

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	養護老人ホーム 松寿苑	施設種別	養護老人ホーム
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」		

平成27年4月9日

総 評	<p>社会福祉法人松寿苑は、昭和28年5月に養護老人ホーム（当時：養老施設）を開設して以来、人類愛善一ひとりひとりを大切に一という理念のもと、4つの視点（人材の視点、業務プロセスの視点、ご利用者の視点、財務の視点）と8つの行動規範により事業を展開し、平成25年に創設60周年を迎えました。地域の高齢者福祉ニーズに応え、特別養護老人ホームや地域密着型小規模多機能ホームなどの介護サービスや、地域住民を対象とした福祉の相談機関「ふくしのえき広小路」（福祉全般のワンストップサービス）の運営など、幅広い高齢者福祉サービスを展開されています。近年では、集落が点在する綾部市において、たとえ1人でも食事を必要としている住民がいれば、片道1時間を要しても食事を届ける方針により、ほぼ市内全域を網羅する配食サービスを実践されています。こうした事業の展開は、法人理念を具現化し、基本方針に謳う地域住民の信頼を培った実践として高く評価されます。</p> <p>今回、評価対象となった養護老人ホームは、開設当初から運営されている施設です。平成20年に特定施設入居者生活介護事業を法人敷地内に開設したのを機会に、定員を50人から21人に変更して個室化を図り、浴室やリビングルームなど居住環境の改善が図られました。その当時に課題となっていた介護ニーズは、一定の改善が図られましたが、現在では精神的なケアを必要とする利用者が増加し、その対応が新しい課題となっているとお聞きしました。利用者ニーズが、年を追うごとに変化する中、利用者の気持ちに寄り添い支援していく姿勢は、利用者自治会を組織し意見や希望を汲み取るなど、施設でのサービス実践で垣間見ることができました。また、担い手である職員に対しては、職員教育に関する育成チームを設置し、階層別や目的別に研修を行い、体系的に職員のスキルアップを図っています。また、就業状況を把握しリフレッシュ休暇等を整備し、職員が働きやすい環境を整備されていました。こうした施設での実践も法人理念に通じる運営であり、創立以来60年の歴史中で培った成熟した組織体であると感じました。</p> <p>そうした実践においても一部課題とを感じる部分も見受けられました。時代とともに変化する利用者ニーズや施設運営に対応するため、サービスの質検討委員会やマニュアル検討委員会、コスト管理委員会など、さまざまな委員会が組織されていました。その時に必要な委員会を設置し、いち早く適切に対応するためと推察されますが、検討内容で重なりあう部分があるように感じます。それぞれの委員会での検討内容を精査し、統合できる委員会は統合するなど、一定の整理が必要ではないかと感じました。</p> <p>現在進められている地域包括ケアシステムでは、介護保険制度の狭間にある利用者への支援が大きな課題となっています。その課題解決の方法として、養護老人ホームの支援が見直されています。今後も、地域包括ケアシステムに応えることのできる施設として活躍されることを期待いたします。</p>
-----	---

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。 職務分掌規程を整備して、施設長をはじめ役職者の職務権限等が明文化され、全体に周知されていました。そして、人事考課制度の考課面接や階層別研修を通じて、多方面から管理者に対する評価が行われていました。また、行動規範にマネジメントにおける基本姿勢にコンプライアンスの徹底を掲げるとともに、管理職会議やスタッフ会議を通じて法令を正しく理解する取り組みが行われていました。</p> <p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。 事業計画に地域との交流を大切にし、地域の活性化に力を入れていくことを明記し実践していました。具体的には、事業所内に居酒屋を開設し、地域住民と利用者が自然と交流できる場として活用していました。また、綾部駅近くに「ふくしのえき広小路」を開設し、介護保険の利用相談など福祉全般のワンストップサービスを行っていました。</p> <p>III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 法人理念に「人類愛善」～ひとりひとりを大切に～を掲げ、研修や会議等で職員に周知していました。身体拘束ゼロ推進委員会を設置し、実態調査を行い現状把握に努めていました。また、プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、生活場面におけるプライバシーの保護に取り組んでいました。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>III-1-(2) 利用者の満足度の向上に努めている サービスの質検討委員会を設置し、利用者アンケートを実施されました。また、利用者自治会を定期的で開催し、利用者からの希望等を聞く機会を設けていました。利用者アンケートは、委員会で分析し、サービスの改善に活かしていましたが、アンケート内容は、長年同様の項目となっており、形骸化されているように感じました。アンケート項目の見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>III-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている 施設内に相談室を設け、利用者の日常的な相談に対応しています。また、利用者懇談会や家族の会を開催し、利用者の意見を汲み取るよう努めていました。しかしながら、利用者の要望や苦情への対応結果を利用者にフィードバックは確認できませんでした。また、苦情解決マニュアルの定期的な見直しはされていませんでした。利用者からの意見や希望のより改善した事項を、わかりやすい表現で食堂などに掲示されてはいかがでしょうか。</p> <p>III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている 毎日のミーティングを通じて、利用者のサービスの実施状況等の情報が共有されていました。法人に記録改善委員会が組織され、質の高い記録をする取り組みがされていましたが、個別援助計画（ケアプラン）に基づく記録はされていませんでした。施設サービスは、個別援助計画により実施されます。計画に基づく記録の整備が求められます。 また、前回の評価で課題となっていました、記録の保管・保存・破棄に関する規定は改善し整備されていました、情報開示に関する規定が整備されていませんでした。記録を含めた情報開示について、開示方法等を記載した規程の整備が望まれます。</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は「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【共通評価基準】

評価結果対比シート

受診施設名	養護老人ホーム 松寿苑
施設種別	養護老人ホーム
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」
訪問調査日	2011年3月13日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	a	a
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	a
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	a
		② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	a
I-2 計画の策定	I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	① 中・長期計画が策定されている。	a	a
		② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	a
	I-2-(2) 計画が適切に策定されている。	① 計画の策定が組織的に行われている。	a	a
		② 計画が職員や利用者等に周知されている。	a	a
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	b	a
		② 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
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮して	b	a
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	a

[自由記述欄]

I-1-(1)	法人理念「人類愛善」～ひとりひとりを大切に～が明文化され、施設内に掲示されている。また、ホームページやパンフレットにも掲載されている。法人理念に基づき、4つの視点(目標)「人材の視点」「業務プロセスの視点」「ご利用者の視点」「財務の視点」により基本方針が整備されている。
I-1-(2)	広報誌「あやべ松寿苑」では、毎年1月には理事長が年度スローガンを掲載している。職員には、年度初めに総合施設長から、全体会議等を通じて周知され、利用者には、月1回開催される利用者自治会の懇談会で説明されている。
I-2-(1)	法人理念及び基本方針である、『4つの視点』から法人の中長期計画が策定されている。理事長が1月に示す年度テーマと中長期計画に沿って法人の事業計画、施設の事業計画が体系的に策定されている。すべての計画は、『4つの視点』によりまとめられており、各視点における長期、中期展望が明確にされている。
I-2-(2)	スタッフ会議での職員からの意見や、利用者アンケートを参考として、事業計画が策定されている。事業計画は、スタッフ会議での職員への説明、自治会を通じて利用者への説明がされている。定期的に進捗状況が確認されている。
I-3-(1)	職務分掌規程を整備して、施設長をはじめ役職者の職務権限等が明文化され、全体に周知されている。人事考課制度の考課面接や階層別研修を通じて、多方面から管理者に対する評価を行っている。行動規範にコンプライアンスの徹底を掲げ、法令順守に取り組んでいる。管理職会議やスタッフ会議を通じて法令を正しく理解する取り組みをしている。
I-3-(2)	総合施設長の指導のもと、サービスの質向上を目的として、法人内にQC委員会を組織し、職員が統一した認識のもと平準化された質の高いサービスが提供されている。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	a
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	a
		③ 外部監査が実施されている。	a	a
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	a
		② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	a
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	a
		② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	a
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	a
		② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a	a
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	a
	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。	① 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
② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。		a	a	
II-3 安全管理	II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	a
		② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	a
II-4 地域との交流と連携	II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	a
		② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	a
		③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	a
	II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 必要な社会資源を明確にしている。	a	a
		② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	a
	II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。	① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	a
② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。		a	a	

【自由記述欄】

II-1-(1)	事業者団体の役員である総合施設長は、毎日メールにより社会福祉を取巻く情勢を送信し、社会状況を職員に伝達している。また、公認会計士による経営分析を実施し、経営の効率化等を行っている。
II-2-(1)	人材育成体制が構築されており、事業所が求める人材像が明確にされている。DO-CAPシートを用いて、目標管理に基づく人事考課が実施され、その意義について職員へ説明がされている。
II-2-(2)	職員の就業状況は副施設長によって把握されている。休暇検討委員会を組織して、リフレッシュ休暇、チャレンジ休暇(ボランティア活動等のための休暇)など、休暇取得の改善が図られている。京都府民間社会福祉施設共済会に加入するとともに、太鼓クラブ、認知症(研究)サークル等の各種クラブ活動に事業所からの支援を行い、福利厚生の充実に図られている。
II-2-(3)	職員教育に関する育成チームが構築され、階層別や目的別の研修が計画的に実施されている。人事考課制度と並行して目標管理シートを作成し、動機づけを行った上で研修に参加している。目標は、半期で評価、見直しが行われている。
II-2-(4)	実習生の受入に関するマニュアルが整備されている。実習指導者の研修も行われている。
II-3-(1)	緊急対応マニュアルが整備されている。法人内に介護事故防止委員会、感染症対策委員会やリスク検討委員会等を設置し、安全管理に関する検討、分析等がされている。また、各事業所で行った事例検討を施設内で共有している。
II-4-(1)	事業計画に地域との交流を大切にし、地域の活性化に力を入れていくことが明記されている。事業所で居酒屋を開き、地域住民と利用者が自然に交流できる場としている。綾部駅近くに「ふくしのえき広小路」を開設し、介護保険の利用相談など福祉全般のワンストップサービスを行っている。ボランティア受入マニュアルを整備して、音楽演奏などのイベントや理髪等のボランティアを積極的に受け入れている。
II-4-(2)	行政機関等とネットワークをつくり、その連携のもとで地域のニーズに応じた新しい社会資源の設置や支援体制の構築が行われていた。また、玄関に地域資源となる情報を掲示し、利用者へ情報を提供している。
II-4-(3)	民生委員と日常的に連携がなされ、地域のニーズを的確に把握している。その具現化として、配食サービスを実施し、1年を通じて綾部市のほぼ全域で昼食、夕食の対応をしている。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果		
			自己評価	第三者評価	
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	Ⅲ-1-1 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	a	
		② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	a	
	Ⅲ-1-2 利用者の満足度の向上に努めている。	① 利用者満足度の向上に意図した仕組みを整備している。	a	a	
		② 利用者満足度の向上に向けた取り組みを行っている。	a	b	
	Ⅲ-1-3 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	b	
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	b	
		③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	b	
	Ⅲ-2 サービスの質の確保	Ⅲ-2-1 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。	① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	a
			② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a	a
③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。			b	b	
Ⅲ-2-2 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	b	a	
		② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	a	
Ⅲ-2-3 サービス実施の記録が適切に行われている。		① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	b	
		② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	b	
		③ 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	
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		Ⅲ-3-1 サービス提供の開始が適切に行われている。	① 利用希望者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
	② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。		a	a	
	Ⅲ-3-2 サービスの継続性に配慮した対応が行われている。	① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	a	
Ⅲ-4 サービス実施計画の策定	Ⅲ-4-1 利用者のアセスメントが行われている。	① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	a	
		② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	a	
	Ⅲ-4-2 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。	① サービス実施計画を適切に策定している。	a	a	
		② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	a	

【自由記述欄】

Ⅲ-1-1	法人理念に「人類愛善」～ひとりひとりを大切に～を掲げ、研修や会議等で職員に周知している。身体拘束ゼロ推進委員会を設置し、実態調査を行い現状把握に努めている。プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、生活場面におけるプライバシーの保護に努めている。
Ⅲ-1-2	利用者自治会を定期的に開催し、利用者からの希望等を聞く機会を設けている。また、定期的に利用者アンケートを実施し、サービスの質検討委員会で分析しサービスの改善を図る仕組みがある。しかし、アンケート内容は、長年同様の項目となっており、一部形骸化されていた。
Ⅲ-1-3	法人が設置する相談窓口を掲示している。施設内に相談室を設け、利用者の日常的な相談に対応している。また、利用者懇談会や家族の会を開催し、利用者の意見を汲み取るよう努めている。しかし、利用者の要望や苦情への対応結果を利用者にフィードバックできていない。また、苦情解決マニュアルの定期的な見直しは確認できなかった。
Ⅲ-2-1	4つの視点(人材・業務プロセス・ご利用者・財務)から事業計画が策定され、3か月ごとに評価を行なわれている。見直しが必要なサービスについては、改善課題を明確にし職員間で共有している。課題に対する改善計画策定の仕組みは不十分であった。
Ⅲ-2-2	施設が求める水準のサービスを標準的に実施するため、各種業務マニュアルが整備されている。また、マニュアル検討委員会を設置して、マニュアルに基づいたサービスが実施されているが浸透度調査を行うとともに、定期的な評価、見直しが行われ必要な改善がされている。
Ⅲ-2-3	毎日のミーティングを通じて、利用者のサービスの実施状況等の情報を共有している。法人に記録改善委員会が組織され、質の高い記録をする取り組みがされている。しかし、施設利用者の個人記録は記載されているが、個別援助計画(ケアプラン)に基づく記録になっていなかった。また、記録の保管・保存・破棄に関する規定は整備されていたが、情報開示に関する規定は確認できなかった。
Ⅲ-3-1	ホームページなどインターネットを利用してサービス内容を公開するとともに、広報誌を綾部市内全域に回覧し情報提供を行っている。が閲覧できる仕組みとなっている。サービスの利用開始にあたっては、重要事項説明書や契約書を用いて説明を行い同意を得ている。
Ⅲ-3-2	他事業所へ移行する場合は、アセスメント内容や個人記録から引き継ぎ書を作成しサービスの継続性に努めている。
Ⅲ-4-1	統一した様式により利用者のアセスメントを行っている。アセスメントにより利用者のニーズや課題を抽出し、サービス実施計画が策定されている。アセスメントは、1年ごとに評価され必要な見直しが行われている。

Ⅲ-4-(2)

サービス実施計画策定の責任者を設置し、関係職員との合議のうえで中期・長期に渡ってサービス計画が策定されている。3か月ごとに担当者会議を行い、モニタリングを実施している。利用者の意向は個々に聞き取りサービス計画に反映させている。