人が和みの中で尊厳をもって安心して生活できるという願いは、終戦後の高齢者救済の使命から現在の利用者の置かれた多様な環境や意向の求められる時代においても変わりなく受け継がれています。</p> <p>施設長から「利用者とは人生の最期まで、身寄りがいない方は納骨や永大供養まで関わらせてもらっている」と伺いました。「最期の整え」として「なごみの部屋」もあり、今でいうグリーンケアは、開設された 65 年前より当たり前のように取り組まれてきた施設であるということも長生園の特徴です。</p> <p>長年、地域に根ざした施設として地域に親しまれ良好な関係性の中で、利用者の自立した生活や地域の方々との交流できる機会や行事にも積極的に取り組まれています。昨今のコロナ禍の状況において思うような取り組みができないと苦悩しながらも、職員が主体になり、各種委員会の中で新たな取り組みや交流の方法について創意工夫を重ね、常に前向きに検討されています。</p> <p>今後もさらに地域の重要な拠点としていろいろなニーズに応えていかれることを期待します。</p> <p>アドバイスについては、以下の通りです。</p> <p>① 地域における長生園の存在は確固たるものですが、地域住民に対する働きかけがまだ不十分であると課題認識されています。事業所が有する専門的知見を地域貢献として還元される取り組みは、これまでから取組まれていますが、施設環境や設備を活用し、専門的な技術講習会や研修会、地域住民の生活に役立つ講演会等を開催して、コロナ禍ではありますが、地域への参加を呼び掛けてはいかがでしょうか。手法を工夫して、なお一層、唯一無二の施設として発展されることを期待します。</p> <p>② 各種のマニュアルは作成されていますが、見直しの基準が定められていませんでした。その中でも事業所業務について標準的な実施方法のマニュアルは、特に新人教育や研修には欠かせないマニュアルであるため、職員の意見を反映させたものを更新し、見直し時期を定期的や随時に設定して、年月の記録を残されることをお勧めします。標準的な実施方法は自立支援に繋がり、また事故防止や安全確保に必須となり重要です。</p>

	<p>③ 長い歴史で地域にも定着している施設ですが、福祉避難所の指定を受けていることもあり、地域との連携がより重要となります。次回の防災マニュアル改定時には地域を意識し、地域と合同した訓練などを企画されると地域連携がより深まると考えます。</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	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	2021/11/22
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) 基本理念は、パンフレットやホームページに掲載している。玄関や各部署の壁にも掲示し、来客者に見えるようにしている。職員は始業前に唱和している。 2) 定期的な理事会・評議委員会の開催の他、管理職会議や各フロア会議の中で階層別・案件別に会議があり、組織的な意思決定が行われている。その体制の中で職員の意見がボトムアップ的に反映されている。毎月の各委員会も職員が中心となり開催されている。		
(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。	B	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) 部門ごとに中長期計画、それをもとに単年度の事業計画が策定されている。経営戦略会議や主管部会議、各フロア会議で、検討や評価が行われている。 4) 各委員会で課題の設定と検討をしている。毎月、フロア会議で各委員会から取り組み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、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) 法人本部で医療・福祉関連や労務・会計・消防等の関係法令を把握し、課長会議で各部署に周知させる体制となっている。各フロアのパソコンで各種法令は閲覧できる。 6) 組織図や職務分掌に管理者の役割や責任が明確に定められている。年1回、もしくは必要に応じて職員面談を実施している、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかの把握は、面談の他に「パワハラに関するアンケート」で確認できる仕組みになっている。 7) 事業実施状況は、毎日の朝・夕の申し送りで確認し、日常的に異常があれば内線電話で随時状況を把握できる。不在時は常時携帯電話を所持しており、常に連絡が取れる体制となっている。		

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) 法人内で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会が中心となり資格取得支援をしている。 9) 研修委員会があり研修計画も策定されている。研修を通して気づきや助言から学ぶ仕組みが確立されている。 10) 実習生受け入れマニュアルがある。実習担当者を定め、実習関連の会議や連絡会に参加している。		
(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) 外部の社会労務士を交えた労働管理委員会を設置し、定期的に職員の労働環境についての会議を開催している。時間外勤務の削減や有給休暇の促進をデータ化して推進している。 12) ストレスチェックや職員個別面談を行い、必要に応じて産業医による面談を実施している。福利厚生の実践において、特に「潤い事業」ではバレーボールや職員旅行、慰労会、半期ごとの食事会等を実施している。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		13) パンフレットを定期的に近隣に配布したり、ホームページでは近況報告のブログを掲載している。「宮さん祭り」には利用者と一緒に参加している。 14) 「お気軽介護相談室」を設置し、織り込みチラシを配布したり地域の方々が気軽に相談できる環境を整備しているが、まだ不十分さがある。		

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) 写真を掲載したパンフレットやホームページにてサービス内容などをわかりやすく提供している。またブログを活用し近況報告を行っている。問い合わせや見学希望については随時対応し相談記録に残している。		
(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) サービス開始時には重要事項説明を用いて説明し、利用者、身元引受人に同意を得ている。利用者の権利擁護のために成年後見制度の活用を推進し、後見人と契約を結んでいる。		

(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。	B	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)		<p>17) 利用前面接にて各専門職との連携を図るとともに、ケアチェック表を用いて利用者の心身状況や生活状況を把握している。サービス担当会議では利用者や家族の意向や担当者の思いなど丁寧に聞き取り、支援の方向性や課題の抽出を行っている。</p> <p>18) 施設サービス計画書や栄養ケア計画書など個別援助計画は利用者・家族の希望に沿って目標設定され、同意を得た上で策定されている。サービス担当会議には利用者・家族の同席を求めているが、現在は文書を送り電話で確認している。</p> <p>19) 個別援助計画の策定に当たり、医師、看護師、管理栄養士、リハビリ担当者、介護職員、生活相談員にてからの情報・意見を計画に反映している。</p> <p>20) 介護保険要介護認定更新時や心身の状態変化に応じて、専門職や家族の意見をもとに計画の見直しを行っている。計画変更については基本半年毎とし手順書にも明記されている。また入所契約書にも施設サービスの決定・変更について記載されている。</p>		
の				
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)		<p>21) 役所や地域の関連機関のリストを整備し、協力医療機関との連携体制が確保できている。利用者が入院する場合は、入院中や退院時のカンファレンスに出席している。また地域ケア会議にも参加している。</p>		
(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。	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	B
職員間の情報共有廃棄	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)		<p>22) 業務マニュアルを整備し、感染症の処置などマニュアルに沿った訓練の実施やインシデントシートを活用し個別の対応を検討しているが、マニュアルの見直しの基準が定められていない。</p> <p>23) サービス提供状況については、日々のケア記録(処遇用紙)がケース記録と連動する仕組みになっている。記録管理については、幹部会議にて施設長から「法令遵守、サービス提供について」の研修があり、全体会議にて各フロアに周知されている。保管・保存・廃棄の規定はあるが、持ち出しについての規程が定められてない。</p> <p>24) 利用者の情報共有は毎日朝・夕の申し送りや業務日誌、夜勤日誌、連絡ノート、ケア記録により行っている。各フロアにパソコンが設置され、例えば看護師からの変薬情報など確認できる仕組みがある。ケアプラン作成時や状況変化に応じてフロア会議にてカンファレンスを行い、看護師や管理栄養士からも助言を得ている。</p> <p>25) 利用者の家族と一定期間を定め個別面談を行い情報交換を行っている。また看取りの際には必ず会う機会を設けている。利用者の状態等に変化があれば随時報告を行っている。利用者個別のアルバムを作成し、家族が来園時にみられる環境がある。年2回特養部広報誌を発行し、家族に郵送している。コロナ禍においては面会中止のためリモート面会を実施している。</p>		

(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) マニュアルを整備し、普段より各フロア毎に実施訓練、研修を行っている。感染症者については個別に受け入れを行えるよう陰圧室を整備している。また共有スペースにおいてはオゾンによる感染予防対策を講じている。インフルエンザなど利用者、職員の感染が疑われる場合には機器を活用し、早期発見・対応に努めている。 27) 利用者台帳については各フロアのロッカーに、備品関係は倉庫にそれぞれ施錠管理している。利用者が行き来する場所においても扉のある収納棚が整備され整理整頓されている。また委託業者（シルバー人材）にて点検表に基づいた清掃が毎日行われるとともに、定期的にフロアの消毒、換気を行っている。		
(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 「事故発生時対応マニュアル」と「緊急時対応マニュアル」を整備し職員に周知している。公用車全車両に緊急時の対応マニュアルを置いている。毎年、消防署による普通救命講習を実施している。職員の過失による物品等の破損は保険対応を行っている。連絡体制として専用PHSを整備し、緊急時館内放送の取り決めもある。 29) 事故発生時は所定の様式に記入し家族へ報告している。ヒヤリハットはシートに記入しファイリングしている。月1回「事故防止合同委員会」を開き、インシデントシートを活用した発生状況の把握を行い防止策の見直しを行っている。 30) 「火災発生時マニュアル」を整備し、年1回消防訓練、屋内消火栓訓練を行っている。年2回消防署の協力を得て総合訓練(夜間想定訓練を含む)を実施している。土嚢の準備等で地域の土建業者との連携があり、福祉避難所の指定を受けているが、地域連携を意識したマニュアルは作成されておらず、合同の訓練も実施されていない。		

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	B	
	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) 理念そのものが利用者尊重の内容となっており、理念に沿って、サービス提供を行っている。年間を通じて「高齢者虐待・身体拘束」の研修が実施されている。職員休憩室等に利用者対応への気づきを促す標語を掲示し、日々見直す機会を作っている。</p> <p>32) マニュアルを整備し、プライバシーに配慮したサービス提供を行っている。二人部屋を個室に近い環境へ変更するための工事を段階的に実施している。脱衣所にカーテンや仕切りを設置し、プライバシーに配慮している。事故防止委員会で随時取り組みを検討しているが、職員研修は実施できていない。</p> <p>33) 原則利用申し込みを断ることは無く、現状の待機状況などわかりやすく説明している。医療が欠かせない状態の時は、医療機関と調整を図っている。入所選定委員会を開催し、公平・公正を保っている。</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。	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っている。	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>34) 家族などから意見を吸い上げる仕組みについては、アンケートを年1回実施している。アンケート結果の集計は施設内で掲示している。入所時、プラン変更時などに直接希望・要望を聞く取り組みを行っている。サービス担当者会議等で、利用者・家族の出席を促し、個別面談を行って意見・要望・苦情を聞く機会としている。その内容はパソコン、連絡帳で職員に周知している。</p> <p>35) 利用者からの意向に対して、「苦情・要望受付シート」を作成し「職員・次長・部長会議」にて他職種連携し改善策を検討している。利用者アンケート結果に改善策を加えて各フロアに掲示している。</p> <p>36) 「苦情対応マニュアル」を整備している。第三者委員相談窓口を設置している。入所契約時に、第三者委員について重要事項説明書に掲載し、説明する。市の介護相談員訪問を月1回実施している。</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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37) 利用者満足度調査を実施し、集計結果、意見・要望を多職種で検討する会議を行っている。現在、感染症防止対策による面談者の受け入れ中止から満足度調査が実施できていないが、実施体制は整っている。</p> <p>38) サービス等の検討会議には管理者も参加している。多職種にて担当者会議を開催し、周知・伝達にはフロアミーティングや年2回実施される全体職員会議の場がある。施設外研修に参加し、他事業所の取り組みを情報収集している。</p> <p>39) 3年に1回の第三者評価を受診し、その結果を課長会議にて分析・検討を行い、サービス改善のための取り組みを行っている。しかし、年1回以上の自己評価は行っていない。</p>			