

[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	一般社団法人京都社会福祉士会		

2020年5月12日

総 評	<p>養護老人ホーム松寿苑は、昭和28年5月に認可を受け開設されました。「人類愛善」一ひとりひとりを大切に一を基本理念とし、運営方針を人材の視点、ご利用者の視点、業務プロセスの視点、財務の視点、と4つの視点により、日々のふり返り、質の向上に努めておられます。その視点を踏まえた取り組みとして、ホーム内に自治会をつくり、年度ごとに組織編成して地域交流や生活面での要望など、意見を出し合い、施設の運営に反映させています。食堂には「いいところみっけ箱」が設置されており、職員、利用者の良いところを書いて投稿し、定期的にまとめて食堂掲示板に掲示するなど、施設での日常において良いところを見ようという試みをされており、また、敷地内の畑を活用し、利用者が大根、玉ねぎなどを栽培しています。収穫した野菜がお誕生日会などでふるまわれることが、利用者の楽しみにつながっています。</p> <p>地域との連携については、地域とともに築く、ふれあいネットワークを掲げ、地域密着による密度の高いふれあいネットワークを目指しておられます。特別養護老人ホームやケアハウス、グループホーム、小規模多機能、デイサービス等、地域のニーズに応じて施設を運営されております。</p> <p>これまで、第三者評価の評価機関を変えながら多角的な視点からの意見を得て、質の向上に努めようとされている施設に対して、以下のアドバイスをいたします。</p>
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>特に良かった点(※)</p>	<p>○福利厚生の充実</p> <p>ワークライフバランス委員会を今年度から設置され、職員にアンケートを取り、意見をもとに改善するなど、働きやすい環境整備に取り組んでおられます。当苑のホームページより福利厚生について明示され、職員に周知しやすい環境を整備されています。また、各部署での親睦会の開催の他、陸上、バレーボール、トレーニング、フラダンス、太鼓などのクラブ活動団体も多数あり、職員間の交流の場となり活動できる機会を設けておられます。</p> <p>○地域交流、ニーズに対応</p> <p>地域とのつながりも深く、福祉避難所として指定されており、防災においても地域の中核となっております。綾部駅近辺に「ふくしのえき広小路」という介護予防拠点として健康教室、口腔ケア、料理教室、レクリエーション、健康相談、介護相談などの介護予防活動を行っておられます。また、他府県から綾部市に興味を持ってもらい、当施設へ就職する京都府内初の取り組みである「福祉留学」の体制を整備し、各地から訪れる留学生が仕事を通じて地域に関心を持ち、医療や福祉に興味を持つ人口が増える機会を設け、地域に根ざした新たな職員の確保に取り組まれております。</p> <p>○アセスメント、計画書の作成</p> <p>アセスメント、計画書の作成では、各利用者の状況について、日々の生活の関わりの中や申し送り、利用者と毎月初めの懇談会、管理者、主任とのヒアリングから定期的に作成されております。全利用者に詳細にアセスメントし、計画書を作成され、常に現在の状況を把握するように努めておられます。</p>
<p>特に改善が望まれる点(※)</p>	<p>○プライバシー保護のマニュアル見直し</p> <p>身体拘束、虐待に関する研修は行われていますが、プライバシーの保護に関する職員の周知、研修が行えていませんでした。身体拘束とプライバシーが混同している様に伺えますので、プライバシーに取り組んだ研修を整備し取り組まれ、利用者への配慮に取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>○苦情の受け入れ体制</p> <p>要望や意見を頂く「メール箱」を玄関、事務所前に設置されておられますが、ほとんど入っていない状態です。「メール箱」の設置場所を玄関、事務所前ではなく、生活の中で目に付く辺りに設置するなど、意見が入る状況を工夫されることを期待します。</p> <p>○ボランティア受け入れ時の対応整備</p> <p>長年、地域に住まれている方がボランティアとして関わっておられるので、現状で改めて誓約書を交わすことが関係性を崩すことになるとの懸念をされていますが、個人情報取り扱い、守秘義務の周知を図ることは重要です。ボランティアの方々に個人情報の取り扱いに関する意識づけをすることで、ボランティアの方を守ること、またトラブル回避にも繋がると思いますので、誓約書を取り交わしていただくことをお勧めします。</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	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	2020年3月11日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	通番	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・周知されている。	1	① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a	a
[自由記述欄]					
1. 理念や基本方針は、法人ホームページ、パンフレット、広報誌などに記載しています。また、全体研修や施設方針や行動指針、社会の現況などを毎日施設長が、各部署へメールで発信する施設長コラムにて職員に周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-2 経営状況の把握	I-2-(1) 経営環境の変化等適切に対応している。	2	① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	a
		3	② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a	a
[自由記述欄]					
2. 毎月、利用者の実人数や介護度、稼働率などを「実績報告」で提出し、2か月に一度、税理士法人より「月次報告書」を受け取り、財務分析委員会で検討しています。また、四半期ごとに事業計画進捗状況表を作成し、状況を把握しています。 3. 今年度より利用者把握や、収支などの経営状況を数字で把握し、分析、課題を明確にしています。また、内部監査、経営分析会議にて進捗状況などを数値化しています。経営課題などは法人連絡会議で議論し、スタッフ会議や施設長コラムなどで職員に周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-3 事業計画の策定	I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	4	① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a	b
		5	② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	b
	I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。	6	① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a	a
		7	② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	a
[自由記述欄]					
4. 毎年発行される「松のひびき」に事業計画について記載しています。事業計画で中・長期計画を作成していますが、中・長期の収支計画では、明確に数値の記載はできていません。令和元年度より経営状況をより詳しく把握し、経営改善に向けた取り組みを行っています。 5. 中・長期計画を作成し、行動指針などを作成しています。単年度計画は、中・長期計画に沿った内容になっています。事業計画進捗状況表を毎月作成し、実績の確認や介護度別利用状況などを把握していますが、具体的な数値目標は設定していません。 6. 申し送りや部署会議、ヒアリングで職員からの情報を受け取ることや、年1回の利用者、家族アンケートの意見等を事業計画に反映しています。事業計画は施設長コラムなどで提示し、職員全員に周知しています。アンケートや職員のヒアリングなどの情報から状況を評価し、それに基づいて見直しを行っています。 7. 事業計画は食堂に掲示したり、広報誌「あやべ松寿苑」で明示しています。また、利用者には、懇談会で周知しています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。	8	① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	b
		9	② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a	a
[自由記述欄]					
8. 事業計画進捗状況表を毎月作成し、収支の把握を行い、部署会議で状況を共有しています。自主点検や、毎月の職員会議をまとめて年度末に年度の取り組み、単年度計画の評価、改善点の見直しなどの自己評価は毎年1回は行っていますが、前回の第三者評価の受診は平成27年であり、定期的に受診できていません。 9. 利用者にサービスの質のアンケートを実施したものを集約して職員で共有するとともに、事業計画進捗状況表を作成して課題と改善策を見出しています。					

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-1 管理者の責任と リーダーシップ	II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。	10	① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	a
		11	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a	a
	II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	12	① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a	a
		13	② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a	a

[自由記述欄]
 10. 組織及び業務分掌規程に管理者の取り組み、役割と責任を明記しています。有事における体制、不在時の体制も整備しています。いずれも各部署で確認できるよう管理しています。
 11. 定例連絡会議の毎月開催や苑内研修において、職員は法令遵守について確認しています。また、パソコンにて遵守すべき法令などが閲覧できる環境を整備しています。
 12. サービスの質の向上に向けて、施設長コラムで社会でのニーズや法人で取り組んでいる内容、課題などの現状を伝え、職員に向けた行動、規律の確認を行っています。また、職員個人の目標設定と評価を行うための「DO-CAPシート」を使用し、職員の教育や今後の取り組みについて確認する体制を図っています。
 13. 経営分析会議にて事業計画進捗状況表などの情報を読み取り、人事や労務、財務の分析を行っています。定例会議であがる職員からの声も取り入れ、働きやすい環境整備に努めています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・ 育成	II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事 管理の体制が整備されている。	14	① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b	a
		15	② 総合的な人事管理が行われている。	b	a
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	16	① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	a

[自由記述欄]
 14. ハローワークや就職フェアで職員募集をしています。リクルーティングチームを設置し、インスタグラム、LINE、Facebook、ホームページを活用してリクルート活動に力を入れています。
 15. 育成プログラム体系に期待する職員像を明確に記載しています。また、年に1回、昇格試験を実施しています。人事基準は給与規定に明記しています。
 16. 経営企画部のワークライフバランスチームが、リフレッシュ休暇や誕生日休暇等の休暇の取得や、就業環境の改善に向けた取り組みを行っています。ランニングや筋力トレーニング、フラダンス、バレーボール、太鼓等の数多くのサークル活動があり、福利厚生の実施を図っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-2 福祉人材の確保・ 育成	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	17	① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	a
		18	② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	a
		19	③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	a
	II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる 専門職の研修・育成が適切に行わ れている。	20	① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	a

[自由記述欄]
 17. 年に2回育成面接を実施し、DO-CAPシートを用いて職員個々のレベルアップに向けた目標設定を行い、進捗状況を把握しています。
 18. 職員育成を担うスタッフ育成チームを設置し、研修計画の立案や研修内容の検討等を行っています。また、法人として一般職、リーダー、管理職、経営職それぞれの目指すべき職員像を明確にしています。
 19. 職制に応じて年に2回研修を実施しています。職員が外部研修に参加できるよう「法人連絡事項」を活用し、外部研修を受講できるよう調整しています。
 20. 法人本部の総務担当が実習窓口として対応しています。「実習・研修・交流・見学・ボランティア活動等受入対応マニュアル」を整備し、実習生の教育や受け入れに対する基本姿勢を明示しています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-3 運営の透明性の確保	II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。	21	① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	a
		22	② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	a
[自由記述欄]					
21. 毎月「あやべ松寿苑」を発行し、近隣の自治会に全戸配布しています。また、ホームページで理念や法人情報や年度ごとの現況報告書、法人の各事業所紹介、配食サービスなどのサービス紹介などを公表しています。 22. 事務、経理、取引に関するルールは「経理規程」で明確にしています。2カ月に1回開催する財務分析会議に税理士等が参加し助言を得ています。					

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II-4 地域との交流、地域貢献	II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	23	① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	a
		24	② ボランティア等の受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	b
	25	① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a	a	
	26	① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a	a	
	27	② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	a	
[自由記述欄]					
23. 事業計画に地域交流や地域貢献について明記しています。週に1回開く居酒屋や喫茶店はボランティアを中心に運営し、地域住民と利用者の交流の場となっています。田野地区の夏祭りに模擬店やバンド演奏等で参加し、地域に向けて積極的に交流の機会を図っています。 24. 地域の中・高校の職場体験学習を年に3回受け入れています。喫茶店や掃除等のボランティアを毎月受け入れています。「実習・研修・交流・見学・ボランティア活動等受入対応マニュアル」を整備していますが、ボランティアに対する必要な研修や支援は行っていません。 25. 地域ケア会議に参加し、虐待事例や支援困難事例の情報共有を行い、状況に応じて柔軟に連携、対応をしています。また、綾部市の介護相談員活動実績報告会に毎年出席し、行政とのネットワーク構築に努めています。 26. 「ふくしの駅広小路」を運営し、法人の介護支援専門員が介護保険制度関連の相談対応を行ったり、レストラン部が主催の料理教室、健康体操等幅広く実施しています。毎年、法人主催の地域福祉関連の講演会を行い、開催する際には広報誌で地域住民の参加を呼び掛けています。 27. 月に2回程度、地域住民向けの介護相談事業を実施し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。若年性認知症向けの認知症カフェの開催や365日の在宅高齢者の配食サービスも行っています。					

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	通番	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。	28	① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	a
		29	② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a	b
	Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意(自己決定)が適切に行われている。	30	① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a	a
		31	② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b	a
		32	③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	a

[自由記述欄]

28. 身体拘束ゼロ推進委員会を設置して、委員会を中心に身体拘束ゼロに向けた研修を開催しています。また、年に1回「利用者を尊重した福祉サービスの提供について」の職員アンケートを実施し、委員会内で検討、評価を行っています。
 29. プライバシー保護の観点から、平成20年に完全個室化となりました。「松寿苑共通基本マニュアル」を整備していますが、プライバシー保護に関する研修は実施できていません。
 30. 広報誌は綾部市内の全戸に配布しており、市役所窓口にも設置して、多くの人が手に取れるようにしています。
 31. サービス開始前に重要事項説明書、契約書の説明を行い、利用者、家族などに同意を得ています。後見人の方は、契約時に同席し対応しています。
 32. 利用者や家族の意向を踏まえ、他施設事業所と連携を図っています。対応記録などを提供しています。

評価分類	評価項目	通番	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-(3) 利用者満足の上昇に努めている。	33	① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	a
		34	① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	a
	Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	35	② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a	a
		36	③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a	a

[自由記述欄]

33. 「サービスの質検討委員会」で利用者や家族にアンケート調査を実施し、分析を行っています。サービス内容を検討し、改善策を策定し、具体的な取り組みを行っています。
 34. 玄関にある、「おあしすだより」掲示欄に、苦情解決の責任者・受付担当者の設置・第三者委員会が書面で明記しています。また、ホームページに苦情解決の受付、対応などの苦情解決システムを明示しています。
 35. 相談室や、2階の一角にあるさわやかルームを設けて、利用者や相談しやすい環境整備や話しやすい雰囲気づくりをしています。月に1回訪問する介護相談員や、年3回の人権擁護委員の受け入れを行っています。
 36. 月初めに利用者懇談会を開催し、意見や要望を聞いています。年1回のアンケート調査を行い、それらの結果に基づき分析・検討・改善策・具体的な取り組みを行っています。

評価分類	評価項目	通番	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-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。	37	① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	a
		38	② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	a
		39	③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	a

[自由記述欄]

37. リスクマネジメント委員会が中心となり、リスク調査を行い、分析や対策の情報提供を行っています。対応マニュアルを整備し、ヒヤリハット・事故報告書を作成し、職員に回覧しています。
 38. 保健医療の専門職の助言・指導のもとに感染症対応マニュアルを作成し、感染対策委員会が開催する感染症発生状況や感染症対策などの研修会を行っています。
 39. 地震や風災害等に備える取り組みとして、法人全体の事業継続計画を作成しています。また、松寿苑DWAT委員会を令和2年2月19日に立ち上げ、災害時などで対応がスムーズにできるよう検討会を設けて活動しています。連絡網・管理者を決めて備蓄リストの作成、訓練を行っています。

評価分類	評価項目	通番	評価細目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保	Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。	40	① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	a
		41	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-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。	42	① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a	a
		43	② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	a
	Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	44	① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化している。	b	a
		45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	a

[自由記述欄]

40. 身辺援助マニュアルを作成し、スタッフルームに置き、いつでも閲覧できるようにしています。
 41. 介護手順や方法、業務内容などで変更がある場合は、スタッフ会議を行い、記録と口頭により職員間で情報共有を行っています。
 42. 介護サービス計画作成を主に主任が行い、アセスメントを作成し、サービス評価、ケアプラン、モニタリングを定期的に行っています。計画策定期間は介護認定期間を基準としています。身体、精神的な状況変化に応じて随時見直しを行っています。
 43. 半年に1回にカンファレンスを行い、各利用者の状況を確認し、サービス計画書の見直しを行い、利用者、職員に周知して連絡会議を行っています。
 44. 統一した書式で手書きによる記録を作成し、回覧で情報を共有しています。
 45. 個人記録は鍵付きロッカーに保管し、保管場所の出入りも施錠しています。文書保存の規程・個人情報管理規程を整備し、個人情報保護に関する研修も行っていきます。また、職員には入職時に個人情報保護に関する誓約書を取り交わしています。利用者には個人情報取り扱いの同意書を取り交わしています。