

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 24 年 4 月 4 日

平成 23 年 7 月 14 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人松寿苑特別養護老人ホーム第 2 松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>○地域との交流 松寿苑紹介DVDを作成し、大人数での見学に対応できる工夫や、商店街の空き店舗を借りての「ふくしのえき広小路」の運営により、地域に根ざした情報の受信・発信に努めています。また、発行通信物『モニター通信』『高齢者支援センター便り』『あやべ松寿苑』『うえすぎ後援会会報』等で、積極的にわかりやすい情報を提供しています。</p> <p>○業務レベルにおける課題の設定 人事考課目標管理システムを導入し、職員全員が自らの目標を設定し、課題の達成に取り組んでいます。さらに個人々人で作成した「業務管理・評価シート」をもとに年2回、副施設長との面接を行い、課題の達成度合いを確認しています。</p> <p>○人材の確保・育成 勤続3年以上の非常勤職員は正規職員登用試験を受けられるシステムがあります。研修、育成体制は、1年目から4年目までの研修フロー図を作成し、業務を通して、日常的に学べるようにしています。また、資格取得支援プログラムに則ったカリキュラムへの参加が促されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○労働環境への配慮 これまでに使ったことがないという理由から、介護機器の導入検討がなされていませんでした。</p> <p>○ストレス管理 休憩室や仮眠室が整備されておらず、食事も利用者と同席で摂り、休憩時間も業務現場で過ごしています。</p> <p>○個別援助計画の見直し 計画を変更する基準が定められておらず、モニタリング結果に応じたケアプランの変更がなされていないケースがありました。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>昭和28年に綾部市が養老施設（現・養護老人ホーム）を建設し、名称を松寿苑としました。昭和42年に綾部市から社会福祉法人信光会へ経営が委譲され、その後社会福祉法人松寿苑が設立、現在に至ります。長年の老人福祉事業で培われた経験を基に、地域に根ざした事業所となっています。平成24年2月現在で、約20の事業を展開しています。</p> <p>今回の調査対象施設はユニットケアを行っており、家族的な温かみと職員全員がサービスの向上に取り組んでいる姿勢を感じました。今後、より一層の発展を期待し、以下の点をアドバイスいたします。</p> <p>○休憩室・休憩時間について</p> <p>「利用者の見えない所では、むしろ心が休まらない」と言われ、全員が現場で休憩時間を過ごしていました。職員の真心や情熱は伝わってきますが、すべての職員が平静な心の状態を維持するためには休憩室を整備し、少しでも現場を離れて休む時間を確保するようにはいかがでしょうか。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定について</p> <p>モニタリングが実施され、状態変化のあった折には多職種との情報交換を行っているにもかかわらず、個別援助計画の見直しが不十分なケースがありました。チェック表を作成することや、法人内の他事業所と定期的にチェックし合う等の取組みをすることで、見落としの防止やケアマネジャーの負担軽減につながるのではないのでしょうか。</p> <p>○介護機器の導入や活用について</p> <p>近年、介護度の重度化が顕著で、職員の身体的負担は増大し続けている恐れがあります。介護技術の実習や研修は十分に行われていますが、介護機器の中に負担の軽減につながるヒントがあるかもしれません。展示会や説明会に参加する等し、実際に介護機器を体験して、導入を検討されてはいかがでしょうか。</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	2671800031
事業所名	社会福祉法人松寿苑 特別養護老人ホーム第2松寿苑
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成24年2月22日
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	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）及び事業所のスタッフ全員が、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、運営方針、行動規範等は、HPや掲示物で明示されています。各事業所の運営方針は月1回の定例会議で、総合施設長から全職員に対して説明され、周知を図っています。また、毎日、昼と夕方の2回、職員の打合せが行われており、理念の周知とその実践が図られています。 2. 決裁手続きの規定は「法人決済区分委員会」で常に見直され、透明性、明瞭性を図るよう改善に取り組んでいます。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	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. 毎年「サービスの質検討委員会」が総合施設長の指名者により構成され、委員会による検討事項や収集された情報、アンケート結果などを担当部署にフィードバックし、サービスの質の向上につなげています。 4. 人事考課目標管理システムにより、職員それぞれの目標を「業務管理・評価シート」に記入します。そのシートをもとに年に2回、副施設長が面接を行うなどして、課題の達成に取り組んでいます。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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。	B	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、いつでもスタッフ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. 総合施設長から職員全員に向けた発行物『ウイークリー』『かわら版』が手渡され、福祉や政治、社会情勢についての情報を周知していますが、十分ではないとの認識をもっています。 6. 責任者が職員から信頼を得ているかどうかの把握、評価、見直しをするための方法が確認できませんでした。 7. 組織図で報告連絡体制が示されています。緊急時には「緊急対応マニュアル」が活用されています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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. 常勤者、非常勤者の比率割合等は、総務部で一括管理し、定期的に割合のチェックが行われています。また、「資格支援プログラム」により採用後の資格取得支援が行われており、そのことは就職説明会でも紹介し、人材の確保に努めています。 9. サービス向上を目的として設置されたチームの一つである「スタッフ育成チーム」が中心となり、施設全体の研修、育成にあたっています。さらに、部署を単位とした、より現場に即した独自の研修が行われています。 10. 実習受け入れ担当者を定め、「受入マニュアル」に従って、受け入れしています。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		ストレス管理	12	スタッフ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環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		11. リフレッシュ休暇を導入しています。ただし、介護機器導入や活用の検討がなされていませんでした。 12. 職員共済会への加入により福利厚生制度の充実を目指しています。夜勤者の仮眠室が整備されていません。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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. 広報誌『あやべ松寿苑』を町内会単位で回覧板用に配布しています。その他対象、内容等を絞った通信物が計画的に発刊配布されています。商店街の一室を借りて運営している『ふくしのえき広小路』では、相談員が常駐し、介護教室等の情報提供活動や相談を行っています。 14. 法人が中心となって各施設で介護者教室、認知症に関する勉強会を開催しています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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. ホームページを法人の総務部が管理、運営しています。学校等からの団体見学者には「見学プログラム」に沿って、計画的に対応しています。個人見学者には、担当者が施設案内や説明を行っています。		
<b>(2)利用契約</b>						
		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. 相談員が、契約時に運営規定及び重要事項説明書を用いて説明を行っています。地域福祉権利擁護事業の利用や成年後見人との契約等、権利擁護への取り組みも確認できました。		

(3)個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	B
(評価機関コメント)		17. 担当者が、項目に分けられたケアチェック表を用いて定期的にアセスメントを行い、ケアマネジャーが管理しています。 18. サービス担当者会議には本人、または家族が参加し、その意向は個別援助計画に反映させています。 19. 利用者の状態に応じて主治医、看護師の意見を照会しています。 20. モニタリングはできていますが、個別援助計画に反映されていないケースがありました。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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. 退院時カンファレンスに、相談員やケアマネジャー、看護師等が参加し、利用者の状態の把握に努めています。外部の地域連携会議にも参加し、地域のニーズの把握にも努めています。		
(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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 標準的な業務マニュアルは整備されています。現在、人材育成目的で、個々の業務に対する独自の職務手順書を作成中です。 23. 日々の記録は介護職員が手書きにて行い、ファイルしています。現在、他のユニットの状況把握も容易にできるようにと、パソコンの導入について検討しているところでした。 24. 各ユニットの代表者参加の昼のミーティング「アンテナ（ミーティングの名称）」で情報の共有を図っています。また、月1回のフロアー会議でケア方法の共有を図っています。 25. 定期的に懇談会を実施しています。また、家族の会が作成した家族会会報送付時に、担当職員が家族宛に手紙を書き、施設での様子を知らせています。		
(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、スタッフ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、法人全体で研修を行っています。また、部署独自でも感染症の研修を行い、新入職員に対してのレクチャーでは実習も行い、実際に対応できる体制を作っています。 27. 除菌消臭効果のある銅イオン水を定期的に散布し、臭気対策に取り組んでいます。法人職員である環境整備担当者を中心に、環境整備を行っています。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
(評価機関コメント)	28. 自然災害発生時、専門的な対応ができる場所として地域の福祉避難所となっています。防災訓練、夜間想定での夜間避難訓練を定期的実施し、総括で振り返りを行っています。 29. 事故発生時には、全ユニットのリーダーから全職員に周知し、原因の特定、分析を行っています。また、2ヶ月に1回の法人の事故防止委員会に報告し、再発防止の検討を行っています。			

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	30	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	31	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	32	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)	30. 身体拘束ゼロ推進委員会による取り組みとして、所属メンバーが講師となり、職員に対しセミナーを行っています。日常のケアについて職員全体で検討や対応を行っています。 31. 独自のチェックシステムにより、職員のプライバシー保護に関する意識付けを行っています。また、個人情報保護委員会により点検を行い、改善に努めています。 32. 法人による介護老人福祉施設入所検討委員会において、「綾部市指定介護老人福祉施設入所指針」、および「指定介護老人福祉施設松寿苑・第二松寿苑入所指針」に基づいて入所の決定を行っています。医療的ニーズが高く、受け入れができなかったことがありますが、他の機関を紹介し適切な対応をしています。			
(2)意見・要望・苦情への対応				
意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	35	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)	33. 法人で苦情相談窓口を設置し、第三者委員の選任を行っています。苦情解決委員会を設け、意見や苦情について検討し、改善に繋がっています。利用者や家族の懇談会の他、定期的な懇談会等で意向を把握し、関係作りに努めています。 34. 意見・要望・苦情を聞いた職員が、速やかに上司に報告し対応しています。また、法人全体でも要望等を把握し、サービスの向上に繋がっています。改善状況については会報『あやべ松寿苑』にて公開しています。 35. 公的相談機関を重要事項説明書や、玄関前の掲示にて周知しています。毎月介護相談員を受け入れ、受けた指摘に対しては即座に対応し改善しています。			
(3)質の向上に係る取組				
利用者満足度の向上の取組み	36	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。	A	A
質の向上に対する検討体制	37	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	38	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	A
(評価機関コメント)	36. 毎年アンケートを実施し、その結果をもとに振り返りを行い、サービスの向上に取り組んでいます。アンケートの結果は職員間で共有し、改善に努めています。 37. サービスの質に関する評価、検討を定期的実施しています。検討された内容は、職員全体で改善に取り組んでいます。「チームの役割を考えて実践する」との姿勢を持ち、日々の業務に努めています。 38. 第三者評価を継続的に受診しています。改善点については、リーダー等による会議を行い、次年度への事業計画に反映させています。			